

11. FIRAT ROMATOLOJİ SEMPOZYUMU

26-28 EYLÜL 2025

Akgün Hotel, Elazığ



BİLDİRİ KİTABI



firatromatoloji.org

KURULLAR

Sempozyum Başkanları	SÜLEYMAN SERDAR KOCA AHMET KARATAŞ
Sempozyum Sekreterleri	SERVET YOLBAŞ BURAK ÖZ MUSTAFA GÜR
Sempozyum Düzenleme Kurulu	AHMET YILDIRIM TUNCER ŞAK ALİ CAN SOYLU CEMAL GÜRBÜZ FATİH ALBAYRAK İBRAHİM GÜNDÜZ LÜTFİ AKYOL MENİCE GÜLER ŞEN ORHAN ZENGİN ÖZLEM DOĞAN AĞBUĞA RABİA PİŞKİN SAĞIR MESUDE SEDA AYDOĞDU YUSUF DOĞAN GÜLŞAH YAMANCAN ZEYNEL ABİDİN AKAR
Bilimsel Kurul	ABDULSAMET ERDEN ADEM KÜÇÜK ALİ AKDOĞAN CEMAL BES FATOŞ ÖNEN BÜNYAMİN KISACIK EFTAL YÜCEL GÖKHAN KESER GÜLEN HATEMİ KENAN AKSU HANER DİREKENELİ ÖMER KARADAĞ SEDAT KIRAZ SERVET AKAR SÜLEYMAN ÖZBEK TİMUÇİN KAŞIFOĞLU UMUT KALYONCU VELİ YAZISIZ VEDAT HAMURYUDAN

BİLİMSEL PROGRAM

26 Eylül 2025, Cuma

SALON A

09:00 – 09:30	AÇILIŞ	
09:30 – 10:55	PRATİK ROMATOLOJİ OTURUMU – 1: SEMİYOLOJİ	
	BAŞKANLAR: Nevzat Gözel, Servet Yolbaş, Lütfi Akyol	
09:30 – 09:40	Oral aft tanımlayan hastaya yaklaşım	Çağdaş Şahap Oygür
09:40 – 09:50	Eritema nodozum: etiyoloji ve tanısal işlemler	Bilgin Karaalioğlu
09:50 – 10:00	Romatizmal hastalıklarda Pyoderma gangrenozum	Sezgin Zontul
10:00 – 10:10	Livedo retikularis: etiyoloji ve tanısal işlemler	Enes Başaran
10:10 – 10:25	Raynaud fenomeni ve dijital ülser yaklaşım	Aylin Dolu Karaca
10:25 – 10:40	Pulmoner arteriyel hipertansiyon: tarama, tanı ve tedavisi	Fatih Yıldırım
10:40 – 10:55	Romatolojide Progresif pulmoner fibroz kavramı: Kimlere anti – fibrotik tedavi verelim?	Mehmet Nur Kaya
10:55 – 11:15	KAHVE ARASI	
11:15 – 12:15	PANEL – 1: TANISAL YÖNTEMLER	
	BAŞKANLAR: Bünyamin Kısacık, Fatih Yıldız, Gürkan Akgöl	
11:15 – 11:35	Romatolojide Anamnez ve fizik bakı	Nesrin Şen
11:35 – 11:55	Akut faz reaktanları ve serolojik testlerin akılcı kullanımı	Mehmet Engin Tezcan
11:55 – 12:15	Romatizmal hastalıklarda Görüntüleme yöntemleri	Belkıs Nihan Coşkun
12:15 – 13:30	ÖĞLE ARASI	
13:30 – 14:30	UZMANINA SoruYORUM – 1: Kristal Artropatiler	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Tuncer Şak	Mehmet Akif Öztürk, Ali Şahin, Gözde Çetin Yıldırım

14:30 – 15:30	UZMANINA SoruYORUM – 2: Sistemik Skleroz	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Rabia Pişkin Sağır	Merih Birlik, Ali Akdoğan, Ahmet Mesut Onat
15:30 – 16:00	KAHVE ARASI	
16:00 – 17:00	UZMANINA SoruYORUM – 3: Behęet Hastalığı	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Mesude Seda Aydoğdu	Vedat Hamuryudan, Glen Hatemi, Ahmet Omma
17:00 – 18:00	UZMANINA SoruYORUM – 4: Büyük aplı Damar Vaskülitleri	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Zeynel Abidin Akar	Haner Direskeneli, Ayten Yazıcı, Fatma Alibaz
27 Eylül 2025, Cumartesi		
08:00 – 09:15	PRATİK ROMATOLOJİ OTURUMU – 2: OTO – İNFLAMATUAR HASTALIKLAR	
	BAşKANLAR: Metin Kaya Gürgöze, Metin zgen, Kenan Barut	
08:00 – 08:15	Ailesel akdeniz ateşi	zlem Doğan Ağbuğa
08:15 – 08:30	CAPS: Kriyopirinle ilişkili oto – inflamatuvar sendromlar	Barış Gündoğdu
08:30 – 08:45	Periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit (PFAPA) sendromu	Nurdan Yıldırım
08:45 – 09:00	Primer ve sekonder amiloidozlar	Abdülbaki Gaydan
09:00 – 09:15	Sistemik başlangığlı jüvenil idiyomatik artrit	Elif Gümüşsoy Ay
09:15 – 10:15	UZMANINA SoruYORUM – 5: Romatoid artrit	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Mustafa Gr	Sedat Kiraz, Nevsun İnanę, Gökhan Keser
10:15 – 10:45	KAHVE ARASI	
10:45 – 11:45	UZMANINA SoruYORUM – 6: Spondiloartritler	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Menice Güler şen	Fatoş nen, Servet Akar, Timuçin Kaşifoğlu
11:45 – 12:30	J&J Innovative Medicine Uydu Sempozyumu Simponi ile Ankilozan Spondilit Tedavisinde Uzun Dönem Etkililik ve Güvenlilik Moderatörler: Süleyman Serdar Koca, Bünyamin Kısacık Konuşmacılar: Adem Kğk, Lütfi Akyol	
12:30 – 13:30	ÖGLE ARASI	

13:30 – 14:30	UZMANINA SoruYORUM – 7: Psöriatik Hastalık	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Gökçe Kenar	Süleyman Özbek, Umut Kalyoncu, Cemal Bes
14:30 – 15:00	KAHVE ARASI	
15:00 – 16:00	UZMANINA SoruYORUM – 8: Sistemik Lupus Eritematoz	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Senem Tekeoğlu	Murat İnanç, Abdulsamet Erden, Adem Küçük
16:00 – 17:00	UZMANINA SORUYORUM – 9: Küçük Çaplı Damar Vaskülitleri	
	Konuşmacı:	Tartışmacılar:
	Ali Ekin	Kenan Aksu, Mehmet Sayarlıoğlu, Yavuz Pehlivan
28 Eylül 2025, Pazar		
08:30 – 09:30	PANEL – 2: BAĞ DOKUSU HASTALIKLARI	
	BAŞKANLAR: Ahmet Işık, Eftal Yücel, Arzu Kaya	
08:30 – 08:45	Sjögren sendromu	Orhan Zengin
08:45 – 09:00	İdiopatik inflamatuvar miyopatiler	Fatih Albayrak
09:00 – 09:15	Relapsing Polikondrit	Gizem Varkal
09:15 – 09:30	IgG4 ilişkili hastalıklar	Mete Pekdiker
09:30 – 10:00	KAHVE ARASI	
10:00 – 11:00	PRATİK ROMATOLOJİ OTURUMU – 3: TEDAVİLER ve İLİŞKİLİ SORUNLAR	
	BAŞKANLAR: Gezmiş Kimyon, Hamit Küçük, Mehmet Ali Balcı	
10:00 – 10:10	Romatoloji pratiğinde İVİG tedavisinin yeri	İbrahim Gündüz
10:10 – 10:20	Romatizmal hastalıklarda Plazmaferez	Recai Akdoğan
10:20 – 10:30	Romatolojide PRES sendromu	Burak Okyar
10:30 – 10:40	Romatolojide DRESS sendromu	Serkan Günaydın
10:40 – 10:50	İlaç ilişkili Lupus	Cemal Gürbüz
10:50 – 11:00	Romatizmal hastalıklarda aşılama önerileri	Filiz Cemre Taşgöz
11:00	KAPANIŞ	

26 Eylül 2025, Cuma**SALON B**

10:00 – 11:25	SÖZLÜ SUNUMLAR I	
	Başkanlar: Ahmet Karataş, Erhan Önalın	
10:00 – 10:07	Protez enfeksiyonu nedeniyle revizyon cerrahisi geçiren hastalarda kültür sonuçları, yatış süresi, romatolojik öykü ve komorbiditelerin değerlendirilmesi	Ömer Esmez
10:07 – 10:14	Bilateral femur başı avasküler nekrozunda denosumabın etkinliği	Ali Gürbüz
10:14 – 10:21	Hiperimmünglobulin E Sendromu (Job Sendromu) ile ilişkili Ortopedik Komplikasyonlar: Olgu Sunumu	Buğra Can
10:21 – 10:28	Torasik çıkış sendromunda pektoralis minör gevşetme egzersizleri youtube videolarının analizi	Havvagül Doğan
10:28 – 10:35	Romatolojik Hastalıklarda Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Tutumu, Kinezyofobi ve Algılanan Stresin Rolü	Betül Ergün
10:35 – 10:42	Kinezyofobi Romatoid Artritli Hastalarda El Kavrama Kuvvetini Etkiler Mi?	Esra Çakır
10:42 – 10:49	Sistemik immün-inflamatuvar indeks çocuklarda IgA vaskülit nefritini öngörmeye yeni bir biyobelirteç olabilir mi?	Buket Esen Ağar
10:49 – 10:56	Polimiyalji Romatika Tanısı Atlanabilir mi? Rotator Kuf Patolojisi ile Karışan Olguların Retrospektif Değerlendirmesi	Emel Sabaz Karakeçi
10:56 – 11:03	Takayasu arteriti tanılı hastalarda sakroiliit görülme sıklığı ve laboratuvar özellikleri	Berivan Karataş Özçelik
11:03 – 11:10	Granülomatöz Polianjitli Hastalarda Endoskopik ve Histopatolojik Bulgular	Selman Çetin
11:10 – 11:17	Granulamatoz Polianjit tanılı olgularda renal ve enflamatuvar parametrelerin değerlendirilmesi	Gökhan Boyraz
11:17 – 11:25	Kronik romatolojik hastalıklarda psikiyatrik komorbiditeler : dört oldu serisinin incelenmesi	Mitra Halili
15:00 – 16:25	SÖZLÜ SUNUMLAR II	
	Başkanlar: Burcu Yağız, Ali Gürel	
15:00 – 15:07	Yapay Zekâ Modellerinin Behçet Hastalığı ile İlgili Hasta Sorularına Verdiği Yanıtların Karşılaştırılması	Elif Altunel Kılınç
15:07 – 15:14	Behçet hastalığında kolonoskopik ve histopatolojik bulgular	Furkan Kırsoy
15:14 – 15:21	Behçet hastalığında SCORE2 temelli kardiyovasküler risk profilinin incelenmesi	Muhsin Aydın
15:21 – 15:28	Bölgemize ait 2013–2025 dönemi HLA-B27 pozitiflik verilerinin retrospektif analizi	Nuray Arı
15:28 – 15:35	Brusellar sakroiliitli hastalar ile ankilozan spondilitli hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması	Fatih Yıldırım
15:35 – 15:42	Aksiyel spondiloartrit hastalarında 18 yaşından önceki dönemde fiziksel aktivitelerde kısıtlılığı	Fuat Albayram

15:42 – 15:49	Aksiyel Psöriatik Artırt İle Aksiyel Spondilartrit Hastalarının Karşılaştırılması	Duygu Ayduran
15:49 – 15:56	Plak Psoriasis Tanısıyla Risankizumab Kullanan Hastada İyileşen Lezyonların Zemininde Lentigo Simpleks Oluşumu: Olgu Sunumu	Mahir Dıgış
15:56 – 16:03	Psoriasis etiyolojisinde serum maresin 1 ve ektodisplasın A'nın rolü	Şule Gençoğlu
16:03 – 16:10	Spondiloartropatili hastalarda anti-TNF kullanımı ile tiroid nodülü ve malignite riskinin araştırılması	Dilek Kılınç Candemir
16:10 – 16:17	Siklofosfamid Tedavisine Bağlı Gelişen Sekonder İmmun Yetmezlik: Olgu Sunumları	Mesude Seda Aydoğdu
16:17 – 16:25	Obinutuzumab alan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri: tek merkezli deneyim	Yusuf Doğan

27 Eylül 2025, Cumartesi

08:15 – 09:40	SÖZLÜ SUNUMLAR III	
	Başkanlar: Ayhan Doğukan, Burak Öz	
08:15 – 08:22	Pediyatrik ve erişkin non-enfeksiyöz üveit hastalarında konvansiyonel immunsupresif tedavi başarı oranları ve biyolojik tedavi ihtiyaçlarının karşılaştırılması	Hakan Yıldırım
08:22 – 08:29	Behçet sendromunda kardiyak tutulumun sıklığı ve çeşitliliği: EKO verileri ışığında bir inceleme	Elif Irmak Hatipoğlu
08:29 – 08:36	Behçet Hastalığında Cinsiyetin Klinik Bulgular Üzerine Etkileri	Orhan Rauf Koca
08:36 – 08:43	Nicolau sendromu: Önlenebilir bir ilaç yan etkisi	Kismet Kaya
08:43 – 08:50	Otoimmün Hepatit Tanılı Hastalarda Romatolojik Hastalıkların Sıklığı: Tek Merkez Deneyimi	Sedat Çiçek
08:50 – 08:57	SCUBE1: Sistemik Lupus Eritematozda Yeni Bir Biyobelirteç	Reha Baran
08:57 – 09:04	Sistemik lupus eritematozda pan-inflamatuvar indeks (PIV): hastalık aktivitesinden çok organ tutulumuyla mı ilişkili?	Elif İnanc
09:04 – 09:11	Sistemik lupus eritematoz hastalarında nörolojik tutulumun klinik ve manyetik rezonans görüntüleme profilleri	Ömer Faruk Bingöl
09:11 – 09:18	Çocuklarda sistemik skleroz: tek merkez deneyimi	Süleyman Ekrem Albayrak
09:18 – 09:25	Skleroderma Hastalarında Üst Gastrointestinal Sistem Tutulumu	Abdulahap Hohluoğlu
09:25 – 09:32	APRI ve FIB-4 ile interstisyel akciğer hastalığında fibrozis yükünü öngörme: Tek merkezli gözlemsel analiz	Burak Okyar
09:32 – 09:40	Sjögren sendromu tanılı bel ağrısı olan hastalarda sakroiliit sıklığı ve klinik özellikler: tek merkezli deneyim	Berfin Rabia Ölçücüoğlu

28 Eylül 2025, Pazar

11:00 – 12:25	SÖZLÜ SUNUMLAR IV	
	Başkanlar: Süleyman Serdar Koca, Ahmet Karataş, Arif Güلكesen	
11:00 – 11:07	Romatoid artrit hastalarında major kardiyovasküler olayların klinik belirleyicileri: Retrospektif kohort analizi	Burak Öz
11:07 – 11:14	Romatoid Artritli Hastalarda Duyu ve Fonksiyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Esra Çakır
11:14 – 11:21	Romatoid Artrit ile İlişkili Osteoporozu Değerlendirmede İnflamatuvar Biyomarkerların Etkisi	Nesibe Aydoğdu
11:21 – 11:28	Romatoid artritli hastalarda alternatif bir değerlendirme: 6 dakika adım testinin geçerliliği ve güvenirliliği	Havvagül Doğan
11:28 – 11:35	Romatoid Artrit Hastalarında Vücut Kitle İndeksi İle Anti-CCP Arasındaki İlişki	Asude Özdemir
11:35 – 11:42	Romatoid Artrit Tanılı Hastalarda c-ANCA ve p-ANCA Pozitifliği Sıklığı	Emine Engin
11:42 – 11:49	Romatoid Artrit, Psoriatik Artrit ve Ankilozan Spondilitte Upadacitinib: Gerçek Yaşamda Altı Aylık Etkinlik ve Güvenlilik Bulguları	Gülşah Yamancı
11:49 – 11:56	Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında İlaç Uyumu: MARS-5 Ölçeği ile Değerlendirme	Elif Dide Polat
11:56 – 12:03	Romatoid Artritli Hastalarda Elektromiyografi Bulguları ve Periferik Sinir Sistemi Tutulumlarının Değerlendirilmesi	Furkan Sarıkuş
12:03 – 12:10	Romatoid Artrit hastalarında SCORE2 modeli ile kardiyovasküler risk analizi	İlyas Türk
12:10 – 12:17	Romatoid Artrit Hastalarında Periodontal Hastalık Sıklığı	Bahadır Emre Koca
12:17 – 12:25	Biyolojik tedavi alan diffucult to treat ve non-diffucult to treat romatoid artrit tanılı hastaların karşılaştırılması: tek merkez deneyimi	Mesut Şaştım

SÖZLÜ SUNUMLAR

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında major advers kardiyovasküler olay (MACE) gelişimi ile ilişkili demografik, klinik ve biyokimyasal belirleyicileri araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: 2010–2024 yılları arasında takip edilen 232 RA hastasının verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar MACE varlığına göre iki gruba ayrıldı. Sürekli değişkenler için Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi (gerekli durumlarda Fisher’in kesin testi) uygulandı. Anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli binomiyal lojistik regresyon analizine dahil edildi.

Bulgular: MACE gelişen hastalarda yaş, üre, kreatinin, total kolesterol, LDL, trigliserid ve HbA1c düzeyleri anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca bu grupta tedavi değişim sayısı ve kullanılan biyolojik ilaç sayısı daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo 1). Kategorik değişken analizinde hipertansiyon (%75.6 vs. %28.6), diyabet (%46.3 vs. %12.0) ve dislipidemi (%60.3 vs. %3.4) MACE grubunda anlamlı olarak daha sık saptandı (her biri için $p<0.001$) (Tablo 2). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca dislipidemi varlığı, MACE gelişimi için bağımsız risk faktörü olarak belirlendi (OR: 27.04; %95 GA: 9.18–79.68; $p<0.001$) (Tablo 3).

Tablo 1. MACE varlığına göre RA hastalarında demografik, klinik ve laboratuvar parametrelerinin karşılaştırılması

	MACE + (n:41)	MACE - (n:192)	P
Yaş (yıl)	61.0 (55.0 - 67.0)	53.0 (43.75-62.0)	<.001
Cinsiyet (erkek %)	14 (34.1%)	49 (25.5%)	0.259 [#]
Hastalık süresi (yıl)	10.5 (6.9-15.2)	9.2 (4.8-13.5)	0.082
BMI (kg/m ²)	26.03 (23.66-30.07)	27.13 (24.30-30.16)	0.501
ESH (mm/h)	14 (7-34)	22 (11-34)	0.585
CRP (mg/L)	3 (3-6)	3 (3-10)	0.285
Toplam hastalığa özgü tedavi sayısı (n)	5 (4-7)	4 (3-6)	0.064
Tedavi değişim sayısı (n)	4 (2-6)	3 (2-4)	0.017
Kullanılan bDMARD sayısı	2 (1-4)	1 (1-3)	0.050
İlk bDMARD kullanım süresi (ay)	10.0 (3.0-32.0)	10.50 (2.75-39.0)	0.694
Ast (U/L)	23 (18-28)	22 (18-27)	0.558
Alt (U/L)	27 (17-34)	21 (16.75-29.25)	0.122
Üre (mg/dL)	34 (31-38)	31 (24-38)	0.043
Kreatinin (mg/dL)	0.84 (0.70-0.96)	0.70 (0.60-0.85)	0.003
Ürik asid (mg/dL)	5.0 (3.9-5.8)	4.3 (3.5-5.5)	0.116
Total kolesterol (mg/dL)	235.8 (197.8-271.8)	182.9 (139.1-226.9)	<.001
LDL (mg/dL)	141.5 (120.5-174.7)	121.0 (100.0-141.7)	0.003
Trigliserid (mg/dL)	161.5 (116.2-229.5)	122.0 (89.0-167.0)	0.002
HDL (mg/dL)	47.0 (38.5-57.5)	48.0 (43.0-62.0)	0.190
HbA1c %	6.0 (5.7-6.9)	5.4 (5.3-5.8)	<.001

Tablo 2. MACE varlığına göre RA hastalarında klinik özelliklerin ve tedaviye ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması

Değişkenler	Kategori	MACE - n (%)	MACE + n (%)	P
VKI	Normal	62 (78.5%)	17 (21.5%)	0.260
	Fazla kilolu–obez	130 (84.4%)	24 (15.6%)	
Sigara Kullanımı	Yok	139 (82.7%)	29 (17.3%)	0.829
	Var	53 (81.5%)	12 (18.5%)	
Hipertansiyon	Yok	137 (93.2%)	10 (6.8%)	<0.001
	Var	55 (64%)	31 (36%)	
Diyabet	Yok	167 (87.4%)	24 (12.6%)	<0.001
	Var	23 (59.5%)	35 (40.5%)	
Dislipidemi	Yok	169 (96.6%)	6 (3.4%)	<0.001
	Var	19 (39.7%)	65 (60.3%)	
Kronik Böbrek Hastalığı	Yok	186 (83%)	38 (17%)	0.206
	Var	6 (66.7%)	3 (33.3%)	
RF	Negatif	73 (79.3%)	19 (20.7%)	0.374
	Pozitif	115 (83.9%)	22 (16.1%)	
Anti-CCP	Negatif	60 (76.9%)	18 (23.1%)	0.101
	Pozitif	120 (85.7%)	20 (14.3%)	
HLA-B27	Negatif	52 (81.3%)	12 (18.7%)	0.411
	Pozitif	7 (70%)	3 (30%)	
Biyolojik tedavi	Kullanmamış	44 (89.8%)	5 (10.2%)	0.126
	Kullanmış	148 (80.4%)	36 (19.6%)	
Biyolojik tedavi tipi	TNFi	65 (84.4%)	12 (15.6%)	0.237
	non-TNF biyolojik	71 (77.2%)	21 (22.8%)	
Biyolojik tedavi tipi	JAKi	24 (85.7%)	4 (14.3%)	0.651
	Non-JAK biyolojik	111 (79.3%)	29 (20.7%)	
Glukokortikoid kullanımı	Kullanmamış	12 (75.0%)	4 (25.0%)	0.420
	Kullanmış	180 (82.9%)	37 (17.1%)	

Tablo 3. RA hastalarında MACE için bağımsız belirleyiciler

	Odds Ratio	95% CI	P	VIF
Hipertansiyon (var / yok)	3.19	0.830 – 12.269	0.091	1.96
Diyabet (var / yok)	1.28	0.450 – 3.644	0.643	1.19
Dislipidemi (var / yok)	27.04	9.175 – 79.675	<0.001	1.18
Yaş (yıl)	0.99	0.936 – 1.051	0.777	1.89
Tedavi değişim sayısı (n)	1.19	0.969 – 1.460	0.096	1.02
Kreatinin (mg/dL)	4.73	0.569 – 39.321	0.150	1.02

Sonuç: RA hastalarında dislipidemi varlığı, MACE gelişimi açısından en güçlü belirleyici olarak öne çıkmaktadır. Bu hasta grubunda kardiyovasküler risk yönetimi kapsamında dislipidemi kontrolü sağlanmalı ve metabolik parametreler yakından izlenmelidir.

Amaç: Romatoid artrit (RA)'te el, hedef doku olan sinovyum açısından zengin olduğu için erken ve spesifik olarak tutulur ve el fonksiyonunda önemli bir düşüş görülebilmektedir. RA'da periferik veya santral sinir sistemi tutulabilir ya da sinovit, vaskülit ve ilaç toksisitesine bağlı olarak nöropati gelişebilir. RA tedavisinde ağrı ve inflamasyon kontrolüne odaklanılması nedeniyle duyuşal değerlendirmenin göz ardı edilebilmektedir. Bu çalışmanın amacı RA hastalarda duyu ve fonksiyonellik arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya RA tanısıyla takip altında olan 44 kadın hasta dahil edildi. Hafif dokunma duyusu ölçümü elin sekiz farklı bölgesine (Baş parmak, işaret parmak distal ve proksimal, orta parmak, yüzük parmak, küçük parmak distal ve proksimal, avuç içi), Semmes-Weinstein Monofilamentleri kullanılarak değerlendirildi. Ağrı duyusu elin medial ve ulnar sinir dermatomlarına uygulanan Sivri-Künt Testi ile; fonksiyon ise Moberg Pick-Up Testi ve Duruöz El İndeksi değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş (ortalama $\pm$ standart sapma) $52,43 \pm 11,89$ 'dur. Elin sekiz farklı bölgesinde de Semmes Weinstein duyu sınıflamasına göre azalmış hafif dokunma duyusu görüldü (Tablo 1). Hafif dokunma duyusu, ağrı duyusu ve gözler açık Moberg Pick-Up Testi anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Gözler kapalı Moberg Pick-Up Testi ve hafif dokunma duyusu arasında yüzük parmağı ve küçük parmak proksimal bölge dışında anlamlı ilişki bulundu. Yüzeysel ağrı duyusu ile gözler kapalı Moberg Pick-Up Testi arasında anlamlı ilişki bulunamadı. Hafif dokunma duyusu ve Duruöz El İndeksi baş parmak, orta parmak ve küçük parmak proksimal hariç pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 2).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları hafif dokunma duyusunun el fonksiyonuna etkisi olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle RA'lı hastalarda duyu hasarlarının dikkate alınması ve hastalara gerekli tedavilerin uygulanması rehabilitasyonun başarısını artırabilir.

Tablo 1. Elin sekiz farklı bölgesinin Semmes-Weinstein Monofilament ile değerlendirilmesi

Elin Farklı Bölgeleri	Semmes-Weinstein Monofilament değerleri
Baş parmak	3,195 $\pm$ 0,501
İşaret parmak distal	3,040 $\pm$ 0,383
İşaret parmak proksimal	3,042 $\pm$ 0,351
Orta parmak	3,058 $\pm$ 0,398
Yüzük parmak	3,076 $\pm$ 0,364
Küçük parmak distal	3,005 $\pm$ 0,364
Küçük parmak proksimal	3,216 $\pm$ 0,421
Avuç içi	3,074 $\pm$ 0,426

Tablo 2. Elin farklı bölgelerinin ve ağrı duyusunun fonksiyon ile ilişkisi

Elin Sekiz Farklı Bölgesi	Moberg Pick-Up Testi Gözler Açık	Moberg Pick-Up Testi Gözler Kapalı	Duruöz El İndeksi
Baş parmak	p=0,913	p=0,023	r=0,244 p=0,111
İşaret parmak distal	p=0,133	p=0,006	r=0,316 p=0,037
İşaret parmak proksimal	p=0,448	p=0,032	r=0,304 p=0,045
Orta parmak	p=0,805	p=0,028	r=0,139 p=0,368
Yüzük parmak	p=0,051	p=0,085	r=0,418 p=0,005
Küçük parmak distal	p=0,355	p=0,002	r=0,418 p=0,005
Küçük parmak proksimal	p=0,794	p=0,294	r=0,189 p=0,218
Avuç içi	p=0,067	p=0,023	r=0,392 p=0,008
Median	p=1,00	p=0,276	p=0,235
Ulnar	p=0,885	p=0,226	p=0,183

Giriş: Romatoid artrit (RA), sıklıkla el ve ayak küçük eklemlerini tutan, simetrik seyirli periferik poliartrit ile karakterize kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Normalde iskelet sistemi, mekanik stres ve mikrotravmalara karşı kemik remodellingi ile yanıt verirken, RA'da proinflamatuvar sitokinler ve sistemik inflamasyon bu dengeyi bozarak kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalmaya neden olur.

Osteoporoz, KMY azalması ve kemik mikromimarisinin bozulmasıyla karakterize bir durum olup, RA'da görülme sıklığı genel popülasyondan yüksektir. RA'lı bireylerde osteoporozun prevalansı %27,6 civarındadır. Etiyopatogeneizde kronik inflamasyon, glukokortikoid kullanımı, fiziksel inaktivite ve sitokin aracılı kemik rezorpsiyonu başlıca etkenlerdir. KMY değerlendirmesinde altın standart, çift enerjili X-ışını absorpsiyometrisi (DEXA) olup, T-skoru ≤ -2.5 osteoporozu tanımlar. Ancak, DEXA'nın sınırlı erişilebilirliği, daha ulaşılabilir biyobelirteçlerin önemini artırmaktadır.

Son dönemde, RA ve osteoporozda sistemik inflamasyonun merkezi rolü vurgulanmış; tam kan sayımı ve akut faz reaktanlarından türetilen bazı oranlar yeni

inflamatuvar biyobelirteçler olarak önerilmiştir. Bunlar arasında C-reaktif protein/albumin oranı (CAR), nötrofil/lenfosit oranı (NLR), nötrofil/albumin oranı (NAR) ve platelet/lenfosit oranı (PLR) yer almaktadır. Bu parametrelerin RA'da KMY'yi öngörme potansiyeli ise henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, RA'lı bireylerde NAR, CAR, NLR ve PLR gibi inflamatuvar biyobelirteçlerin kemik mineral yoğunluğu ile ilişkisini değerlendirerek, osteoporoz riskini öngörmede kullanılabilecek potansiyel tanısal göstergeleri ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, son altı ay içinde romatoloji polikliniğine başvuran ve son bir yıl içinde DEXA ile KMY değerlendirmesi yapılmış RA tanılı erişkin hastalar dahil edildi. Dünya Sağlık Örgütü'nün osteoporoz tanı kriterlerine göre hastalar üç gruba ayrıldı: T skoru > -1 olanlar (RA+normal), -1 ile -2.5 arası olanlar (RA+osteopeni) ve ≤ -2.5 olanlar (RA+osteoporoz). Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi; gruplar arası karşılaştırmalar Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: RA+osteoporoz grubundaki bireylerde DEXA Z-skorumları, diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.001$). Ayrıca, inflamatuvar belirteçler açısından değerlendirildiğinde, PLR, NLR, CAR ve NAR düzeyleri sağlıklı bireylere göre belirgin şekilde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Gruplara Göre Demografik ve Klinik Özellikler

Değişkenler	RA+ Normal (n:34, 20.61%)	RA + Osteopeni (n:77, 46.67%)	RA + Osteoporoz (n:54, 32.73%)
Yaş	62.50 [15.00]	64.00 [15.00]	68.00 [11.25]
RF	28.00 [58.75]	18.00 [32.00]	34.00 [103.25]
Dexa	-0.55 [0.70]	-1.90 [0.80]	-2.80 [0.90]
Cinsiyet	2.00 [0.00]	2.00 [0.00]	2.00 [0.00]
NAR	0.09 [0.04]	0.11 [0.13]	0.12 [0.10]
NLR	1.98 [1.13]	2.55 [2.88]	2.96 [2.72]
PLR	131.33 [70.53]	147.00 [85.79]	207.75 [138.10]
CAR	0.13 [0.24]	0.14 [0.33]	0.37 [0.76]

Sonuçlar: Elde edilen bulgular, RA'lı hastalarda inflamatuvar yük artışının kemik mineral yoğunluğunu olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. PLR ve CAR düzeylerinin hasta gruplarında daha yüksek bulunması, bu parametrelerin RA ile ilişkili osteoporozun öngörülmesinde potansiyel biyobelirteçler olabileceğini düşündürmektedir. NAR'ın yalnızca osteopeni grubunda anlamlı farklılık göstermesi ise, bu belirtecin erken dönem kemik kaybını yansıtmaya açısından daha duyarlı olabileceğine işaret etmektedir.

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA ALTERNATİF BİR DEĞERLENDİRME:
6 DAKİKA ADIM TESTİNİN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİ**

Havvagül Doğan

Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA) etyolojisi bilinmeyen, eklemleri etkileyen kronik otoimmün bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda egzersizin RA'lı hastalarda ağrıyı azalttığı, yaşam kalitesini iyileştirmeye yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. RA'lı hastalarda fiziksel aktivitenin önemi nedeniyle hastalığın önlenmesi, kontrol altında tutulması veya tedavi edilmesi amacıyla bir egzersiz programı geliştirmelidir. Rehabilitasyonda kişiye özel egzersiz planlanması için aerobik egzersiz kapasitesinin ölçülmesi gerekir. Aerobik kapasite testlerinden biri olan bisiklet ergometresi uzun bir süredir rehabilitasyonda kullanılmaktadır.

Bisiklet ergometresi rehabilitasyonda objektif sonuçların elde edilmesi sağlamakla birlikte klinikte özel bir alan gerektirir. Ayrıca pahalı bir ekipmandır. Bisiklet ergometresinin bu dezavantajlarını ortadan kaldırmak için daha az zaman ve alan gerektiren 6 dakikalık adım testi egzersiz kapasitesini değerlendirmek için bir alternatif olarak kullanılabilir.

Bu çalışmanın amacı RA'lı hastalarda 6 dakikalık adım testinin geçerliliğini ve güvenilirliğini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı'nda RA tanısı ile takip edilen 75 hasta dahil edildi. Aerobik kapasite, 6 dakikalık adım testi uygulanarak ve bisiklet ergometresi kullanılarak maksimal oksijen kapasitesi ölçümü yapılarak değerlendirildi. Her iki test yönteminde de kalp hızı, oksijen saturasyonu (oksimetre), dispne, bacak yorgunluğu (modifiye Borg ölçeği) ve test süreleri kaydedildi. İki test arasındaki fizyolojik

tepkileri, dispne ve bacak yorgunluğunu karşılaştırmak için eşleştirilmiş örneklem t-testi (normal dağılıma sahip veriler için) ve Wilcoxon testi (normal olmayan dağılım için) kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik ve klinik bulguları**Demografik Bilgiler**

Cinsiyet	Kadın	63
	Erkek	12
Ortalama yaş	51,72 ± 11,77 yıl	
VKI	27,87 ± 5,13 kg/m ²	
Hastalık süresi	12,28 ± 8,76 yıl	

**Bisiklet ergometresi ve 6 dakikalık
adım testi sonucu**

Dispne artışı	r =0.746, p <0,01
Bacak yorgunluğu artışı	r =0,593, p <0,01
Test süreleri	r = 0,519 ,p <0,01
HR maks değerleri	r =0.639, p <0,01

Sonuç: Çalışmanın sonuçları RA'lı hastalarda 6 dakikalık adım testinin egzersiz kapasitesini ölçmek için alternatif bir değerlendirme testi olarak kullanılabileceği yönündedir. Daha az zaman ve alan gerektirmesi, ucuz bir ekipman olması nedeniyle bu test, klinisyenler tarafından tercih edilebilir.

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE ANTI-CCP ARASINDAKİ İLİŞKİ

Asude Özdemir¹, Gülşah Yamancan², Yusuf Doğan², Burak Öz², Ahmet Karataş²,
Süleyman Serdar Koca²

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Öğrenci, ²İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ

Giriş: Romatoid artrit (RA) ön planda eklemleri tutan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Ancak, RA'da sistemik tutulumlar (ekstra-artiküler manifestasyonlar) ve komorbid hastalıklar sıktır. Metabolik hastalıkların (ateroskleroz, dislipidemi, hipertasyon gibi) sonucunda ortaya çıkan koroner arter hastalığı RA hastalarında önde gelen mortalite nedenlerindendir. Bu nedenle, RA hastalarının izleminde metabolik hastalıklar dikkate alınmalıdır. Obezitenin RA klinik seyri (tedavi yanıtı) ve C-reaktif protein (CRP) gibi inflamasyon belirteçleri ile ilişkisi bilinmektedir.

Bu çalışmamızda RA hastalarında, obezite sıklığının belirlenmesi ve seropozitifitenin vücut kitle indeksi (VKİ) üzerine etkisini ortaya koymak amaçlanmaktadır.

Materyal-Metot: Şubat 2025 tarihinde Fırat Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Polikliniğine başvuran RA tanılı (yeni tanı ve takipli) hastalar çalışmaya davet edildi. ACR/EULAR 2010 sınıflama kriterlerini dolduran ve çalışmaya katılmaya gönüllü 144 RA hastası çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların demografik, klinik ve laboratuvar verileri (Tablo 1) hasta dosyasından alındı. VKİ bulgularına göre hastalar 3 alt gruba ayrıldı: normal kilolu, aşırı kilolu ve obezler. Romatoid faktör (RF) ve anti-siklik sitriline peptit (CCP) antikor titresi >21 IU/mL olanlar seropozitif kabul edildi.

Sonuçlar: RA hastalarının 35'i (% 24.2) obezdi (Tablo 1). VKİ değerleri kadınlarda, erkeklerden daha, yüksekti (28.1±5.5 vs. 25.3±3.3 kg/m², p=0.013). Kadınların % 30'u, erkeklerin ise % 5.7'si obezdi (p=0.022). RF pozitifliği açısından bakıldığında bu parametrelerdeki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ancak, anti-CCP pozitiflerde VKİ düzeyi ve obezite oranı, anti-CCP negatiflerden, anlamlı olarak düşüktü (Tablo 2).

Lojistik regresyon analizinde; hastalık süresi, şiş/hassas eklem sayısı, deforme eklem sayısı ve RF pozitifliğinden bağımsız olarak CCP pozitifliğinin obezite sıklığında anlamlı azalmaya neden olduğu gösterildi (Tablo 3). Ek olarak, erkeklerde obezite riskinin düşük olduğu saptandı. Ancak, CRP ve ESH düzeyleri de sürpriz şekilde obezite ilişkiliydi. Halbuki, obez ve obez olmayanlardaki CRP (19.9±21.2 vs. 28.9±36.6 mg/dL) ve ESH (37.6±21.6 vs. 33.1±24.2 mm/saat) düzeyleri açısından farklılık istatistiksel anlamlılıktta değildi (sırasıyla; P=0.171 ve P=0.545).

Tablo 1. RA hastalarının demografik, klinik ve laboratuvar verileri

Parametreler	mean±SD veya n (%)
Yaş, yıl	51.9±13.8
Hastalık süresi, yıl	5.97±6.89
Cinsiyet-kadınlar	111 (% 77.1)
RF pozitifliği	98 (% 68.1)
Anti-CCP pozitifliği	88 (% 61.5)
RF ve CCP'nin ikisi de negatifler	33 (% 23.2)
ESH, mm/saat	34.2±23.6
CRP, mg/dL	26.7±33.6
WBC, /mm ³	8898.8±3208.5
Hb, g/dL	12.7±1.7
Trombosit, /mm ³	320.7±104.8
Total protein, mg/dL	7.2±0.6
Albümin, mg/dL	3.9±0.5
Hassas eklem sayısı, n	8.8±5.7
Şiş eklem sayısı, n	3.3±2.5
Sabah tutukluk süresi, saat	1.7±0.5
Deforme eklem sayısı, n	2.4±5.4
Romatoid nodülü olanlar, n	4 (% 2.8)
VKİ, kg/m ²	27.4±5.2
- Normal kilolular	47 (% 33.3)
- Aşırı kilolular	59 (% 41. 8)
- Obezler	35 (% 24.2)

RF; romatoid faktör, CCP; siklik sitriline peptit, ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, CRP; C-reaktif protein

Tablo 2. VKİ ve obezite sıklığını etkileyen faktörler

		VKİ (kg/m ²)	Obezite oranı (%)
Cinsiyet	Kadın	28.1±5.5	30
	Erkek	25.3±3.3	5.7
	P	0.013	0.022
RF	Negatif	28.3±5.4	35.6
	Pozitif	26.9±5.1	19.6
	P	0.067	0.121
Anti-CCP	Negatif	28.5±5.6	37
	Pozitif	26.7±4.9	17.2
	P	0.023	0.028

VKİ; vücut kitle indeksi, RF; romatoid faktör, CCP; siklik sitriline peptit

Tartışma: Anti-CCP pozitifliği VKİ'yi etkilemektedir. Anti-CCP pozitifliği, hastalık klinik şiddetinden bağımsız olarak, daha düşük VKİ değeri ve daha az oranda obeziteye yol açmaktadır.

Tablo 3. Lojistik regresyon analizinde obezite sıklığı ile ilişkili belirteçler

	P	OR	% 95 Güven Aralığı
Erkek Cinsiyet	0.033	0.184	0.039 - 0.872
ESH düzeyi	0.011	1.035	1.008 - 1.064
CRP düzeyi	0.037	0.976	0.955 - 0.999
Albümin düzeyi	0.958	1.035	0.288 - 0.3719
RF pozitifliği	0.450	0.683	0.254 - 1.836
Anti-CCP pozitifliği	0.012	0.277	0.102 - 0.752
Deforme eklem sayısı	0.090	0.905	0.807 - 1.016

ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, CRP; C-reaktif protein, RF; romatoid faktör, CCP; siklik sitriline peptit, OR; Odds Oranı

Kaynaklar:

1. Braga GC, et al. The impacts of obesity in rheumatoid arthritis and insights into therapeutic purinergic modulation. *Int Immunopharmacol.* 2024;136:112357.
2. Flores-Alvarado DE, et al. Impact of obesity and overweight on C-reactive protein concentrations and disease activity in rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Int J Rheum Dis.* 2023;26(12):2498-2508.

SS
06

ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTALARDA C-ANCA VE P-ANCA POZİTİFLİĞİ SIKLIĞI

Emine Engin¹, Mesude Seda Aydoğdu²

¹Malatya Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, ²Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Malatya

Amaç: Romatoid Artrit (RA) eklem tutulumları ile karakterize multisistemik tutulumlar yapabilen ve çeşitli otoantikorların (Romatoid Faktör ve Anti CCP) varlığı ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır (1). Anti-nötrofil sitoplazmik antikor nötrofil ve monositlerin sitoplazmalarında bulunan antijenlere karşı geliştirilen antikorlardır. ANCA ilişkili vaskülitlerin tanısında esas olarak kullanılmaktadır. Enfeksiyon, malignite, otoimmün hastalıklarda da pozitif olarak görülebilir. MPO-ANCA(p-ANCA) ve PR3-ANCA(c-ANCA) olmak üzere iki alt tipi bulunur (2).

Bu çalışmada RA tanılı hastalarda c-ANCA ve p-ANCA pozitifliği sıklığı, seronegatif (RF ve Anti CCP negatif) ve seropozitif (RF ve/veya Anti CCP pozitif) hasta gruplarında ANCA pozitifliği sıklığını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: 1 Mayıs 2025 ve 1 Ağustos 2025 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran ve RA tanısı ile takip edilen hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet) RF, Anti CCP, c-ANCA ve p-ANCA değerleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bu tek merkezli kesitsel çalışmaya 53 hasta dahil edildi. Hastaların 32'si seropozitif, 21'i seronegatif olarak sınıflandırıldı. Tüm hastalarda c-ANCA ve p-ANCA düzeyleri ölçülmüştü. ANCA testlerinde 20U/ml ve üzerindeki değerler pozitif olarak kabul edildi. Seropozitiflik durumu ile ANCA pozitifliği arasındaki ilişki Fisher's Exact testi ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın 41'i kadın (%77.4), 12'si erkekti. Seropozitif RA grubunda yaş ortalaması 60.3, medyan yaş 63.5 olup hastaların %81.3'ü

kadındı. Seronegatif RA grubunda ise ortalama yaş 56.8, medyan yaş 55 olarak saptandı ve hastaların %71.4'ü kadındı.

p-ANCA pozitifliği hiçbir hastada saptanmadı. c-ANCA pozitifliği ise seronegatif RA grubunda 2 hastada (%9.5), seropozitif RA grubunda 1 hastada (%3.1) saptandı. Gruplar arasında c-ANCA pozitifliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0.555).

Sonuç: RF pozitifliği ile ANCA ilişkili vaskülit arasında bir ilişki olduğunu düşündüren çalışmalar mevcuttur (3). RA hastalarında ANCA pozitifliği ilişkisini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda c ANCA pozitif olan seronegatif bir RA hastası granülomatoz polianjitis tanısı aldı ve alveolar hemoraji ile başvurdu.

c-ANCA ve p-ANCA testlerinin RA hastalarında rutin olarak istenmesinin klinik faydası sınırlı olabilir fakat ANCA ilişkili vaskülitlerin mortal tablosu göz önüne alındığında özellikle seronegatif RA ve CCP negatif RF pozitif RA hastalarında ANCA bakılması uygun olabilir. Çalışmamızın daha geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

RA Seroloji	c-ANCA	P-ANCA
RF+ CCP+	0	0
RF- CCP+	1	0
RF+ CCP-	0	0
RF- CCP-	2	0

Kaynaklar:

1. *Am Fam Physician.* 2011 Dec 1;84(11):1245-52.
2. *Lancet.* 2024 Feb 17;403(10427):683-698.
3. *Rheumatology (Oxford).* 2022 Apr 11;61(4):1366-1375.

ROMATOİD ARTRİT, PSORİYATİK ARTRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİTTE UPADACİTİNİB: GERÇEK YAŞAMDA ALTI AYLIK ETKİNLİK VE GÜVENLİLİK BULGULARI

Gülşah Yamanca, Süleyman Serdar Koca

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA), psoriatik artrit (PsA), ankilozan spondilite (AS) etkinliği kanıtlanmış JAK1-selektif bir ajan olan **upadacitinib (UPA)**, randomize çalışmalarda klinik yanıt ve fonksiyonel iyileşme sağlamış olsa da, **çoklu endikasyonlu gerçek yaşam** verileri ve kısa dönem sonuçlarının birlikte raporlandığı serilerle sınırlıdır. Bu çalışma, kliniğimizde upadacitinib başlanan **RA, AS ve PsA** hastalarında **6 aylık etkinlik ve güvenlik** sonuçlarını ortaya koymayı amaçlamıştır.

Yöntem: Merkezimizde takipli 20.10.2023 ile 15.06.2025 tarihleri arasında upadacitinib başlanan, önceden bir veya daha fazla biyolojik ajan kullanmış, 6 ay süre ile takip edilmiş 45 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. RA, PSA, AS tanılı hastalardan ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) skoru, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), VAS (Visual Analogue Scales), HAQ (Health Assessment Questionnaire), laboratuvar tetkikleri hasta dosyalarından tarandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 45 hasta dahil edildi. Hastaların 30'u(%66.7) kadın, 15'i (%33.3) erkekti. Ortalama yaş 45.3±13.8 yıl ve medyan hastalık süresi 111(6-356) aydı. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 24.8±2.38 kg/m² idi. Başlangıçta UPA tedavisi almakta olan 45 hastanın altı aylık takip sürecinde 11'i (%23,9) tedaviyi sonlandırdı, 3'ü (%6,5) ise başka merkezde takibine devam etti. Eşlik eden komorbiditeler arasında diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, hiperlipidemi ve osteoporoz değişen oranlarda mevcuttu.(Tablo1). Başlangıç hematolojik parametrelerde ortalama lökosit sayısı 8.31±2.70×10³/μL, hemoglobin düzeyi 13.30±2.55 g/dL idi. Hemoglobin ve lökosit düzeylerinde anlamlı değişiklik izlenmezken, kreatin kinaz düzeyi 6. Ayda anlamlı olarak arttı (p:0.023). Aspartat aminotransferaz (AST) ve Alanin aminotransferaz (ALT) düzeylerindeki değişim 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı Hastalık aktivite skorları tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde; RA grubunda başlangıç DAS28-CRP ortalaması 4.23±0.95 iken 6. ayda 3.09±0.61'e geriledi. (ortalama fark: 1.14; %95 GA: 0.67–1.61; p<0,001). AS grubunda ASDAS-ESR ortalaması 3.91±1.24'ten 2.39±1.03'e (fark: 1.51; %95 GA: 0.90–2.12; p<0,001), BASDAI ortalaması 5.90±1.48'den 2.22±0.69'a (fark: 3.68; %95 GA: 2.96–4.39; p<0,001) düştü. Fonksiyonel durum göstergesi olan HAQ skoru başlangıçta 1.39±0.63 iken 6. ayda 0.74±0.24'e geriledi (fark: 0,65; %95 GA: 0,39–0,90;

p<0,001). Hasta global VAS ortalaması 7.15±1.25'ten 3.15±0.97'ye (fark: 4.00; %95 GA: 3.46–4.53; p<0,001), hekim global VAS ise 6.19±1.57'den 2.00±1.02'ye (fark: 4.19; %95 GA: 3.45–4.93; p<0,001) düştü (Tablo2).

Sonuç: Tedavi sürecinde tüm tanı gruplarında hastalık aktivite skorları ve fonksiyonel durum göstergelerinde anlamlı ve belirgin iyileşme sağlandı. Laboratuvar izlemlerinde yalnızca kreatin kinaz düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı, ancak klinik açıdan önemsiz ve asemptomatik bir artış gözlemlendi. Çalışmamız, upadacitinib'in RA, PsA ve AS tedavisinde gerçek yaşam koşullarında kısa dönemde yüksek etkinlik, iyi tolere edilebilirlik ve düşük ciddi yan etki profili sunduğunu göstermekte olup klinik uygulamalarda tercih edilebilir bir seçenek olabileceğini desteklemektedir.

Tablo 1. UPA alan hastaların komorbidite sıklıkları

Komorbiditeler	N (%)
Diyabetes mellitus	2 (4.4%)
Hipertansiyon	8(17.8%)
Hiperlipidemi	14(31.1%)
Koroner arter hastalığı	1(2.2%)
Osteoporoz	5(11.1%)
Kalp yetmezliği	1(2.2%)

Tablo 2. UPA alan hastaların başlangıç ve 6. ay verilerinin karşılaştırılması

	UPA başlangıç (n=46)	UPA 6. Ay (n=46)	P
DAS	4.23±0.95	3.09±0.61	<0.001
ASDAS-ESR	3.91±1.24	2.39±1.03	<0.001
BASDAI	5.90±1.48	2.22±0.69	<0.001
VAS	7.15±1.25	3.15±0.97	<0.001
HAQ	1.39±0.63	0.74±0.24	<0.001
WBC ×10 ³ /μL	8.7±2.8	8.5±2.4	0.023
Neu/Lymph	2.18±0.76	3.01±2.05	0.057
Hgb gr/dl	12.8±2.8	13.3±1.8	0.342
ALT U/L	23.1±9.7	23.3±9.4	0.913
AST U/L	21.7±9.9	22.2±9.4	0.718
Kreatin kinaz U/L	53.5±18.3	107.4±44.6	0,023

DAS: Disease Activity Score, **ASDAS-ESR:** Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score – Erythrocyte Sedimentation Rate, **BASDAI:** Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, **VAS:** Visual Analog Scale, **HAQ:** Health Assessment Questionnaire, **WBC:** White Blood Cell, **Hgb:** Hemoglobin, **ALT:** Alanin Transaminaz, **AST:** Aspartate Transaminaz

Amaç: Çalışmamızın amacı, romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) hastalarında ilaç uyumunu değerlendirmek ve bu uyumun; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kullanılan ilaç türü (biyolojik tedavi ve/veya DMARD), psikiyatrik ilaç kullanımı gibi sosyodemografik ve klinik faktörlerle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Romatoloji kliniğimizde takip edilen 49 hasta (25 RA, 24 AS) çalışmaya dahil edildi. Hastalara poliklinik kontrolleri sırasında yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı. **Sosyodemografik veriler** (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi) ile **klinik veriler** (kullanılan tedavi türü; biyolojik ajan ve/veya DMARD, psikiyatrik ilaç kullanımı) sorgulandı. İlaç uyumunu değerlendirmek amacıyla 5 maddelik MARS-5 skoru kullanıldı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak analiz edilerek ilaç uyumu ile sosyodemografik, klinik parametreler arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 49 hastada ilaç uyumu MARS-5 ölçeği ile değerlendirildi. MARS-5 toplam skoru erkeklerde ortalama 22.6 ± 2.7 (min: 13, max: 25), kadınlarda ise 23.3 ± 3.4 (min: 13, max: 25) olarak bulundu. Her iki cinsiyet grubunda da medyan değerlerin yüksek olduğu (erkeklerde 23, kadınlarda 25) saptandı. Ancak toplam skor açısından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi ($p=0.062$). Hastaların eğitim düzeyine (okuma-yazma bilmeyen, ilköğretim, lise, üniversite) ve gelir düzeyine (düşük, orta, yüksek) göre yapılan analizlerde MARS-5 skoru açısından anlamlı farklılık saptanmadı (tüm $p>0.05$). Psikiyatrik ilaç kullanan hastaların toplam MARS skoru ortalaması 20.9 ± 4.8 , kullanmayanlarda ise 23.3 ± 2.1 olarak bulundu. Toplam skor psikiyatrik ilaç kullananlarda daha düşük olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.213$). Hastaların MARS-5 skorları tedavi türüne göre

karşılaştırıldığında, toplam skor arasında anlamlı fark saptandı ($p=0.021$). DMARD grubunda ortalama skor 21.3 ± 3.8 , biyolojik tedavi grubunda 23.6 ± 2.2 , kombine tedavi grubunda ise 24.0 ± 1.3 olarak bulundu. Post-hoc analizler sonucunda, biyolojik tedavi grubunun ilaç uyum skorlarının DMARD grubuna göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu saptanmış ve bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmıştır ($p=0.043$). RA grubunda ortalama toplam MARS-5 skoru 22.3 ± 2.9 , AS grubunda ise 23.4 ± 3.0 olarak hesaplandı. Medyan değerler sırasıyla 23 ve 25 idi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.060$).

Sonuç: Bu çalışma, romatoloji kliniğimizde takip edilen RA ve AS hastalarında ilaç uyumunu MARS-5 ölçeği ile değerlendiren nadir çalışmalardan biridir. Bulgularımız, hastaların genel olarak yüksek ilaç uyumu gösterdiğini ortaya koymuştur. İlaç uyumunun sosyodemografik faktörlerden anlamlı düzeyde etkilenmediği gözlenmiştir. Bununla birlikte, biyolojik tedavi alan hastalarda ilaç uyumunun, yalnızca DMARD kullananlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, biyolojik ajanların hasta gözünde daha etkili ve değerli algılanması ile ilişkili olabilir. Bu durum, tedaviye yönelik algının ilaç uyumu üzerindeki etkisini ortaya koymakta ve hasta odaklı yaklaşımların önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Tablo 1. MARS-5 skorunun demografik veriler, kullanılan ilaçlar ve tanılar arasında karşılaştırılması

	MARS-5 Ortalama $\pm$ SD Ortanca (Min–Max)	p-değerleri	Post-Hoc sonuç
Erkek	23 (13–25)	0.062	-
Kadın	25 (13–25)		
Eğitim Seviyesi	Anlamlı fark yoktur	>0.05	-
Gelir Düzeyi	Anlamlı fark yoktur	>0.05	-
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	20.9 ± 4.8 (Psychiatric drug users)	0.213	-
Kullanılan Ajanlar		0.021	Biologic vs DMARD: 0.043
DMARD	21.3 ± 3.8		
Biyolojik Tedavi	23.6 ± 2.2		
Kombinasyon tedavisi	24.0 ± 1.3	0.060	
RA	23 (13-25)		
AS	25 (13-25)		

RA: Romatoid Artrit, **AS:** Ankilozan Spondilit, **DMARD:** Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs

Tablo 2. MARS-5 (Medication Adherence Report Scale-5)

Maddeler	Yanıt Seçenekleri (1–5)
1. İlacımı almam gerektiği şekilde almadığımı olur.	1=Her zaman, 2=Çoğu zaman, 3=Bazen, 4=Nadiren, 5=Hiçbir zaman
2. İlacımı almayı unuttuğum olur.	1=Her zaman, 2=Çoğu zaman, 3=Bazen, 4=Nadiren, 5=Hiçbir zaman
3. İlacımı almamam gerektiğinde (kendimi iyi hissettiğimde, yan etki yaşadığımda vb.) bırakırım.	1=Her zaman, 2=Çoğu zaman, 3=Bazen, 4=Nadiren, 5=Hiçbir zaman
4. İlacımı daha düşük dozda alırım.	1=Her zaman, 2=Çoğu zaman, 3=Bazen, 4=Nadiren, 5=Hiçbir zaman

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA ELEKTROMİYOGRAFİ BULGULARI VE PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ TUTULUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİFurkan SARIKUŞ¹, Jehat KILIÇ², Süleyman Serdar KOCA²¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Öğrenci, ²İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ

Giriş: Romatoid artrit (RA), kronik sistemik inflamatuvar bir hastalık olup periferik sinir sistemi tutulumu sık görülmektedir. Nöromusküler komplikasyonlar, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, RA'lı hastalarda elektromiyografi (EMG) bulgularını incelemeyi amaçladık.

Materiyal-Metod: Bu çalışmaya, RA tanısı almış ve kliniğimizde yatırılarak tedavi edilmiş toplam 104 hasta dâhil edildi. Hasta verileri, hastanenin ENLİL bilgi sisteminden elde edildi. Hastaların yaş ve cinsiyet gibi demografik bilgileri ile Anti-CCP ve romatoid faktör gibi laboratuvar parametreleri kaydedildi. Yatış süresince elde edilen elektromiyografi (EMG) bulguları beş grupta sınıflandırıldı: Normal (1), Karpal Tünel Sendromu (KTS) (2), Polinöropati (3), KTS ile Polinöropati (4) ve Diğer (5). Ayrıca, KTS olguları şiddetine (hafif ve şiddetli) ve tarafına (tek taraflı ve çift taraflı) göre alt gruplara ayrıldı. Polinöropati saptanan hastalar da şiddetine göre hafif ve şiddetli olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya RA tanısı alan 104 hasta dahil edilmiştir ve hastaların çoğunluğu kadınlardan (n = 78, %74,3) oluşmaktadır. Ortalama yaş $61,41 \pm 11,20$ yıl, ortalama hastanede yatış süresi ise $3,61 \pm 5,48$ gündür. Seropozitiflik 76 hastada (%72,4) saptanırken, 28 hasta (%26,7) seronegatif. Elektromiyografi (EMG) bulgularında

en sık görülen anormallik KTS olup, 40 hastada (%38,5) saptanmıştır. Bunu sırasıyla normal EMG bulguları 29 hastada (%27,9), KTS ile birlikte polinöropati 22 hastada (%21,2), yalnız polinöropati 10 hastada (%9,6) ve diğer bulgular 3 hastada (%2,9) izlemiştir. Seronegatif hastalarda KTS 14 hastada (%50,0), normal EMG 8 hastada (%28,6) ve KTS + polinöropati 4 hastada (%14,3) görülmüştür. Seropozitif hastalarda ise KTS 26 hastada (%34,2), normal bulgular 21 hastada (%27,6) ve KTS + polinöropati 18 hastada (%23,7) saptanmıştır. Polinöropati şiddeti ve KTS şiddeti gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir (sırasıyla $p = 0,625$ ve $p = 0,671$). KTS taraf dağılımı incelendiğinde, hastaların %80,6'sında tek taraflı, %19,4'ünde iki taraflı tutulum görülmüş olup, seronegatif ve seropozitif gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0,232$).

Sonuç: RA tanılı hastalarda periferik sinir sistemi tutulumları, özellikle KTS, sık izlenmekte olup EMG ile objektif olarak saptanabilmektedir. Serolojik durum ile EMG bulguları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, bu nörolojik komplikasyonların seropozitiflikten bağımsız gelişebileceğini düşündürmektedir. RA hastalarının elektromiyografik olarak değerlendirilmesi, subklinik tutulumların erken tanısı ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi açısından klinik pratikte önemli bir yere sahiptir.

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA SCORE2 MODELİ İLE KARDİYOVASKÜLER RİSK ANALİZİİlyas TÜRK¹, Mehmet Serdar YILDIRIM³, Ahmet KARATAŞ²Fırat Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı¹, Romatoloji Bilim Dalı², Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı³

Giriş: Romatoid artrit (RA), sistemik inflamatuvar yapısı nedeniyle kardiyovasküler hastalık riskini artırabilen kronik bir otoimmün hastalıktır. Bu çalışmada, RA hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun laboratuvar parametreleri ve kardiyovasküler risk skorları karşılaştırılmıştır.

Materiyal ve Metot: Bu çalışmaya, hastanemizde takip edilen 25 romatoid artrit (RA) hastası ile 25 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir. Yaş ve cinsiyet gibi demografik veriler ile lökosit (WBC), hemoglobin (Hb), hematokrit (Hct), trombosit (PLT), üre, kreatinin (Cr), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) gibi laboratuvar parametreleri hastanemizin ENLİL elektronik tıbbi kayıt sisteminden elde edilmiştir. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi, 40–69 yaş arası bireylerde ölümcül ve ölümcül olmayan aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (ASCVD) için 10 yıllık risk tahmini yapan **SCORE2** modeli ile yapılmıştır. SCORE2 hesaplamasında yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, sistolik kan basıncı, total kolesterol ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterol değerleri kullanılmıştır. Risk sınıflandırması, 2021 Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzlarına göre düşük, orta, yüksek ve çok yüksek

kardiyovasküler risk bölgelerine göre yapılmıştır. Toplanan veriler, RA hastaları ve kontrol grubu arasındaki klinik ve laboratuvar bulguların karşılaştırılması ve kardiyovasküler risk profillerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır.

Bulgular: RA hastaları ile kontrol grubu arasındaki laboratuvar ve klinik parametrelerin karşılaştırılması sonucunda, RA hastalarının yaşı ($53,52 \pm 7,43$) kontrol grubuna ($48,64 \pm 6,80$) göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p = 0,019$). Kreatinin düzeyleri ise RA hastalarında ($0,74 \pm 0,13$ mg/dL), kontrol grubuna kıyasla ($0,85 \pm 0,17$ mg/dL) anlamlı olarak daha düşüktü ($p = 0,010$). Kolesterol, HDL, WBC, trombosit, hemoglobin, hematokrit ve üre düzeyleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$), ancak trombosit ($p = 0,061$) ve üre ($p = 0,060$) değerleri anlamlılığa yakın bulundu. Kardiyovasküler risk skorları incelendiğinde, RA hastalarının medyan skoru kontrol grubuna göre farklılık göstermedi. Ortalama sıralama RA hastalarında biraz daha yüksek olmasına rağmen (27,46'ya karşı 23,54), bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p = 0,341$). Bu sonuçlara göre, incelenen kohortta RA tanısı, daha yüksek kardiyovasküler risk skoru ile ilişkili bulunmadı.

Sonuç: RA hastaları ile kontrol grubu arasında kardiyovasküler risk skoru açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. RA grubunun ortalama sıralaması kontrol grubuna göre daha yüksek olmasına rağmen (27,46'ya karşı 23,54), bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu, incelenen sınırlı kohortta RA'nın tek başına ek kardiyovasküler risk oluşturmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, RA'nın kronik inflamatuvar yapısı ve kardiyovasküler komplikasyonlarla olan bilinen ilişkisi göz

önünde bulundurulduğunda, daha büyük örneklemli ve uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bu çalışmalar, RA hastalarında subklinik ateroskleroz ve SCORE2 gibi risk hesaplamalarının öngörü değerini netleştirebilir. Ayrıca, inflamasyon kontrolünün kardiyovasküler risk üzerine etkisinin değerlendirilmesi, RA yönetiminde multidisipliner yaklaşımlara katkı sağlar.

SS
11

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA PERİODONTAL HASTALIK SIKLIĞI

Bahadır Emre Koca¹, Gülşah Yamancan², Yusuf Doğan², Jehat Kılıç², Süleyman S. Koca²
¹Biruni Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul, ²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

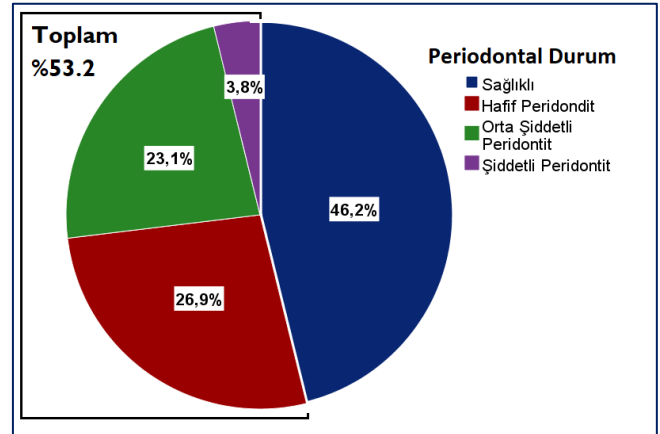
Giriş: Romatoid artrit (RA) kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Periodontal hastalıkların anti-siklik sitriline peptit (CCP) antikor pozitifliği ile ilişkili olduğu, RA patogenezinde etkilerinin olduğu ve RA hastalarında klinik şiddetle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda, RA hastalarında periodontal hastalık sıklığını belirlemek ve periodontal hastalıklar için olası risk faktörlerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: 01 – 20 Ağustos 2025 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı polikliniğine başvuran, ERULAR/ACR 2010 sınıflama kriterleri karşılayan, 26 RA tanılı hasta çalışmaya alındı. Sistemik inflamatuvar ek hastalığı olanlar, gebeler, malignitesi, aktif enfeksiyonu olanlar, 18 yaş altı ve 65 yaş üzeri olanlar çalışmaya alınmadı. İntraoral muayenede diş çürüğü, eksik diş sayıları ve mevcut restorasyonları değerlendirildi. Periodontal muayenede sondlama cep derinliği (SCD), gingival indeks (Gİ), plak indeksi (Pİ) değerlendirilip kaydedildi. Klinik Ataşman Kaybı (KAK); mine-sement sınırı ile sulkus tabanı arasındaki mesafe olarak hesaplandı. Periodontal durumun değerlendirmesinde Centers for Disease Control (CDC)-American Academy of Periodontology (AAP) tanımlamaları kullanıldı.

Sonuçlar: Hastalarımızın % 92,3'ü kadındı, ek olarak, % 65'inde RF pozitif ve % 56'sında anti-CCP pozitifliği. RA hastalarımızın % 53,8'inde periodontal hastalık (% 26,9 hafif, % 23,1 orta ve % 3,8 şiddetli) saptandı (Şekil 1). Periodontal hastalıkları olanlarda SCD ve KAK değeri anlamlı olarak yüksekti. Ek olarak, ortalama yaş ve ortalama hastalık süresi periodontal hastalıkları olanlarda daha yüksekti (Tablo 1). Periodontal hastalık ile hastalık aktivitesi, kullanılan ilaçlar, çay-kahve tüketimi anlamlı derecede ilişkili bulunmadı. Ancak, turşu tükettiğini beyan edenlerde periodontal hastalık olasılığı anlamlı oranda daha düşüktü (Tablo 2). Komorbid hastalıklardan hipertansiyonu olanların

hepsinde periodontal hastalık vardı (% 100 vs. % 40, p=0.010).

Tartışma: RA hastalarımızda ileri yaş ve komorbid hipertansiyon hastalığı varlığı periodontal hastalıkların sıklığında artış ile ilişkili bulundu. Diğer taraftan, doğal probiyotik kaynağı olduğu kabul edilen turşu ve şalgam tüketimi olanlarda periodontal hastalıkların sıklığının azaldığı gözlemlendi.



Şekil 1. RA hastalarına periodontal hastalık sıklık ve şiddeti

Kaynaklar:

1. Loe H, Silness J. Periodontal Disease in Pregnancy. I. Prevalence and Severity. Acta Odontol Scand 1963;21:533–51.
2. Silness J, Loe H. Periodontal Disease in Pregnancy. II. Correlation Between Oral Hygiene and Periodontal Condition. Acta Odontol Scand 1964;22:121–35.
3. Eke PI, et al. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. J Periodontol 2012;83:1449–54.
4. Tolu S, et al. Periodontal Disease and Associated Factors in Patients with Rheumatoid Arthritis. Haydarpasa Numune Med J 2020;60(2):133–9.

Tablo 1. Periodontal hastalığı olan ve olmayan RA hastalarında klinik ve laboratuvar verileri

Parametreler	Tüm hastalar (n=26)	Periodontal hastalık		P
		Yok (n=12)	Var (n=14)	
Yaş, yıl	52.9±10.5	47.8±11.1	56.9±8.6	0.035
Hastalık süresi, ay	102.1±65.1	70.4±66.3	135.7±66.3	0.014
RF Titresi, IU/mL	127.5±174.6	158.5±202.5	100.9±149.4	0.734
CCP Titresi, IU/mL	219.7±308.8	153.6±295.2	271.6±319.9	0.385
CRP, mg/L	4.6±4.1	4.8±3.1	4.4±4.9	0.275
ESH, mm/saat	23.1±11.9	24.6±10.3	21.8±13.3	0.440
Total Protein, mg/dL	7.1±0.5	7.3±0.5	7.1±0.4	0.163
Albumin, g/dL	4.4±0.2	4.4±0.2	4.4±0.1	0.979
Glukoz, mg/dL	108.7±41.8	105.3±25.6	111.6±52.8	0.877
Total Kolesterol, mg/dL	208.3±44.2	209.8±54.1	207.7±42.9	0.832
Trigliserid, mg/dL	180.5±99.8	205.5±120.8	170.5±95.5	0.999
Kreatin, mg/dL	0.71±0.16	0.65±0.1	0.75±0.2	0.132
Sabah tutukluğu, dakika	9.8±12.2	13.8±14.8	7.1±9.3	0.259
Şiş eklem sayısı, n	0.8±1.4	1.2±1.6	0.5±1.2	0.231
Hassas eklem sayısının, n	2.9±2.3	3.4±2.5	2.6±2.2	0.494
Deforme eklem sayısı, n	0.2±0.7	0.1±0.6	0.3±0.8	0.643
MEDAS Skoru	6±1.8	5.7±1.7	6.1±1.9	0.260
Kalan diş sayısı, n	24.5±5.9	26.8±1.9	23.1±7.7	0.542
Plak indeksi	1.3±0.6	1.3±0.7	1.4±0.6	0.471
Gingival indeks	0.9±0.5	0.8±0.5	1.1±0.6	0.207
Sondlama cep derinliği, mm	2.1±0.3	1.8±0.3	2.2±0.3	0.003
Klinik ataşman değeri, mm	0.26±0.49	0.02±0.03	0.47±0.59	<0.001

RF; romatoid faktör, CCP; siklik sitriline peptit, CRP; C-reaktif protein, ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, MEDAS; Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği

Tablo 2. Periodontal hastalığı olan ve olmayan RA hastalarında kategorik veriler

		Periodontal hastalık		P
		Yok (n=12)	Var (n=14)	
Sigara	Hiç içmeyenler (n=16)	% 43.8	% 56.3	0.756
	İçenler+bırakanlar (n=10)	% 50	% 50	
Kahve	İçmez (n=9)	% 33.3	% 66.7	0.340
	İçer (n=17)	% 52.9	% 47.1	
Turşu	Tüketmez (n=15)	% 26.7	% 73.3	0.020
	Tüketirler (n=11)	% 72.7	% 27.3	
Şalgam	Tüketmez (n=21)	% 42.9	% 57.1	0.490
	Tüketir (n=5)	% 60	% 40	
MTX	Kullanmayanlar (n=18)	% 38.9	% 61.1	0.265
	Kullananlar (n=8)	% 62.5	% 37.5	
LEF	Kullanmayanlar (n=13)	% 53.8	% 46.2	0.431
	Kullananlar (n=13)	% 38.5	% 61.5	
bDMARD veya tsDMARD	Kullanmayanlar (n=10)	% 50	% 50	0.756
	Kullananlar (n=16)	% 43.8	% 56.3	
HT tanısı	Olmayanlar (n=20)	% 60	% 40	0.010
	Olanlar (n=6)	% 0	% 100	

MTX; metotreksat, LEF; leflunomid, bDMARD; biyolojik tedavi ajanı, tsDMARD; hedefe yönelik sentetik tedavi ajanı, HT; hipertansiyon

BİYOLOJİK TEDAVİ ALAN DİFFUCULT TO TREAT VE NON-DİFFUCULT TO TREAT ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Mesut Şaşım, Yusuf Doğan, Süleyman Serdar Koca

Fırat Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı¹, Romatoloji Bilim Dalı²

Amaç: Romatoid artrit (RA); kronik, sistemik ve otoimmün kaynaklı, eklemlerde progresif hasara yol açabilen inflamatuvar bir hastalıktır. Biyolojik ve hedefe yönelik ajanlara rağmen bazı hastalarda RA kontrol altına alınamamaktadır. Bu hastalar “difficult to treat RA (D2T RA)” olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızın amacı, D2T RA tanılı hastaların klinik, laboratuvar ve serolojik özelliklerini biyolojik ajan kullanan diğer RA tanılı hastalarla karşılaştırmalı olarak incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya 60 hasta dâhil edildi. Grup 1’i D2T RA (n=31), Grup 2’yi biyolojik ajan alan ancak D2T olmayan RA tanılı hastalar (n=29) oluşturdu. Demografik, laboratuvar, serolojik veriler ve hastalık aktivite skorları karşılaştırıldı. p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Yaş, tanı süresi, sedimantasyon, CRP, AST, ALT, üre, kreatinin ve biyolojik

ajan kullanım süresi benzerdi. DAS28-CRP Grup 1’de daha yüksekti (4.43 ± 1.02 vs. 3.83 ± 0.76 ; p=0.012). RF pozitifliği Grup 1’de %38.7, Grup 2’de %72.4 idi (p=0.009). CCP pozitifliği arasında anlamlı bir fark yoktu (p=0.088). Eklem tutulumu Grup 1’de daha sıkı (%64.5 vs. %17.2; p<0.001). Diğer organ tutulumlarında fark bulunmadı. Aktivite düzeyi açısından Grup 1’de yüksek aktivite daha yaygın, Grup 2’de ise orta aktivite daha sık görüldü (p=0.021). D2T RA tanılı hastalar, diğer RA hastalarına göre daha yüksek hastalık aktivitesi ve daha sık eklem tutulumu göstermekteydi. Buna karşılık akciğer tutulumu D2T RA tanısı olmayan grupta daha yaygındı. RF pozitifliği de bu grupta daha yüksekti. Bulgular, D2T RA hastalarının klinik açıdan farklı özelliklere sahip olduğunu göstermeyi.

Sonuç: D2T RA tanılı hastalar, diğer RA tanılı hastalara göre daha yüksek hastalık aktivitesi ve daha sık eklem tutulumu göstermektedir. RF pozitifliği de bu grupta daha yüksektir. Bulgular, D2T RA hastalarının klinik açıdan farklı özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Katılımcıların klinik ve laboratuvar bulguları

Özellikler	Grup 1 (D2T RA) (n=31)	Grup 2 (RA) (n=29)	P değerleri
Yaş (yıl)	53.8 ± 12.5	55.0 ± 12.3	0.719
Tanı süresi (yıl)	10.3 ± 4.7	11 (2–17)	0.778
DAS28-CRP	4.43 ± 1.02	3.83 ± 0.76	0.012
CRP (mg/L)	3 (3–79)	3 (3–25)	0.395
Biyolojik ajan süresi (ay)	29 (8–96)	20 (1–175)	0.325
RF pozitifliği (%)	38.7	72.4	0.009
CCP pozitifliği (%)	54.8	75.9	0.088
Eklem tutulumu (%)	64.5	17.2	<0.001
Deri tutulumu (%)	16.1	3.4	0.102

KİNEZYOFOBİ ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA EL KAVRAMA KUVVETİNİ ETKİLER Mİ ?

Esra Çakır

Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA), sinovyanın olduğu dokuları tutabilen sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. El, RA'da hedef doku olan sinovyum açısından zengin olduğu için erken ve spesifik tutulur. Kinezyofobi; ağrılı yaralanma ve tekrarlı yaralanmaya karşı oluşan hassasiyet hissinden kaynaklanan fiziksel aktiviteye karşı gelişen korku kaçınma durumudur. RA'nın en yaygın semptomlarından biri ağrıdır. Ağrı, RA'lı hastaları kinezyofobi geliştirmeye yatkın hale getirir ve bu hastalar fiziksel aktiviteden kaçınarak kas gücü kaybı yaşayabilirler. Bu çalışmanın amacı RA'lı hastalarda kinezyofobi ve el kavrama kuvveti arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya RA tanısı konulmuş ve takip altında olan 50 hasta (n= 40 kadın, n= 10 erkek hasta) dahil edilmiştir. Dominant el kavrama kuvveti, kinezyofobi ve ağrı sırasıyla el dinamometresi, Tampa Kinezyofobi Ölçeği ve Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizler için Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş (ortalama $\pm$ standart sapma) 52,19 $\pm$ 13,47'dir. Hastaların % 82'sinde yüksek kinezyofobi görüldü. (Tablo 1) Hastaların

kinezyofobi ortalaması 41,56'dır. Hastaların % 28'inde orta şiddetli ağrı görüldü. (Tablo 2) Hastaların ağrı ortalaması 3,86'dır. Ağrı ile kinezyofobi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r = 0,320$, $p = 0,023$). Kinezyofobi ile dominant el kavrama kuvveti arasında anlamlı ilişki bulunamadı. ($r = -0,53$, $p = 0,715$) (Tablo 3).

Sonuç: RA'lı hastalarda en çok görülen semptom ağrıdır ve bu durum kinezyofobi gelişmesine katkıda bulunabilir. Çalışmamızın sonuçları ağrının kinezyofobi üzerine etkisinin olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle RA'lı hastalarda kinezyofobinin gelişme olasılığı dikkate alınması ve gerekli tedavilerin uygulanması rehabilitasyonun başarısını artırabilir. Sonraki çalışmalar RA'lı hastalarda kinezyofobi tedavisi ve kavrama kuvveti üzerine etkilerini incelemek üzerine olabilir.

Tablo 1. Kinezyofobi oranları

Kinezyofobi	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Düşük kinezyofobi (17-37puan)	9	% 18
Yüksek kinezyofobi (>37 puan)	41	% 82

Tablo 2. Katılımcıların ağrı şiddetleri

Ağrı Derecesi	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
0	17	% 34,0
2	1	% 2,0
4	3	% 6,0
5	14	% 28,0
6	4	% 8,0
7	4	% 8,0
8	6	% 12,0
9	1	% 2,0

Tablo 3. Korelasyon analiz sonuçları

	Ağrı	Dominant El Kavrama Kuvveti
Kinezyofobi	$r = 0,320$ $p = 0,023$	$r = -0,53$ $p = 0,715$

AKSİYEL PSÖRİYATİK ARTRİT İLE AKSİYEL SPONDİLARTRİT HASTALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Duygu Ayduran¹, Jehat Kılıç², Yusuf Doğan², Gülşah Yamancan², Süleyman S. Koca²

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Öğrenci, ²İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ

Giriş:

Psöriyatik artritis (PsA) spondilartirit (SpA) grubu inflamatuvar romatizmal hastalıklardan birisidir. Aksiyel tutulumlarla giden PsA (Ax-PsA) subtipi ankilozan spondilit (AS) ve diğer aksiyel SpA (Ax-SpA)'lar ile benzer klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgulara neden olmaktadır. PsA'da bazen deri lezyonu artiküler bulgulardan yıllar sonra gelişebilmektedir. Bu nedenle, Ax-PsA ve Ax-SpA tanıları bazı durumlarda karıştırılabilmektedir.

Bu çalışmada Ax-PsA hastalarının klinik, laboratuvar ve görüntüleme özelliklerinin ortaya konulması ve Ax-SpA hastaları ile karşılaştırması amaçlandı.

Materyal Metod:

Bu retrospektif kesitsel çalışmaya, Haziran-Ağustos 2025 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran 17 Ax-PsA hastası alındı (CASPAR sınıflama kriterlerini karşılayan). Aynı gün polikliniğe başvuran 18 Ax-SpA hastası ise kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi (ASAS sınıflama kriterlerini karşılayan). Demografik veriler (yaş, cinsiyet), klinik bulgular (artrit, entezit, aksiyel semptomlar, nöropatik ağrı, antidepresan kullanımı, aile öyküsü), laboratuvar parametreleri ve HLA-B27 sonuçları hasta dosyalarından elde edildi. Hastalara ait sakroiliak eklem direkt grafileri ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) verileri J.K. ve S.S.K. tarafından tekrar değerlendirildi.

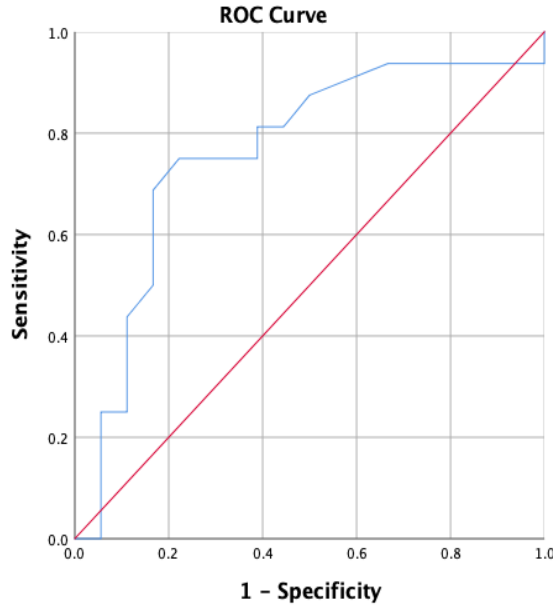
Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen Ax-PsA ve Ax-SpA hastalarının ortalama yaşları benzerdi (Tablo 1). Ancak, Ax-PsA hastalarından kadınların oranı göreceli olarak daha yüksekti (% 76.5 vs. % 50, Tablo 2). SpA grubunda median Eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) 8,5

mm/saat, Ax-PsA 20 mm/saat bulundu ve fark anlamlıydı (p=0,001). ROC analizi sonucunda ESH için AUC 0,760 (95% GA: 0,595–0,926, p=0,002) bulundu. En uygun kesim noktası ≥ 14 mm/saat olup duyarlılık %75,0, özgüllük %77,8 olarak saptandı (Şekil 1). HLA-B27 testi Ax-SpA hastalarının % 25'inde pozitif iken, Ax-PsA hastalarının hiçbirisinde pozitif değildi (Tablo 2).

Tartışma:

Bulgular, Ax-PsA ile Ax-SpA hastalarının büyük ölçüde benzer özellikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. SpA grubu için genel beklenti olan erkeklerde daha sık ve HLA-B27 pozitifite algısının Ax-PsA için geçerli olmadığı ortaya konulmuştur. Ax-SpA ve Ax-PsA hastaları için çoğu laboratuvar verileri benzer iken, PsA grubunda ESH daha yüksekti. Bu sonuç, Ax-SpA ile Ax-PsA ayrımında ESH'den yararlanılabileceğini desteklemektedir.



Şekil 1: Sedimentasyon için gruplar arası ROC eğrisi

Tablo 1. Gruplar arası demografik ve laboratuvar verileri

Değişkenler	Ax-SpA (n=18)	Ax-PsA (n=17)	P
Yaş, Yıl	41.8±8.1	41.1±10.8	0.908
Lökosit, 10 ³ /µL	7.2±1.4	8.1±1.3	0.415
Hemoglobin, g/dL	14.3±1.7	13.6±1.2	0.118
Platelet, 10 ³ /µL	259 (145-438)	265 (230-394)	0.895
Kreatinin, mg/dL	0.79±0.18	0.72±0.20	0.265
Ürik Asit, mg/dL	4.9±2.2	4.9±1.3	0.984
Albumin, g/dL	4.3±0.6	4.5±0.2	0.239
Total Protein, g/dL	7.2 (4.2-8.1)	7.3 (6.5-8.7)	0.809
CRP, mg/L	3.4 (0.32-20.90)	3.3 (3.08-38.90)	0.903
ESH, mm/saat	8.5 (5-67)	20 (3-43)	0.001

Ax-SpA; aksiyel spondilartirit, Ax-PsA; aksiyel psöriyatik artritis, CRP; C-Reaktif Protein, ESH; eritrosit sedimantasyon hızı

Tablo 2. Kategorik verilerin karşılaştırılması

Değişkenler		Ax-SpA (n=18)	Ax-PsA (n=17)	P
Cinsiyet	Kadın, n (%)	9 (50)	13 (76.5)	0.102
	Erkek, n (%)	9 (50)	4 (23.5)	
Anti-depresan kullanımı	Yok, n (%)	12 (66.7)	13 (76.5)	0.711
	Var, n (%)	6 (33.3)	4 (23.5)	
Nöropatik ağrı	Yok, n (%)	14 (77.8)	15 (88.2)	0.658
	Var, n (%)	14(22.2)	2 (11.8)	
Sindesmofit	Yok, n (%)	13 (92.9)	15 (100)	0.483
	Var, n (%)	1 (7.1)	0 (0)	
HLA-B27	Negatif, n (%)	6 (75)	12 (100)	0.147
	Pozitif, n (%)	2 (25)	0 (0)	
Radyografik Sakroiliit	Yok, n (%)	10 (55.6)	13 (76.5)	0.289
	Var, n (%)	8 (44.4)	4 (23.5)	
Sakroiliit	Unilateral, n (%)	4 (50)	3 (60)	>0.05
	Bilateral, n (%)	4 (50)	2 (40)	
MRG-Kemik iliği ödemi, n (%)		5 (45.5)	5 (45.5)	>0.05
MRG-Sinovit, n (%)		1 (7.1)	0 (0)	>0.05
MRG-Skleroz, n (%)		7 (50)	6 (60)	0.697
MRG-Entezit, n (%)		4 (28.6)	2 (20)	>0.05
MRG-Erozyon, n (%)		2 (14.3)	1 (10)	>0.05
MRG-Yağlı Değişiklik, n (%)		5 (35.7)	4 (40)	>0.05
MRG-Kapsulit, n (%)		1 (7.1)	2 (20)	0.550

Ax-SpA; aksiyel spondilartirit, Ax-PsA; aksiyel psöriatik artrit, HLA; insan lökosit antijeni, MRG; manyetik rezonans görüntüleme

SS
15

PLAK PSÖRIAZİS TANISIYLA RİSANKİZUMAB KULLANAN HASTADA İYİLEŞEN LEZYONLARIN ZEMİNİNDE LENTİGO SİMPLEKS OLUŞUMU: OLGU SUNUMU

MAHİR DİĞİŞ¹, FURKAN AYDIN¹, İLKNUR ÇALIK²

¹Fırat Üniversitesi Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD, ²Fırat Üniversitesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji AD

Giriş: İnsan epidermisindeki melanositler, stratum basale'de yaklaşık 10 keratinosite karşılık 1 melanosit oranında bulunur. Psoriasis hastalığında, keratinosit hiperplazisine rağmen bu melanosit/keratinosit oranı korunur ve bu melanosit sayısında orantılı bir artışa işaret eder. Biyolojik tedaviyle psoriasis plaklarının tedavisi üzerine, keratinositlerin azalmasının ardından melanosit sayısının değişip değişmediği konusunda net görüşler bulunmamaktadır. Psöriatik plak iyileşimi sonrası plak zemininden yeni lentigo simpleks oluşumu nadir görülen bir durumdur. Bu olgu iyileşen psöriazis plaklarının zemininde yeni lentigo simpleks oluşumunun nadir görülmesi ve dikkat çekilmesi amacıyla sunuldu.

Olgu: 34 yaş kadın hasta yaklaşık 20 yıldır psoriasis tanısıyla takip edilmektedir. Bilinen hastalık

öyküsü ve ilaç kullanımı bulunmamaktadır. Sigara ve alkol kullanımı yoktur. Hasta daha önce topikal kortikosteroid ve metotreksat tedavileri almıştır. Tedavilere yeterli PASİ yanıtı alınamayan hastamıza tarafımızca Eylül 2023 tarihinde risankizumab tedavisi başlanmış olup tedavi protokolü devam etmektedir. Hasta kontrollerinde iyileşen psöriatik plaklarının zemininde pigment lezyonlarının oluştuğunu ifade etti (Resim 1 a, b, c). Tedavi başlangıcından önce fotoğraflanan lezyonlarda pigment lezyon izlenmedi (Resim 2). Lezyon dermoskopik olarak muayene edilip sonrasında yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesi sonucunda lentigo simplex tanısı konuldu (Resim 3).

Tartışma: Psöriazis, epidermal hücre proliferasyonu, T hücre aktivasyonu ve sitokinlerin (özellikle IL-23/Th17 yolu) aşırı ekspresyonuyla karakterize kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. Risankizumab, IL-23'ü hedefleyerek Th17 hücre yolunu selektif olarak baskılar ve plak psöriazisin klinik şiddetini önemli ölçüde azaltır¹. Biyolojik tedaviler sonrası deride yalnızca inflamasyonda değil, aynı zamanda melanositlerin davranışlarında da değişiklikler oluşturabileceğine dair bazı bulgular mevcuttur. Sunduğumuz olguda, psöriazis plaklarının risankizumab tedavisine yanıt vererek gerilemesi sonrasında bu alanlarda pigment lezyonlar gelişmiş olup; lezyonlardan alınan punch biyopsi sonucu histopatolojik olarak lentigo simplex olarak raporlanmıştır. Bu lezyonların tedavi öncesi mevcut olmaması ve lezyonların yalnızca iyileşen plaklar üzerinde belirginleşmesi, biyolojik tedavi sonrası melanositik aktivasyon olasılığını düşündürmektedir. Arzberger ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, anti IL-17 tedavisi (sekukinumab) sonrası iyileşen plak alanlarında melanositlerin sayı olarak azalmadığı, ancak proliferatif aktivitenin arttığı ve postinflamatuvar pigmentasyonla ilişkili olabileceği

vurgulanmıştır². Bu bulgular, melanositlerin inflamasyon baskılandıktan sonra yeniden aktive olabileceğini göstermektedir.

Sonuç: Psöriatik plakları bulunan hastalarda biyolojik tedavi sonrasında iyileşen lezyon yerinde melanositik aktivasyonu veya proliferasyonu gelişimi görülebilmektedir. Bu olgu, psöriatik plak lezyonu gerilerken melanosit aktivasyonunun geliştiğini göstermektedir. Bu bulgular, melanositlerin psoriasis patogenezinde rol oynadığını

desteklemekte ve daha fazla araştırmaya teşvik etmektedir.



Resim 1a, b, c: Kolda ve bacakta iyileşen psöriatik plakların zemininde hiperpigmente lezyonlar



Resim 2: Risankizumab tedavisi öncesi lezyonların görüntüsü



RESİM 3: Punch bx alınan hiperpigmente lezyonun dermoskopik görüntüsü

SS
16

PSORİASİS ETİYOLOJİSİNDE SERUM MARESİN 1 VE EKTODİSPLASİN A'NIN ROLÜ

Şule Gençoğlu

Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Psoriasis, immün aracılı kronik inflamatuvar bir cilt hastalığı olup, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Omega-3 türevlerinden biri olan maresin 1, inflamasyonu baskılayıcı etkisiyle bilinmektedir. Ektodisplasin A ise epidermal yapılara ait gelişim süreçlerinde rol oynayan bir moleküldür. Bu iki biyobelirtecini psoriasisli bireylerdeki düzeyleri hakkında sınırlı bilgi mevcuttur. Bu çalışma, psoriasis hastalarında maresin 1 ve ektodisplasin A düzeylerini ölçerek, hastalığın patogenezinde olası katkılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Psoriasis vulgaris tanılı 30 hasta ve yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ) açısından benzer 30 sağlıklı birey çalışmaya dahil edildi. Psoriasisli hastalarda *sedef hastalığı alan ve şiddet indeksi* (PASI) skoru hesaplandı. Açlık sonrası alınan venöz kan örneklerinden elde edilen serumlarda maresin 1 ve ektodisplasin A düzeyleri ELISA (enzim bağlantılı immüno-sorbent testi) yöntemiyle ölçüldü. Kullanılan kitlerin ölçüm aralığı ve

duyarlılık değerleri üretici firma tarafından sağlandı. Veriler SPSS v27 ile analiz edildi. Normal dağılım Shapiro-Wilk testiyle değerlendirildi; uygun istatistiksel testler (Mann-Whitney U, t-testi, Spearman korelasyonu) kullanıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, VKİ ve temel biyokimyasal parametreler açısından fark yoktu. Ektodisplasin A düzeyi psoriasis grubunda anlamlı şekilde daha yüksekti (medyan 4.05 vs. 3.14 U/L; p=0.007). Maresin 1 düzeyi ise psoriasis grubunda daha düşüktü (693.1 vs. 1118.7 pg/mL; p=0.006). Maresin 1 ile ektodisplasin A arasında negatif korelasyon vardı (r=-0.636, p<0.001). PASI skoru maresin 1 ile negatif, ektodisplasin A ile pozitif korelasyon gösterdi.

Sonuç: Psoriasisli bireylerde antiinflamatuvar maresin 1 düzeylerinin düşmesi, hastalığın inflamatuvar doğasını yansıtırken; ektodisplasin A'nın artışı, epidermal yapıların düzensizliğine işaret etmektedir. Bu çalışma, bu iki biyobelirtecini psoriasis patofizyolojisinde önemli roller

BİLATERAL FEMUR BAŞI AVASKÜLER NEKROZUNDA DENOSUMABIN ETKİNLİĞİ

Ali Gürbüz

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi FTR Kliniği

Giriş: Femur baş avasküler nekrozu (AVN) femur vasküler dolaşımının travmatik veya nontravmatik nedenlerle bozulması sonucu canlı kemik hücrelerinin ölümü, femur başında çökme ve ilerleyici dejenerasyon ile karakterize patolojik bir süreçtir. Aşırı kortikosteroid kullanımı, alkolizm, orak hücreli anemi, travma, dolaşım sorunları, sistemik lupus eritematoz, anti-fosfolipid antikor sendromu gibi durumlarda da görülmektedir. Tedavisi tanı aldığı andaki evreye göre şekillenmekle birlikte çoğunlukla güçtür. Denosumab medikal tedavi seçenekleri arasına girmeye aday bir ajandır.

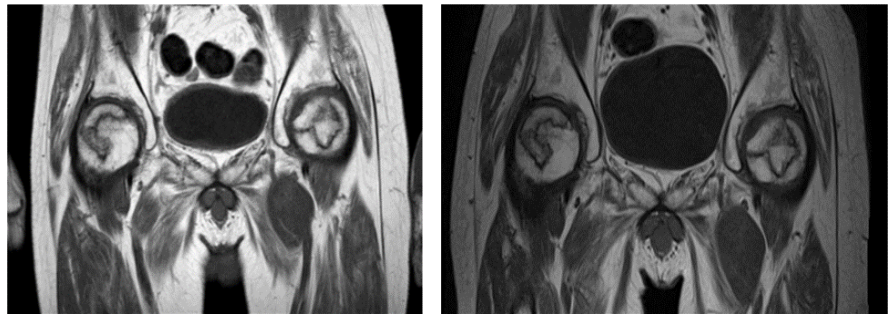
Olgu: Spinalde torakal düzeyde kitle nedeniyle opere edilen 33 yaşında erkek hastada operasyonda kord yaralanması nedeniyle yürüme güçlüğü gelişmiş. Spinal kord yaralanmasından yaklaşık 1 yıl süre sonra her iki kalça eklemine ağrı yakınması tarifleyen hastanın muayenesinde kalça romlarında kısıtlılık izlendi. Gece ağrısı vardı. Ağrı mekanik karakterde idi. Her iki kalça romları hareket sonunda ağrılı ve limitli idi. Faber testi bilateral pozitif. Her iki kalça manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. Görüntülemeye bilateral femur başı AVN saptandı. Hastaya medikal tedavi için subkutan denosumab başlandı. her iki kalça eklemine yönelik fizik tedavi başlandı. Denosumab uygulaması ve fizik tedavi sonrası 1. kontrolde VAS skoru 7 Womac skoru 58 olarak değişti, ikinci kontrolde VAS skoru 6 Womac skoru 44 son kontrolde ise

VAS skoru 5 Womac skoru 34 olarak belirlendi kalça romları tamamen açıldı. Denosumab 6 ay arayla toplamda 3 kez uygulandı. 3. uygulamadan sonra çekilen kontrol MRG’de lezyonun kendini sınırladığı ve nekroz alanlarında ilerleme görülmediği tespit edildi. Hasta medikal tedavi ve fizik tedaviden fayda gördü.

Tartışma: Avasküler nekroz gelişimi ile SKY arasında ise tanımlanmış bir birliktelik bulunmamaktadır. Avasküler nekrozun erken tespiti iyi bir tedavi yönetimi için çok önemlidir. AVN Çoğunlukla sinsi seyreder ve ileri evrelere kadar semptom vermeyebilir. Çoğunlukla medikal tedavi önerilir ve invaziv prosedürlere olan ihtiyaç azaltılmaya çalışılır. İleri evrelerde ise cor dekompresyon ve eklem replasmanı gibi cerrahi müdahalelere ihtiyaç duyulur. Erken evrelerdeki konservatif tedavilerin daha iyi prognozlu olduğu bilinmektedir

Denosumab osteoporoz tedavisinde kullanılan, nükleer faktör-κB ligandı (RANKL) reseptör aktivatörüne karşı bir humanize monoklonal antikorudur Kim ve ark RANKL inhibisyonunun hayvan çalışmalarında AVN’de femur başı deformitesini azalttığını bildirdiler. Meiss ve ark. Perthes tedavisinde varus osteotomisine denosumab ilave ederek olumlu sonuçlar izlediler. Vázquez ve ark radyoterapi nedeniyle osteoradyonekrozis gelişen bir hastada denosumab tedavisine yanıt almışlardır. Jun-Ki ve ark. denosumab kullanan 98 AVN’li hasta ile, denosumab kullanmayan 80 AVN’li hasta üzerinde yaptıkları retroseptif çalışmalarında femur başı kollapsı, artroplasti gerekliliği denosumab grubunda anlamlı olarak daha az izlendi.

Avasküler nekroz erken teşhisi önemli bir kas iskelet sistemi problemidir. SKY AVN gelişimi için olası bir risk faktörü olabilir. Denosumab osteoklast inhibisyonu ile AVN’nin ilerlemesini engellediği ve yeni kemik oluşumunu desteklediğini düşünmekteyiz. Ayrıca, AVN tedavisinde denosumabın etkin ve güvenlidir bir farmakolojik tedavi olduğu söylenebilir.



Hastanın Denosumab öncesi ve 18 ay sonraki MR görüntü karşılaştırması

PROTEZ ENFEKSİYONU NEDENİYLE REVİZYON CERRAHİSİ GEÇİREN HASTALARDA KÜLTÜR SONUÇLARI, YATIŞ SÜRESİ, ROMATOLOJİK ÖYKÜ VE KOMORBİDİTELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ömer Esmez

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi FTR Kliniği

Giriş: Ortopedik protez enfeksiyonları (periprostetik eklem enfeksiyonları - PJI), yüksek morbidite, tekrar cerrahi ihtiyacı ve sağlık sistemine ek yük oluşturan ciddi komplikasyonlardır. Bu çalışmada, protez enfeksiyonu nedeniyle revizyon cerrahisi uygulanan hastalarda mikrobiyolojik kültür pozitifliği, hastanede kalış süresi, romatolojik hastalık öyküsü ve eşlik eden komorbiditeler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2010–2025 yılları arasında protez enfeksiyonu tanısı ile revizyon cerrahisi geçiren 42 hastanın klinik verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Veriler arasında yaş, yatış süresi (gün), kültür sonuçları (pozitif/negatif), romatolojik hastalık öyküsü (örneğin romatoid artrit, gut vb.) ve komorbid hastalıklar (hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği vb.) yer almıştır. Kültür pozitifliği ile yatış süresi arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 73,5 yıl, ortalama yatış süresi ise 44,3 gündür.

Olguların %48’inde (n=20) kültür pozitifliği saptanmıştır. Romatolojik hastalık öyküsü bulunan hasta oranı %19’dur (n=8). Komorbidite sıklığı oldukça yüksektir (%93, n=39). Kültür pozitif ve negatif gruplar arasında yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$), ancak kültür pozitif hastalarda yatış süresinin daha uzun olduğu gözlemlenmiştir. Romatolojik hastalık öyküsü olan hastalarda kültür pozitifliğinin göreceli olarak daha sık olduğu izlenmiştir, ancak bu ilişki de istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır.

Sonuç: Protez enfeksiyonu tanısı alan hastaların yaklaşık yarısında kültür pozitifliği saptanmakta olup, bu durum hastane yatış süresini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Romatolojik hastalık öyküsü ve komorbidite varlığı enfeksiyon riskini artırabilecek önemli faktörlerdir. Özellikle sistemik hastalığı olan bireylerde protez cerrahisi öncesi risk değerlendirmesi yapılmalı ve multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir.

HİPERİMMUNGLOBULİN E SENDROMU (JOB SENDROMU) İLE İLİŞKİLİ ORTOPEDİK KOMPLİKASYONLAR: OLGU SUNUMU

Buğra Can, Şükrü Demir

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji

Giriş: Hiperimmunglobulin E sendromu (HIES) veya Job sendromu, 1972 yılında Buckley ve arkadaşlarının tanımladığı nadir bir primer immün yetmezlik sendromudur (1). Bu sendrom, immün sistemdeki anormallikler sonucu bağ doku bozuklukları ve tekrarlayan enfeksiyonlar ile karakterizedir (2). Klinik olarak, sık görülen bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar, yüksek serum IgE düzeyleri, kronik atopik dermatit benzeri deri lezyonları, pulmoner komplikasyonlar ve iskelet sistemi anormallikleri gibi belirtilerle kendini gösterir. (3, 4). HIES, otozomal dominant ile resesif olmak üzere iki farklı kalıtım modeli gösterir. Otozomal dominant form, STAT3 genindeki mutasyonlarla ilişkilidir ve bağ dokusu gelişiminde yer alan sinyal iletim mekanizmalarını bozarak iskelet ve eklem anomalilerine neden olur. (5). İskelet sistemi tutulumu; skolyoz, uzun kemiklerde gelişim bozuklukları, osteopeni ve patolojik kırıklar gibi çeşitli anomalileri kapsar. Bağ dokusu zayıflığına bağlı olarak eklem hipermobilitesi ve ileri derece eklem harabiyeti de sıkça görülür (6, 7). Bu olgu sunumunda, HIES tanısı almış bir hastadaki ortopedik komplikasyonlar

ele alınacak ve literatür ile karşılaştırılarak değerlendirilecektir.

Olgu Sunumu: Hastamız, 26 yaşında erkek bir çocuk olup, HIES tanısını 13 yaşında almıştır. Hasta, doğumdan itibaren sık tekrarlayan cilt enfeksiyonları, eklem ağrıları ve tekrarlayan pnömoni atakları nedeniyle çeşitli kliniklerde takip edilmiştir. Bu sendroma sahip hastaların büyük bir kısmı geç tanı almış olup, daha önce atopik dermatit ve tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar nedeniyle uzun süre yanlış tanı ile izlenmiştir (8). Deri lezyolarının morfolojik özellikleri, serum IgE düzeyi, abse yerleşimi gibi parametreler yardımıyla hastalığın ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Yapılan laboratuvar incelemelerinde serum IgE seviyesi 5000 IU/mL üzerinde bulunmuş, periferik kandaki eozinofil oranı yüksek bulunmuştur. Genetik analizde STAT3 mutasyonu tespit edilerek otozomal dominant HIES tanısı konulmuştur (9). Hastanın ortopedik değerlendirilmesinde aşağıdaki komplikasyonlar tespit edilmiştir: HIES hastalarının %63’ünde skolyoz ve vertebral deformiteler görülebilmektedir. Omurga deformiteleri hastanın

fonksiyonel kapasitesini olumsuz etkileyebilir (10). Radyolojik incelemelerde torakolomber bölgede belirgin eğrilik saptanmamıştır. Cobb açısı 14 derece olarak bulundu. Her iki dirsek, kalça ve el bileği eklemlerinde ileri derecede destrüksiyonlar, eklem bölgelerinde şişlik ile sinovyal kalınlaşması gözlemlenmiştir. Hastanın düşük enerjili travmalar sonrasında gelişen uzun kemik kırıkları öyküsü bulunmaktadır. Yapılan radyolojik incelemelerde, osteoporotik kemik yapısı nedeniyle artmış kırık riski olduğu gözlenmiştir.

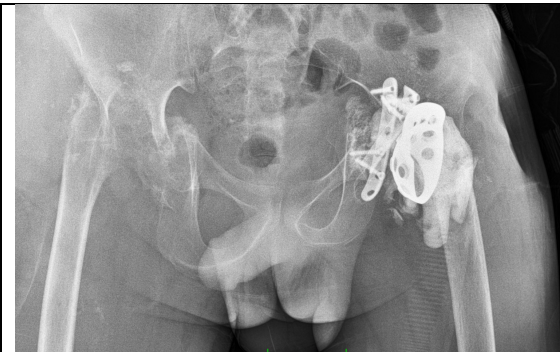
Bu bulgular, hastanın fonksiyonel kapasitesini olumsuz yönde etkilemekte ve tedavi sürecinde dikkatle izlenmesi gerekmektedir.

Tartışma: HIES hastalarında karşılaşılan ortopedik sorunlar, temel olarak bağ dokusu ve kemik gelişimin kusurlarından kaynaklanmaktadır. Özellikle STAT3 gen mutasyonları, kemik yapım ile yıkım süreçlerini etkileyerek kemik dansitesini oldukça azaltmaktadır (11). Bu hastalarda omurga eğriliği (skolyoz) görülme sıklığının yüksek olduğu ve bu nedenle erken yaşlardan itibaren düzenli takip edilmesinin gerektiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalar, HIES hastalarında kemik erimesi (osteopeni) ve kırık riskinin genel popülasyona kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, bağ dokusunun zayıflığı ve sürekli iltihaplanmanın kemik metabolizması üzerindeki etkileriyle ilişkilendirilmektedir (13). Bizim hastamızda da el bileği, dirsek ve kalça ekleminde ileri derecede destrüksiyonlar tespit edilmiş olup, ilerlemesi nedeniyle ortopedik müdahale planlanmıştır (12). Tedavi yaklaşımları arasında, kırık riskini azaltmak için uygun fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi, kemik erimesi için bifosfonat tedavisi, omurga eğriliği için fizik tedavi ve cerrahi seçenekler bulunmaktadır (14). Ayrıca, HIES hastalarının enfeksiyonlara yatkınlığı nedeniyle kemik iltihabı (osteomyelit) gibi ciddi komplikasyonlar da görülebilmektedir. Bu nedenle, uzun süreli antibiyotik kullanımı ve cerrahi müdahaleler sonrası enfeksiyon takibi büyük önem taşımaktadır. İleri derecede gelişen eklem harabiyetleri, eklem bölgelerindeki şişlik ve hastanın ambulasyon gücü gibi sorunlar nedeniyle, kurtarıcı cerrahi prosedürler, debrütman ve artrodez gibi seçenekler değerlendirilmelidir.

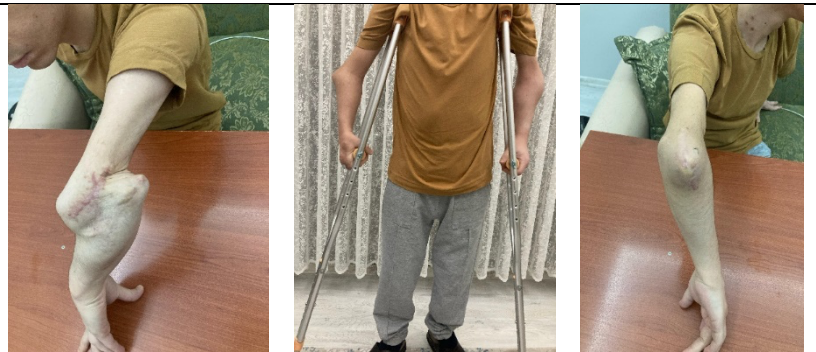
Sonuç: Bu olgu sunumu, HIES hastalarında karşılaşılan ortopedik sorunlara dikkat çekmeyi ve hastalığın multidisipliner bir yaklaşım ile yönetilmesinin önemini vurgulamayı amaçlamaktadır. Ayrıca, immün yetmezlik tanısı almış hastaların ortopedik taramaların daha yaygın hale gelmesi gerekmektedir. Bu tür sendromların erken tanı ve tedavisinde genetik danışmanlığın da sürece aktif bir şekilde dahil olması önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Buckley RH, et al. Extreme hyperimmunoglobulinemia E and undue susceptibility to infection. *Pediatrics*. 1972;49:59-70.
2. Grimbacher B, et al. Genetic linkage of hyper-IgE syndrome to chromosome 4. *Am J Hum Genet*. 1999;65(3):735-744.
3. Freeman AF, Holland SM. The hyper-IgE syndromes. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2008;28(2):277-291.
4. Woellner C, Gertz EM, Schäffer AA, et al. Mutations in STAT3 and diagnostic guidelines for hyper-IgE syndrome. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;125(2):424-432.
5. Borges WG, et al. The face of Job. *J Pediatr*. 1998;133(3):303-305.
6. Minegishi Y, et al. Dominant-negative mutations in the DNA-binding domain of STAT3 cause hyper-IgE syndrome. *Nature*. 2007;448(7157):1058-1062.
7. Heimall J, et al. Pathogenesis of hyper IgE syndrome. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2010;38:32-38.
8. Chamlin SL, McCalmont TH, Cunningham BB, et al. Cutaneous manifestations of hyper-IgE syndrome in infants and children. *J Pediatr*. 2002;141:572-575.
9. Geha RS, Reinherz E, Leung D, et al. Deficiency of suppressor T cells in the hyperimmunoglobulin E syndrome. *J Clin Invest*. 1981;68:783-791.
10. Jiao H, et al. Novel and recurrent STAT3 mutations in hyper-IgE syndrome patients from different ethnic groups. *Mol Immunol*. 2008;46(1):202-206.
11. Holland SM, DeLeo FR, Elloumi HZ, et al. STAT3 mutations in the hyper-IgE syndrome. *N Engl J Med*. 2007;357:1608-1619.
12. Renner ED, et al. Novel signal transducer and activator of transcription 3 (STAT3) mutations, reduced T(H)17 cell numbers, and variability of immune phenotype in hyper-IgE syndrome. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(1):181-187.
13. Ochs HD, et al. Immunodeficiency with eosinophilia. *N Engl J Med*. 1975;292:421-425.
14. Al Khatib S, et al. Orthopedic manifestations in Hyper-IgE Syndrome: case report and review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2019;38(10):2881-2887.



Resim 1: SOL KALÇA EKLEMİNE YÖNELİK KURTARICI CERRAHİ PROSEDÜRLER GÖRÜLMEKTE



Resim 2: HASTANIN FİZİK MUAYENESİNDEKİ DEFORMİTELER GÖRÜLMEKTE

Havvagül Doğan, Muhammet Şahin Elbastı, Songül Bağlan Yentür

Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon AD, Elazığ

AMAÇ: Torasik Çıkış Sendromu (TOS)'nda pektoralis minör kasının gevşetilmesi, semptomların azaltılmasında temel bir yaklaşımdır. Hastaların bu konudaki bilgi kaynaklarından biri de YouTube'dur. Bu çalışmanın amacı, TOS'ta pektoralis minör gevşetme egzersizlerini içeren YouTube videolarının içerik, güvenilirlik ve kalite açısından analiz edilmesidir.

YÖNTEM: Çalışmada, platformda "torasik outlet sendromu egzersizleri" ve "pectoralis minor release" gibi anahtar kelimelerle yapılan arama sonucu bulunan ilk 60 video değerlendirmeye alınmıştır. Tekrarlayan ve konuyla ilgisiz videolar elendikten sonra 50 video nihai analize dahil edilmiştir. Videolar; içerik türü, yükleyen kaynak (fizyotrist, fizyoterapist vb.), izlenme sayıları ve etkileşim metrikleri açısından incelenmiştir. Videoların kalitesi, Global Kalite Ölçeği (GQS), JAMA skoruması sistemi ve modifiye DISCERN (mDISCERN) araçları kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Videoların %20'si (n=10) postür egzersizlerine, %34'ü (n=17) ise tüm egzersiz türlerini içeren karma içeriğe sahipti. Videoların %34'ünü fizyotristler, %32'sini fizyoterapistler yüklemiştir. Genel kalite skorları orta düzeyde bulunmuştur (GQS: 4; mDISCERN: 3; JAMA: 1). Videoların kaynağına (fizyotrist, fizyoterapist, antrenör vb.) göre GQS, JAMA ve mDISCERN skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0,249; p=0,403; p=0,512).

SONUÇ: YouTube'daki TOS için pektoralis minör gevşetme egzersiz videolarının genel kalitesi orta düzeydedir ve içerik kaynağına bağlı olarak kalitede önemli bir farklılık yoktur. Klinisyenler, hastalarına bu platformdaki içerikleri değerlendirirken dikkatli olmalarını ve bu videoları profesyonel tedavilerine bir tamamlayıcı olarak görmelerini önermelidir. İçerik üreticilerin, kanıta dayalı ve yüksek kaliteli bilgi sunma konusunda iş birliği yapması önem arz etmektedir.

Betül Ergün¹, Muhammet Şahin Elbastı², Songül Bağlan Yentür², Gülşah Yamancan³

¹Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, ²Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, ⁴Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ, Türkiye.

Amaç: Romatolojik hastalıklarda egzersize yönelik inanç, hareket korkusu ve stres gibi psikososyal faktörler önemlidir; bu hastalıklar fiziksel engellilik, yaşam kalitesinde azalma, komorbiditeler ve erken ölümlere yol açabilir. Bu çalışma, farklı romatolojik hastalıklara sahip bireyleri hastalık türlerine göre üç klinik gruba ayırarak, gruplar arasında egzersize yönelik sağlık inançları, kinezyofobi düzeyleri ve algılanan stres gibi psikososyal değişkenlerin rolünü incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışmaya toplam 119 hasta dahil edilmiştir. Gruplarda; Aksiyel İnflamatuvar Hastalıklar (Grup 1, n=41; Ankilozan Spondilit, n=23 ve Behçet Hastalığı, n=18), Periferik/Sistemik Otoimmün Hastalıklar (Grup 2, n=41; Romatoid Artrit, n=30, Sistemik Lupus Eritematoz, n=5, Sistemik Skleroz, n=6) ve Fibromiyalji (Grup 3, n=37) yer almıştır. Katılımcılar Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) ve Egzersize Yönelik Sağlık İnançları Tutum Ölçeği (EYSİTÖ) ile değerlendirilmiş; gruplar arası farklar ANOVA, MANCOVA ve Kruskal-Wallis testleri ile incelenmiş, ilişkiler Spearman korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Gruplar arasında cinsiyet dağılımı ve sigara kullanımında anlamlı farklılıklar saptandı (p<0.001),

alkol kullanımı açısından fark bulunmadı (p=0.708). EYSİTÖ toplam ve alt boyut puanları gruplar arasında benzerdi (p>0.05). Yaş açısından gruplar arasında fark gözlemlendi (p=0.024) ve bu fark yalnızca Grup 1 ile Grup 2 arasında anlamlıydı. ASÖ puanları açısından Grup 3, Grup 1 ve Grup 2'ye kıyasla anlamlı derecede yüksekti (p<0.001). Tampa Kinezyofobi Ölçeği puanlarında ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0.844). Korelasyon analizinde yaş ile ASÖ (p=0.018) ve yaş ile Tampa (p=0.006) arasında pozitif ilişki, EYSİTÖ ile ASÖ arasında ise negatif ilişki bulundu (p=0.037).

Sonuç: Sonuç olarak, romatolojik hastalık gruplarında algılanan stres düzeylerinin farklılık gösterdiğini, özellikle FMS grubunda daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Kinezyofobi düzeylerinin gruplar arasında benzer olmasına rağmen, yaş ile pozitif ilişki göstermesi, yaş ilerledikçe hareket korkusunun artabileceğini düşündürmektedir. Egzersize yönelik sağlık inançlarının gruplar arasında benzer olması, ancak stres ile ters yönlü ilişki göstermesi, psikososyal faktörlerin hastaların hareket ve egzersiz tutumunu etkileyebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, romatolojik hastalıkların yönetiminde stres,

Sistemik immün-inflamatuar indeks çocuklarda IgA vaskülitü nefritini öngörmeye yeni bir biyobelirteç olabilir mi?

Buket Esen Ağar¹, Aslıhan Kara¹, Metin Kaya Gürgöze²

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji BD¹, Çocuk Romatoloji ve Çocuk Nefroloji BD²

AMAÇ: İmmünoglobulin A vaskülitü (IgAV) çocukda sık görülen bir vaskülit olup genellikle olumlu seyre sahiptir. Ancak hastaların %20-55'inde görülen IgAV nefriti (IgAVN) kötü prognozu olabilen bir tutulumdur (1). Sistemik inflamasyon göstergeleri olan nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) gibi hematolojik parametrelerin çeşitli hastalıklarda prognostik değer taşıdığı gösterildi (2-7). Ancak, IgAV olan çocuk hastalarda bu konuda veri sınırlıdır (8-10).

IgAV'de nefritin başlangıçta olmayabileceği göz önünde bulundurulduğunda, nefriti öngörecektir güvenilir biyobelirteçlere olan ihtiyaçtan yola çıkarak bu çalışmada, IgAV tanısı alan çocuk hastalarda NLO ve SII gibi inflamatuvar belirteçlerin, nefrit gelişimini öngörmedeki potansiyel rolünü incelemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmaya, 2020-2025 yılları arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Romatoloji ve Çocuk Nefroloji polikliniğinde IgAV tanısı almış, en az altı ay takipte kalan toplam 263 çocuk hasta dahil edildi. Hastalar EULAR/PRINTO/PRES tarafından geliştirilen IgAV kriterlerine göre tanı aldı (11). IgAVN tanısı hematüri, proteinüri ve/veya kreatinin artışı ile belirlendi. IgAV olan 217 (%82.5) hastada nefrit olmayıp, 46 (%17.5) hastada IgAVN vardı. Tüm hastaların başvuru NLO değeri, "nötrofil/lenfosit" olarak, SII değeri ise "(nötrofil × trombosit)/lenfosit" formülü ile hesaplandı (12).

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 263 çocukta 142'si (%54) erkek, 121'i (%46) kız idi. Hastaların yaş ortalaması 8.6±3.58 yıl idi. Tüm hastaların başvuru anında cilt tutulumu vardı. 202 (%76.8) hastanın eklem, 99 (%37.6) hastanın gastrointestinal ve üç (%1.1) hastanın testis tutulumu vardı. Hastaların

46'sında (%17.5) böbrek tutulumu görüldü. Proteinüri 44 (%16.7) hastada, mikroskopik hematüri 40 (%15.2) hastada, makroskopik hematüri 13 (%4.9) hastada tespit edildi. Hastaların 33'üne (%12.5) böbrek biyopsisi yapıldı.

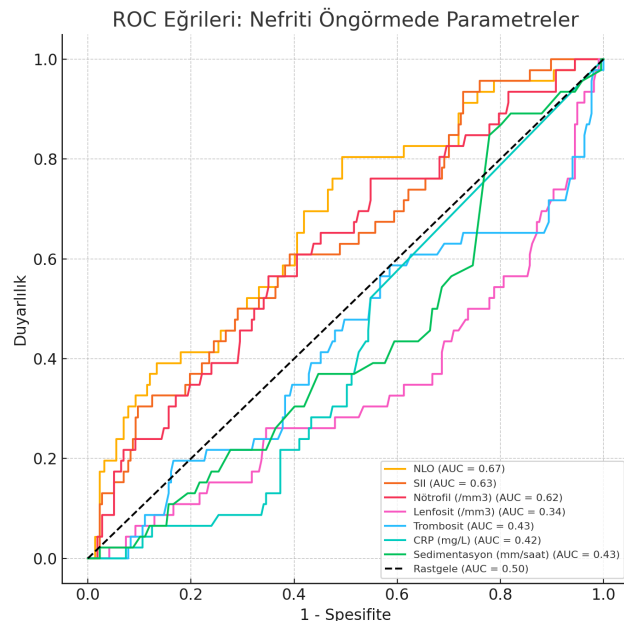
Tablo 1'de IgAV olan hastalardan nefriti olan 46 hasta ile nefriti olmayan 217 hastanın verileri karşılaştırmalı olarak sunuldu. Nefriti olan hastaların yaş ortalaması 10.4 yıl (4-17) olup bu değer nefriti olmayan hastalara göre anlamlı yüksekti. IgAV hastalarında nötrofil, NLO ve SII değerleri nefritli IgAV hastalarında nefriti olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p<0.05).

SII, NLR ve diğer parametrelerin IgAVN'yi öngörmedeki performansını değerlendirmek için ROC eğrisi analizi yapıldı. ROC analizleri sonucunda en yüksek AUC değerine sahip belirteçler sırasıyla NLO ve SII bulundu (Şekil 1).

Tablo 1. Nefriti Olan ve Nefriti Olmayan IgAV Tanılı Hastaların Karşılaştırması

Parametreler Ortalama (min-max)	Nefritli IgAV (n:46)	Nefritsiz IgAV (n:217)	P
Yaş (yıl)	10.46 (4.00-17.00)	8.24 (2.00-17.00)	P<0.05
Hb (gr/dl)	12.49 (9.70-15.60)	12.73 (8.00-18.20)	P>0.05
Nötrofil (x10 ³ /µL)	8.15 (2.48-17.73)	6.62 (0.37-24.64)	P<0.05
Lenfosit (x10 ³ /µL)	2.56 (0.79-6.09)	3.26 (0.63-8.88)	P<0.05
Trombosit (x10 ³ /µL)	360.22 (165.00-545.00)	392.03 (194.00-918.00)	P>0.05
CRP (mg/L)	6.43 (3.00-33.90)	12.81 (3.00-139.00)	P>0.05
Sedimentasyon (mm/saat)	22.02 (4.00-71.00)	26.73 (2.00-95.00)	P>0.05
NLO	4.18 (0.65-13.20)	2.62 (0.10-22.14)	P<0.05
SII	1481509.35 (270688.52- 4897777.78)	1024644.49 (43486.06-6613010.1)	P<0.05
Takip Süresi (ay)	35.93 (6.00-120.00)	15.60 (6.00-100.00)	P<0.05

CRP: C-reaktif protein, NLO: nötrofil/lenfosit oranı, SII: sistemik inflamatuvar indeks



Şekil 1. Nefritli hastaları öngörmeye kullanılan hematolojik parametrelerin ROC eğrileri

SONUÇ: Bu çalışma IgAVN'de SII düzeylerinin nefriti olmayan IgAV hastalarından daha yüksek olduğunu bildiren en geniş çalışmadır. Elde edilen veriler doğrultusunda, IgAV tanılı çocuk hastalarda başvuru anında NLO ve SII değerleri, nefrit gelişimi açısından önemli bir öngörücü olabilir. Bu parametrelerin kullanımı ile daha yakın izlem gerekecek hastaların erken dönemde belirlenmesi mümkün olacaktır. Klinik pratikte NLO ve SII değerlerinin, ileriye dönük ve çok merkezli çalışmalar ile doğrulandıktan sonra rutin hasta izleminde kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Nakanishi K, et al. Henoch-Schönlein Purpura Nephropathy. In: Emma F, Goldstein SL, Bagga A, Bates CM, Shroff R, editors.

- Pediatric Nephrology. 8th ed. Springer; 2022. p. [465-489].
2. Zhai Y, et al. The prognostic value of the systemic immune inflammation index in patients with IgA nephropathy. Ren Fail. 2024 Dec;46(2):2381613. Huang T, Peng Q, Zhang Y, Zhu Z, Fan X. The Systemic Immune-Inflammation Index (SII) and coronary artery lesions in Kawasaki disease. Clin Exp Med. 2024 Jan 17;24(1):4. doi: 10.1007/s10238-023-01265-0.
 3. Ulusoy BÖ, et al. Novel inflammatory biomarkers for discriminating vascular involvement in Behçet's syndrome: evaluating SII, SIRI, and NPAR. Biomark Med. 2025 Mar;19(5):149-156.
 4. Yu R, et al. The diagnostic and prognostic role of novel biomarkers in anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. Front Immunol. 2025 Jun 17;16:1588287.
 5. Ergun MC, et al. Systemic Immune-Inflammation Index as a Potential Biomarker for Assessing Disease Activity and Predicting Proteinuria Development in Systemic Lupus Erythematosus. Cureus. 2024 Jun 28;16(6):e63401. doi: 10.7759/cureus.63401.
 6. Yang CH, et al. SIRI and SII as potential biomarkers of disease activity and lupus nephritis in systemic lupus erythematosus. Front Immunol. 2025 Jan 31;16:1530534. doi: 10.3389/fimmu.2025.1530534.
 7. Öksel B, et al. Exploring the predictive factors in the gastrointestinal involvement of patients with immunoglobulin A vasculitis. Turk J Pediatr. 2024 Nov 16;66(5):599-607.
 8. Güngör V, et al. The effect of the pretreatment systemic immune-inflammatory index and C-reactive protein-to-albumin ratio on prognosis in pediatric patients with IgA vasculitis. J Health Sci Med / JHSM. March 2023;6(2):441-448.
 9. Bi Y, et al. A simple nomogram for assessing the risk of IgA vasculitis nephritis in IgA vasculitis Asian pediatric patients. Sci Rep 12, 16809 (2022).
 10. Özen S, et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. Ann Rheum Dis 2010; 769-798.
 11. Hu B, et al. Systemic immune-inflammation index predicts prognosis of patients after curative resection for hepatocellular carcinoma. Clin Cancer Res. 2014 Dec 1;20(23):6212-22.

SS
23

POLİMİYALJİA ROMATİKA TANISI ATLANABİLİR: ROTATOR KUF PATOLOJİSİ İLE BAŞVURAN OLGULARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ

Emel Sabaz Karakeçi

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi FTR Kliniği

Amaç: Bu çalışmada, başlangıçta rotator manşet patolojisi (impingement, tendinopati, adeziv kapsülit, bursit) tanısı alan 50 yaş üstü hastalarda, sistemik bir inflamatuvar hastalık olan Polimiyaljiya Romatika (PMR) tanısının atlanma sıklığını retrospektif olarak değerlendirmek ve ayırıcı tanıda inflamatuvar belirtilerin önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda, hastanemiz FTR polikliniğine son 6 ay içinde omuz ağrısı ile başvuran ve rotator manşet patolojisi tanısı alan 50 yaş üstü 200 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların demografik verileri, laboratuvar bulguları (eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri), radyolojik görüntülemeleri (MRG, USG ve direkt grafiler) ve uygulanan tedaviler kaydedildi. Sedimentasyon ve/veya CRP yüksekliği olan olgular PMR açısından özellikle değerlendirildi.

Bulgular: İncelenen 200 hastanın 21'inde (%10.5) anlamlı sedimentasyon ve/veya CRP yüksekliği tespit edildi. Sedimentasyon yüksekliği 8 hastada mevcuttu (%4). Bu 21 hastadan sadece 1'inin (%4.7) ilk değerlendirmede romatoloji

polikliniğinde PMR ön tanısı ile takibe alındığı görüldü. Olguların 77'sine kortikosteroid enjeksiyonu, 14'üne fizik tedavi programı, 7'sine cerrahi konsültasyon önerildi ve geri kalan olgular NSAİİ ile tedavi edildi. İnflamatuvar belirtileri yüksek olan bu grup içinde bir hastada spondiloartropati (SpA), bir başka hastada ise bağ doku hastalığı tanısı da mevcuttu.

Sonuç: Bulgularımız, rotator manşet patolojisi ile uyumlu semptomları olan 50 yaş üstü hastaların bir kısmında altta yatan sistemik bir inflamatuvar sürecin (PMR gibi) gözden kaçmış olabileceğini düşündürmektedir. İki taraflı omuz ağrısı, sabah tutukluğu ve özellikle ileri yaştaki hastalarda rutin olarak sedimentasyon ve CRP gibi inflamatuvar belirtilerin değerlendirilmesinin, PMR tanısının atlanmaması için kritik öneme sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Amaç: Takayasu arteriti büyük damarları tutan kronik bir vaskülitir. Aksiyal tutulum ve sakroiliit birlikteliği nadir bildirilmiştir. Bu çalışmada, takayasu arteriti tanısı olan ve bel ağrısı ile başvuran hastalarda sakroiliit sıklığının ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kliniğimizde takip edilen 85 Takayasu arteriti tanısı olan hasta retrospektif olarak tarandı. Bel ağrısı yakınması olan hastalara sakroiliak eklem direkt grafisi çekildi. Sakroiliit saptanan hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bilgileri, aldıkları tedaviler kaydedildi.

Bulgular: 85 hastanın 6'sı (%7.1) bel ağrısı nedeniyle değerlendirildi. Bu hastaların 5'inde (%83.3) sakroiliit saptandı. Tüm kohort içinde sakroiliit sıklığı %5.9 idi. Sakroiliitli 5 hastanın tamamı kadın olup ortalama yaş 48.4±11.6 yıldır. Ortalama tanı süresi 7.6±4.2 yıl, sakroiliit süresi 6.4±4.8 yıl olarak bulundu. Tanı ile sakroiliit gelişimi arasındaki süre ortalama 1.2±1.8 yıldır. Sağ sakroiliak eklemden grade 1 (%40), grade 2 (%20) ve grade 3 (%40) tutulumlar izlendi. Sol taraftaki tutulumlar ise grade 0 (%20), grade 1 (%20), grade 2 (%40) ve grade 3 (%20) şeklindeydi. Hastaların %40'ında HLA-B27 pozitifliği. Klinik olarak inflamatuvar bel ağrısı ve periferik artrit %20 oranında görüldü. Hiçbir hastada entezit, daktilit, üveit ve inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü yoktu. Psöriazis yalnızca bir hastada vardı (%20). Laboratuvar incelemede hastaların %80'inde CRP yüksekliği mevcuttu. 2 hasta (%40) assessment of spondyloarthritis international society axial spondyloarthritis (ASAS) kriterlerine uyumlu olarak bulundu. Tedavi açısından en sık kullanılan ilaçlar;

metotreksat (%60) ve azatioprin (%60) idi. Üç hasta (%60) biyolojik ilaç tedavisi almıştı.

Sonuç: Takayasu arteritinde sakroiliit nadir görülmekle birlikte, bel ağrısı ile başvuran olguların önemli bir kısmında saptanabilmektedir. Bu birlikteliğin fark edilmesi, eşlik eden spondiloartrit spektrumu açısından klinisyenlerin dikkatli olmasını gerektirir.

Tablo 1. Katılımcıların klinik ve labartuar bulguları

Özellik	Bulgular (n=5)
Yaş, yıl (ortalama ± SS)	48.4 ± 11.6
Cinsiyet	%100 kadın
Tanı süresi, yıl	7.6 ± 4.2
Sakroiliit süresi, yıl	6.4 ± 4.8
Tanı-sakroiliit arası süre, yıl	1.2 ± 1.8
HLA-B27 pozitifliği	%40
İnflamatuvar bel ağrısı	%20
Artrit	%20
Psöriazis	%20
Entezit / Daktilit / Üveit	Yok (%0)
CRP yüksekliği	%80
ASAS uyumu	%40
NSAİİ yanıtı	%40
Biyolojik/JAKi kullanımı	%60

SS; standart sapma, HLA; insan lökosit antijeni, CRP; C-reaktif protein, ASAS; assessment of spondyloarthritis international society axial spondyloarthritis, NSAİİ; non-steroidal anti-inflamatuvar ilaç, JAKi; janus kinaz inhibitörü

GİRİŞ: Granüloamatöz polianjit (GPA), küçük ve orta çaplı damarları tutan nekrotizan granüloamatöz vaskülit ile karakterize nadir bir sistemik hastalıktır. Hastalık genellikle üst ve alt solunum yolları ile böbrekleri etkiler. Ancak gastro-intestinal sistem (GİS) tutulumu nadir olmakla birlikte ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Endoskopik değerlendirme, gastro-intestinal semptomları olan hastalarda önemli bir tanısal araçtır. GPA tanılı hastalarda üst gastro-intestinal sistem endoskopisi bulgularının değerlendirilmesi ve sıklıklarının sunulması.

YÖNTEM: Retrospektif olarak değerlendirilen dispepsi yakınması olan GPA'lı toplam 8 hasta incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve hastalık süresi kayıt altına alındı. Üst GİS endoskopi ile elde edilen bulgular: özofajit, özofagus ülseri, Barret özofagus, gastrit, gastrik ülser, gastrik polip, bulbit, duodenal ülser, helicobakter pilori ve metaplazi varlığı.

BULGULAR: Hastaların 4'ü kadın, 4'ü erkekti. Ortalama yaş 52.8 yıl, ortalama hastalık süresi ise 5.5 yıl idi. En sık endoskopik bulgu %62.5 oranında gastrit olarak saptanmıştır. Bunu %25 ile özofajit izlemektedir. Diğer patolojiler ise oldukça düşük sıklıkta ya da hiç gözlenmemiştir. Özofagus ülseri, Barret özofagus, gastrik

ülser, gastrik polip, duodenal ülser ve helicobakter pilori hiçbir hastada saptanmamıştır. Bu durum, GPA hastalarında en sık mukozal irritasyon ve inflamasyonun mide ve özofagus düzeyinde ortaya çıktığını düşündürmektedir.

SONUÇ: GPA hastalarında üst GİS tutulumu nadir değildir, özellikle gastrit ve özofajit gibi bulgular endoskopide saptanabilmektedir. Bu bulgular, hastalığın doğrudan etkisi veya kullanılan ilaçların (NSAİİ, kortikosteroid vb.) yan etkisi olabilir. Gastro-intestinal semptomları olan GPA hastalarında endoskopik değerlendirme düşünülmelidir.

Tablo 1. Endoskopik ve histopatolojik bulgular

Endoskopik Bulgular	Görülme Sayısı (n=8)	Yüzde (%)
Özofajit	2	25
Gastrit	5	62.5
Bulbit	1	12.5
Barret	0	0.0
Özofagus / Gastrik ülser	0	0.0
Gastrik polip	0	0.0
Duodenal ülser	0	0.0
Helicobakter pilori	0	0.0

GRANULAMATOZ POLİANJİT TANILI OLGULARDA RENAL VE İNFLAMATUVAR PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİGökhan Boyraz¹, Ahmet Karataş²Fırat Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları AD, Nefroloji BD¹ ve Romatoloji BD², Elazığ

Amaç: Bu çalışma ile granulomatoz polianjiit (GPA) tanısı ile takip edilen ve renal ve inflamatuvar parametreleri değerlendirilen olgulardan siklofosfamid (CYC) ve/veya rituksimab (RTX) tedavisi seçilenlerde bu parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya klinik, radyolojik ve biopsi sonuçlarına göre GPA tanısı konulan 35 hasta dahil edilmiştir. Tüm hastaların aldığı tedavi süresi, tedavi ajanı (CYC / RTX), yaş, ilk tedavinin başlangıcındaki ve son takipteki renal göstergelerden (üre, kreatinin, proteinüri miktarı, eritrositüri miktarı, C-ANCA (anti nötrofil sitoplazmik antikor) düzeyleri, hemogram parametrelerinden (WBC (lökosit sayısı), HGB (hemogloblin), PLT (platelet), NEU (neutrofil), LYNF (lenfosit), MPV (ortalama platelet volümü) ve PLT X NEU /LYNF ile hesaplanan SII (sistemik inflamatuvar index) değerleri kaydedildi. Renal ve inflamatuvar parametreler ile C-ANCA düzeyleri arasındaki ilişki incelendi.

İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U ve t-testi kullanılmış; p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda toplam 35 GPA'lı olgudan CYC alan 26 olgunun üre değeri CYC almayan 9 olguya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,007), eritrositüri anlamlı olarak yüksekti (P=0,001), proteinüri anlamlı olarak yüksekti (p=0,028). SII anlamlı olarak yüksekti (p=0,024). HGB değeri CYC alanlarda almayanlara göre istatistiksel olarak daha düşüktü (p=0,003). Bu bulgulara göre CYC tercih edilenlerde renal ve inflamatuvar parametreler daha kötüydü, anemi bu hastalarda daha yaygındı.

RTX alan 26 olgunun almayanlara göre eritrositüri değeri anlamlı derecede daha düşüktü (p=0,016). PLT değeri daha düşüktü (p=0,035). RTX alanlarda CYC alanlara kıyasla HGB değeri anlamlı derecede daha yüksekti (p=0,027). RTX alan olgularda renal ve inflamatuvar parametreler daha iyiydi, anemi daha az görülmekteydi. C-ANCA pozitifliği ile kreatinin, eritrosit, PLT, NEU, SII arasında pozitif yönde, C-ANCA ile HGB arasında negatif yönde istatistiksel anlamlılık vardı (p=0,007). Bu bulgulara göre C-ANCA düzeyi yükseldikçe renal parametrelerin kötüleştiği, aneminin daha çok görüldüğü, inflamasyonun daha fazla görüldüğü sonucuna varılabilir. Hem CYC hem RTX alan olgularda renal ve inflamatuvar parametrelerin tümünün arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. İlk eritrositüri değeri ile son eritrositüri değeri arasında (p=0,006), ilk HGB ile son HGB, ilk PLT ile son PLT, ilk MPV ile son MPV arasında tam anlamlılık vardı (p=0,000). Bunun dışındaki parametrelerde ilk ve son değerlerde anlamlı farklılık yoktu. Bu bulgulara göre tedavi ile eritrositürde, anemide, trombositozda ve MPV düzeyinde düzelmelerin olduğu görülmektedir.

Sonuç: Bu çalışma ile GPA'lı olgularda daha agresif başlangıcı olan olgularda daha çok CYC tercih edildiğini, tedavi seçeneklerinin seçiminin farklı renal ve enflamatuvar sonuçlara sebep olduğunu ve tedavinin renal, inflamatuvar ve anemi parametreleri üzerine olumlu etkisi olduğu görüldü ancak bu konuda yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu kanısındayız.

BEHÇET HASTALIĞINDA CİNSİYETİN KLİNİK BULGULAR ÜZERİNE ETKİLERİOrhan Rauf Koca¹, Gülşah Yamancan², Yusuf Doğan², Burak Öz², Ahmet Karataş², Süleyman Serdar Koca²¹Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Öğrenci, Ankara / ²Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ

Giriş: Behçet hastalığı (BH), ülkemizin de içinde olduğu, tarihi ipek yolu üzerindeki toplumlarda sık görülen multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Bir vaskulit olan BH vasküler sistem dışında; deri, eklem, barsak, göz ve santral sinir sistemi gibi birçok doku organ sistemini etkileyebilmektedir. BH'de kadın ve erkeklerde klinik bulguların sıklığı ve şiddetinin farklı olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmamızda, BH hastalarımızda kadın ve erkekler arasındaki olası klinik farklılıkların araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metot: 01 Ocak – 31 Mart 2025 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Romatoloji Polikliniğine başvuran BH tanılı (yeni tanı ve takipli) hastalar çalışmaya alındı. Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) 1990 tanı kriterlerini dolduran 143 BH hastasının demografik, klinik ve laboratuvar verileri (Tablo 1) hasta dosyasından alındı. Aktif

herhangi bir BH klinik bulgusu olan ve akut faz reaktanlarından en az birisinin düzeyi yüksek (başka bir neden ile izah edilemeyen) saptanan hastalar aktif kabul edildi.

Sonuçlar: BH hastalarının hepsinde oral ülser (aktif ve/veya öyküde) vardı. Genital ülser/skari, akneiform lezyonlar ve eritema nodozum benzeri lezyonlar (ENBL) açısından erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 1). Ancak, üveit sıklığı erkeklerde göreceli olarak yüksek ve vasküler tutulumlar erkeklerde anlamlı olarak yüksekti (P<0.001, OR: 2.68, %95 GA: 1.32-5.46). Ek olarak, kadınların % 37.8'inde, erkeklerin ise % 59'unda BH aktifliği ve bu oran da erkekler lehine anlamlı yüksekti (P=0.012, OR: 1.45, %95 GA: 1.04-1.96).

Lojistik regresyon analizi yapıldığında cinsiyet, hastalığın aktif olması, asetil-salisilik asit (ASA) kullanımı ve

vücut kitle indeksi (VKİ) vasküler tutulum varlığı için prediktör olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Vasküler tutulumu olan ve olmayan hastaların verileri karşılaştırıldığında (Tablo 3); yaş, hastalık süresi, VKİ gibi veriler açısından anlamlı fark olmadığı görüldü. Ancak, aktif BH subgrubu hastaların % 28.4'ü, inaktif BH'lerin ise % 7.9'unda vasküler tutulum vardı (P=0.001, OR: 4.62, %95 GA: 1.72-12.41). Paterji testi pozitiflerin % 10.7'sinde, negatiflerin ise % 19.1'inde vasküler tutulum gelişmişti (P=0.293). ASA kullanan hastaların % 63.6'sında, kullanmayanların ise % 13.6'sında vasküler tutulum vardı (P<0.001, OR: 11.1, %95

GA: 2.9-41.7). Bu ASA verisi sebep değil, sonuç olarak yorumlanmıştır.

Tartışma: BH'de erkekler ve kadınlarda ciddi tutulum olarak kabul edilen göz ve vasküler tutulumlar açısından farklar bulunmaktadır. Erkeklerde göz tutulumunda kısmi bir artış var iken, vasküler tutulumlar kadınlardan yaklaşık olarak 3 kat daha sıktır. Bu bulgularımız erkeklerde daha şiddetli tutulumların görülmesinin olası nedenlerinin araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Kadın ve erkek Behçet hastalarında demografik, klinik ve laboratuvar bulguları

	Kadınlar (n=82)	Erkekler (n=61)	P
Yaş, yıl	38.1±10.5	37.3±11.4	0.406
Hastalık süresi, yıl	5.3±6.1	5.3±6.4	0.850
ESH, mm/saat	18.9±18.7	16.7±17.1	0.234
CRP, mg/dL	10.4±27.5	15.1±26.2	0.009
Hb,	12.7±1.3	14.7±1.8	<0.001
Lökosit,	7.1±2.7	8.7±2.9	<0.001
Platelet,	313.1±92.1	277.3±91.6	0.021
Total protein,	7.6±0.5	7.4±0.6	0.142
Albümin,	4.3±0.3	4.3±0.4	0.665
Aktif hastalık, n (%)	31 (37.8)	36 (59)	0.012 (OR: 1.5, %95 GA: 1.1-1.9)
Genital ülser, n (%)	55 (67.1)	38 (62.3)	0.553
ENBL, n (%)	44 (53.7)	28 (45.9)	0.359
Akneiform lezyon, n (%)	71 (86.6)	51 (83.6)	0.619
Vasküler tutulum, n (%)	6 (7.3)	19 (31.1)	<0.001 (OR: 2.7, %95 GA: 1.3-5.5)
Üveit, n (%)	23 (28)	21 (34.4)	0.414
nöroBehçet, n (%)	1 (1.2)	1 (1.6)	0.833
Paterji pozitif, n (%)	16 (19.5)	12 (19.7)	0.981
VKİ, kg/m ²	25.5±5.1	25.1±4.4	0.601
Obezite, (n %)	11 (13.4)	7 (11.5)	0.730

ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, CRP; C-reaktif protein, ENBL; eritema nodozum benzeri lezyonlar, VKİ; vücut kitle indeksi

Tablo 2. Lojistik regresyon analizinde vasküler tutulum için risk faktörleri

	Univariate			Multivariate		
	P	OR	% 95 GA	P	OR	% 95 GA
Hastalık süresi	0.514	1.04	0.93-1.15			
Yaş	0.431	0.97	0.89-1.05			
Erkek cinsiyet	0.010	8.15	1.65-40.26	0.007	4.88	1.54-15.45
ESH	0.013	0.91	0.84-0.98	0.053	0.96	0.92-1.01
CRP	0.299	1.02	0.98-1.06			
Aktif Hastalık	0.008	5.78	1.57-21.24	0.003	5.66	1.78-18.04
Lökosit	0.753	1.00	1-1			
Hb	0.214	0.74	0.46-1.92			
Total Protein	0.649	1.49	0.27-8.33			
Albümin	0.230	0.18	0.01-2.97			
Üveit varlığı	0.623	0.72	0.19-2.67			
Genital ülser/skar	0.673	0.73	0.17-3.12			
ENBL	0.671	1.34	0.35-5.22			
Paterji pozitifliği	0.123	0.24	0.04-1.48	0.080	0.26	0.06-1.17
Akneiform lezyonlar	0.347	0.44	0.08-2.46			
Kolşin kullanımı	0.808	1.19	0.28-5.13			
ASA kullanımı	0.027	8.31	1.27-54.43	0.004	10.25	2.12-49.61
VKİ	0.027	1.18	1.02-1.36	0.037	1.13	1.01-1.26

OR; Odd oranı, GA; güven aralığı

Tablo 3. Vasküler tutulumu olan ve olmayan BH hastalarının karşılaştırılması

	Vasküler Tutulumu		P
	Var (n=25)	Yok (n=118)	
Hastalık süresi	6.92±7.7	4.93±5.8	0.253
Yaş	40.6±9.9	37.13±11.1	0.108
ESH	14.4±11.7	18.8±18.9	0.668
CRP	15.4±34.1	11.7±25.3	0.985
Lökosit	8.4±2.8	7.6±2.9	0.057
Hb	14.1±2.2	13.5±1.8	0.027
Platelet	276.7±95.2	302.3±92.6	0.144
Total protein	7.3±0.5	7.5±0.6	0.071
Albümin	4.3±0.3	4.3±0.4	0.172
VKİ	26.3±5.4	25.1±4.7	0.307

YAPAY ZEKÂ MODELLERİNİN BEHÇET HASTALIĞI İLE İLGİLİ HASTA SORULARINA VERDİĞİ YANITLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Elif Altunel Kılınç¹, Aylin Dolu Karaca²

¹ Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Departmanı, ²Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Departmanı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaygın olarak kullanılan üç büyük dil modeli olan ChatGPT (OpenAI), DeepSeek (DeepSeek-AI) ve Gemini (Google) tarafından Behçet hastalığı ile ilgili hasta sorularına verilen yanıtların doğruluk, eksiksizlik ve yanıt kalitesi açısından karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmada Behçet hastalığı ile ilişkili toplam on soru değerlendirmeye alındı. Beş tanısıl (örn. "Ağızmda aft var, Behçet hastası olabilir miyim?") ve beş tanı almış hastaya yönelik (örn. "Behçet hastasıyım, ömür boyu tedavi gerekir mi?") olmak üzere iki kategoride sorular belirlendi. Her soru, üç modele ayrı ayrı yöneltildi. Yanıtlar iki romatoloji uzmanı tarafından **doğruluk, eksiksizlik ve yanıt kalitesi** kriterleriyle 3 puanlık Likert ölçeği (1: yetersiz, 3: mükemmel) üzerinden değerlendirildi. İstatistiksel analizde Friedman testi kullanıldı. Ek olarak, her modelin tüm yanıt metinleri **Flesch-Kincaid okunabilirlik ölçütleri** ile analiz edildi.

Bulgular: Tüm modeller doğruluk ve yanıt kalitesi açısından yüksek ve benzer puanlar aldı. Ancak eksiksizlik

boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**p=0.042**). Eksiksizlik ortalaması en yüksek olan model Gemini (2.9), ardından ChatGPT (2.7) ve DeepSeek (2.4) oldu. Okunabilirlik analizinde, en yüksek **Flesch-Kincaid Grade Level** puanı Gemini'ye (16.59), en düşük ise ChatGPT'ye (14.33) aitti. **Reading Ease** skoruna göre en anlaşılır model ChatGPT (17.70), en zor olan ise DeepSeek (1.01) olarak belirlendi. Gemini ise hem uzun metinler (3819 kelime, 258 cümle) hem de yüksek teknik düzeyle dikkat çekti.

Sonuç: ChatGPT, içerik dengesi ve göreceli erişilebilirliği ile öne çıkarken, Gemini eksiksiz ve kapsamlı fakat daha karmaşık yanıtlar sunmuştur. DeepSeek ise daha kısa ancak teknik ifadeler kullanmıştır. Yapay zekâ modelleri Behçet hastalığı hakkında doğru bilgiler sunsa da, yanıtların okuryazarlık düzeyi hasta iletişiminde erişilebilirlik sorunlarına yol açabilir. Bu nedenle model seçimi yapılırken içerik kadar okunabilirlik de göz önünde bulundurulmalıdır.

BEHÇET HASTALIĞINDA KOLONOSKOPIK VE HISTOPATOLOJİK BULGULAR

Furkan Kırsoy, İbrahim Halil Bahçecioğlu

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Gastroenteroloji BD, Elazığ

Amaç: Behçet hastalığında gastrointestinal sistem tutulumu nadir olmakla birlikte ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada, kolonoskopi yapılan Behçet hastalarında endoskopik ve histopatolojik bulguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2010–2025 yılları arasında kolonoskopi yapılan Behçet hastaları retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, kolonoskopik bulgular (ülser, polip, kolit, eritem, ödem) ve histopatolojik değerlendirme sonuçları kaydedildi. İstatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Toplam 24 hasta değerlendirildi (14 erkek, %58.3; 10 kadın, %41.7; ortalama yaş 48.3±14.1 yıl). Kolonoskopide 11 hastada (%45.8) ülser saptandı. Ülserler en sık terminal ileumda (n=8), ardından ileoçekal valvde (n=2) ve kolonda (n=4) izlendi. Beş hastada (%20.8) polip (4 sigmoid, 1 çıkan kolon), on hastada (%41.7) normal bulgular rapor edildi. Histopatolojide en sık ileit (n=10, %41.7) ve kolit (n=7, %29.2) görüldü. Dört hastada (%16.7) adenomatöz polip, bir hastada (%4.2) hamartamatöz polip ve bir hastada (%4.2) vaskülit ile uyumlu bulgu saptandı; granülomatöz inflamasyon izlenmedi.

Sonuç: Behçet hastalarında kolonoskopide en sık ülser ve polipler, histopatolojide ise ileit ve kolit bulguları saptanmıştır. Ülserlerin özellikle terminal ileum ve ileoçekal bölgede yoğunlaşması literatürle uyumlu olup, kolonda ülser görülmesi nadir ancak dikkate değerdir. Granülomatöz inflamasyonun olmaması ayırıcı tanıda Crohn hastalığına karşı yardımcıdır. Vaskülit oranının düşük bulunması yüzeyel

biyopsilerin sınırlılığını yansıtabilir. Bu sonuçlar, gastrointestinal sistem tutulumunun tanı ve izleminde kolonoskopi ile histopatolojik değerlendirmenin birlikte yapılmasının klinik önemini vurgulamaktadır.

Tablo 1. Kolonoskopik bulgular

Bulgular	Hasta sayısı (n)	%
Ülser	11	45.8
Terminal ileum ülser	8	33.3
İleoçekal valv ülser	2	8.3
Kolon ülser	4	16.7
Polip	5	20.8
Normal	10	41.7
Diğer (eritem, ödem vb.)	2	8.3

Not: Alt lokalizasyon satırlarının toplamı, bir hastada birden fazla ülser lokalizasyonu olabilmesi nedeniyle genel ülser sayısını aşabilir.

Tablo 2. Histopatolojik bulgular

Bulgular	Hasta sayısı (n)	%
İleit	10	41.7
Kolit	7	29.2
Vaskülit ile uyumlu bulgu	1	4.2
Granülomatöz inflamasyon	0	0
Adenomatöz polip	4	16.7
Hamartamatöz polip	1	4.2

BEHÇET HASTALIĞINDA SCORE2 TEMELLİ KARDİYOYASKÜLER RİSK PROFİLİNİN İNCELENMESİMuhsin AYDIN¹, Ömer Faruk ALAKUŞ³, Burak ÖZ²Fırat Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı¹, Romatoloji Bilim Dalı²,
Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı³**Giriş:**

Kardiyovasküler hastalıklar, romatolojik hastalıkların seyrinde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak öne çıkmaktadır. Sistemik inflamasyon, endotel disfonksiyonu ve prokoagülan durumun birlikteliği, bu hasta grubunda aterosklerotik süreçlerin hızlanmasına ve kardiyovasküler olay riskinin artmasına yol açmaktadır. Bu çalışmada, özellikle vaskülit ile karakterize, multisistemik ve kronik inflamatuvar bir hastalık olan Behçet hastalığında kardiyovasküler risk düzeyi, sağlıklı kontrol popülasyonu ile karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metod:

Bu çalışmaya, hastanemizde takip edilen 25 Behçet hastası ve 26 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Veriler, hastanemizin ENLİL elektronik tıbbi kayıt sisteminden elde edildi. Tüm katılımcıların demografik verileri (yaş, cinsiyet) ile beyaz kan hücresi sayısı (WBC), hemoglobin (HGB), hematokrit (HCT), trombosit sayısı (PLT), üre, kreatinin, total kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterol ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri kaydedildi. Kardiyovasküler risk değerlendirmesi, Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından geliştirilen ve 40–69 yaş arası, kardiyovasküler hastalık veya diyabet öyküsü olmayan yetişkinlerde 10 yıllık ölümcül ve ölümcül olmayan aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskini tahmin etmeyi amaçlayan SCORE2 modeli ile yapıldı.

SCORE2; yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, sistolik kan basıncı ve non-HDL kolesterol parametrelerini içermekte olup Avrupa'nın dört farklı risk bölgesi için kalibre edilmiştir. Behçet ve kontrol grupları karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

Bulgular:

Bu çalışmada Behçet grubu (n=25) ile kontrol grubu (n=26) karşılaştırıldığında, yaş, WBC, HGB, HCT, PLT, kreatinin, total kolesterol ve HDL düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Üre düzeyleri Behçet grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (34 [23-52] mg/dL vs. 19,5 [3-41] mg/dL, p<0,001). CRP düzeyleri ise kontrol grubunda istatistiksel olarak daha yüksekti (p=0,022). Medyan SCORE2 kardiyovasküler risk oranı Behçet grubunda 4,5 (1–15,4) iken kontrol grubunda 2,75 (0,6–9,8) olarak belirlendi. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,069).

Sonuç:

Behçet hastalarında hesaplanan kardiyovasküler risk skorlarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek olma eğiliminde olması, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte, bu hastalıkta artmış kardiyovasküler risk yükü olabileceğini düşündürmektedir. Bu ilişkinin netleştirilmesi için daha büyük hasta gruplarıyla yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

BEHÇET SENDROMUNDA KARDİYAK TUTULUMUN SIKLIĞI VE ÇEŞİTLİLİĞİ: EKO VERİLERİ IŞIĞINDA BİR İNCELEME

Elif Irmak Hatipoğlu¹, Ahmet Karataş², Süleyman Serdar Koca²

¹Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Öğrenci, ²İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Elazığ

Amaç:

Behçet sendromu; sistemik vaskülit özelliği gösteren otoinflamatuar bir hastalık olup çoklu organ tutulumuyla seyretmektedir. Kardiyovasküler sistem tutulumları nadir olarak görülsede bu tutulumlar ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmada, kliniğimizde takip edilen Behçet sendromu tanılı hastalarda transtorasik ekokardiyografi (EKO) ile saptanan kardiyak patolojilerin sıklığını, dağılımını ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem:

Çalışmaya, 2010–2025 yılları arasında Behçet sendromu tanısı ile takip edilen ve EKO ile değerlendirilen 37 hasta dâhil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıklar, sistemik tutulumlar ve EKO bulguları retrospektif olarak incelendi. EKO değerlendirmeleri kardiyoloji hekimleri tarafından standart protokole göre yapıldı. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı; veriler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama ± standart sapma şeklinde sunuldu.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 46.5±10.8 yıl olup %62.2'si kadın (n=23), %37.8'i erkekti (n=14). Ortalama ejeksiyon fraksiyonu (EF) %60 (min: %35, maks: %77) olarak bulundu. En sık saptanan EKO patolojisi pulmoner arter basıncı (PAB) yüksekliği olup %32.4 (n=12) hastada görüldü. Kapak patolojileri mitral (%16.2), triküspit (%10.8) ve aortik (%8.1) düzeyde izlendi. Sol ventrikül disfonksiyonu %8.1 (n=3), perikardiyal/plevral bulgular ise %5.4 (n=2) hastada saptandı (Tablo 1). Hastaların %27'sinde EKO normaldi. Eşlik eden hastalıklar arasında hipertansiyon (%45.9), diabetes mellitus (%16.2) ve iskemik kalp hastalığı (%13.5) ön plandaydı. Diğer sistemik hastalık arasında osteoporoz (%16.1), sistemik skleroz (%8.9) ve romatoid artrit (%7.1) yer aldı.

Sonuç:

Behçet sendromu tanılı hastalarda kardiyak tutulum oranı dikkat çekici düzeydedir. Özellikle pulmoner arter basıncı yüksekliği ve kapak patolojileri, hastalığın vasküler etkileriyle ilişkili olabilir. Bu nedenle Behçet sendromlu hastalarda düzenli kardiyak değerlendirme yapılması, erken tanı ve tedavi açısından büyük önem taşımaktadır. EKO, bu hastalarda kardiyak komplikasyonların saptanmasında güvenilir ve erişilebilir bir yöntemdir.

Tablo 1. Behçet Sendromu hastalarında EKO bulguları

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)
Pulmoner arter basıncı yüksekliği	12	32.4
Normal EKO	10	27
Mitral kapak patolojisi	6	16.2
Triküspit kapak patolojisi	4	10.8
Aort kapak patolojisi	3	8.1
Sol ventrikül disfonksiyonu	3	8.1
Perikardiyal/plevral bulgular	2	5.4

BÖLGEMİZE AİT 2013–2025 DÖNEMİ HLA-B27 POZİTİFLİK VERİLERİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Nuray Arı¹, Sümeyra Kayalı¹, Mehmet Erten², Hatice Handan Akbulut³

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ²TC Sağlık Bakanlığı Fethi Sekin Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Laboratuvarı, ³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi İmmünoloji Anabilim Dalı

Amaç

HLA-B27, seronegatif spondiloartritlerin en önemli genetik belirteci olarak kabul edilmektedir. Özellikle ankilozan spondilit (AS) başta olmak üzere birçok spondiloartrit formunda, HLA-B27 pozitifliği hastalık riskini belirgin şekilde artırmaktadır. HLA-B27'nin tanı ve prognostik süreçteki önemi nedeniyle bu test, klinik pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak, Türkiye'de uzun dönemli ve geniş örneklemli bölgesel HLA-B27 sıklığına dair veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, 2013–2025 yılları arasında laboratuvarımızda yapılan HLA-B27 test sonuçları retrospektif olarak incelenerek cinsiyet ve klinik birimlere göre pozitiflik oranları analiz edilmiştir.

Yöntem

Ocak 2013–Nisan 2025 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi İmmünoloji Laboratuvarı'nda çeşitli klinik birimlerden istenen HLA-B27 testleri çalışmaya dahil edilmiştir. Testler, flow sitometri yöntemiyle FACSCalibur (BD, ABD) ve Navios EX (Beckman Coulter, ABD) cihazlarında gerçekleştirilmiştir. Laboratuvar bilgi yönetim sistemi üzerinden hastaların cinsiyeti, yaşı, istemde bulunan klinik birim vb. bilgileri elde edilmiştir. Toplam 15,735 bireyin test sonuçları retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Toplam 15,735 kişide yapılan HLA-B27 testlerinde genel pozitiflik oranı %9,4 (n=1482) olarak saptanmıştır. Erkeklerde pozitiflik oranı %13,9, kadınlarda ise %7,1 bulunmuştur. Yaş gruplarına göre en yüksek pozitiflik %13,88 ile 20–29 yaş grubunda görülmüş, bu yaş grubundaki erkeklerde oran %22'ye kadar çıkmıştır.

Testlerin %79'u Romatoloji, %12,7'si Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR), %4,4'ü Dahili Bilimler tarafından, kalan kısmı ise Çocuk, Göz ve Cerrahi gibi diğer branşlardan istenmiştir. Pozitiflik oranları Romatoloji'de %9,8, FTR'de %8,6, Göz Hastalıklarında %10,6, Dahili Bilimlerde %7,2, Çocuk hastalarda %6,4 ve Cerrahi Bilimlerde %5,7 olarak bulunmuştur. Tüm kliniklerde erkeklerdeki pozitiflik oranı kadınlardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 1).

Tablo 1. Kliniklere ve cinsiyete göre HLA-B27 pozitiflik oranları

Klinik	Toplam Test Sayısı (%)	Pozitif (%)	Erkek Poz (%)	Kadın Poz (%)
Romatoloji	12,439 (79)	1,221 (9,8)	605 (15,1)	616 (7,3)
FTR	2,010 (12,8)	172 (8,6)	96 (12,1)	76 (6,3)
Göz	66 (0,4)	7 (10,6)	4 (15,4)	3 (7,5)
Çocuk	362 (2,3)	23 (6,4)	6 (3,2)	17 (9,9)
Diğer Dahili Bilimler	699 (4,4)	50 (7,2)	30 (10,8)	20 (4,8)
Diğer Cerrahi Bilimler	159 (1)	9 (5,7)	3 (5,7)	6 (5,7)
Toplam	15735	1482 (9,4)	744 (13,9)	738 (7,1)

Sonuç

Bölgemize ait 13 yıllık verilerde HLA-B27 pozitiflik oranı %9,4 olarak saptanmıştır. Literatürle uyumlu şekilde, erkeklerdeki pozitiflik oranı kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Türkiye geneli sağlıklı popülasyonda HLA-B27 pozitifliği %6,8 olarak bildirilirken, AS hastalarında bu oran yaklaşık %70'e ulaşmaktadır. Sonuçlarımız, test yapılan bireylerdeki pozitiflik oranının sağlıklı popülasyona göre daha yüksek, ancak AS hastalarına göre belirgin şekilde düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, test istemlerinin büyük oranda kesin tanı almamış ve geniş bir hasta grubunu kapsadığını; istemlerin daha hedefe yönelik yapılması durumunda pozitiflik oranlarının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir.

Amaç:

Osteoartiküler bruselloz sık görülen romatolojik hastalıkları taklit edebilir. Bu çalışmada brusellar sakroiliitli olguların ankilozan spondilitli olgularla klinik ve laboratuvar özellikler açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem:

Çalışmaya Şubat 2024 ve Ağustos 2025 arasında Şırnak Devlet Hastanesi romatoloji polikliniğinde değerlendirilen brusellar sakroiliiti olan 11 hasta ve aynı dönemde yeni tanı alan ve rastgele seçilen 15 ankilozan spondilitli hasta dahil edildi.

Bulgular:

Çalışmadan elde edilen bulgulara bakıldığında, brusellar sakroiliiti olan hastalar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yaşlıydı (median, 43 vs. 31, $p=0.058$). Şikayet süresi açısından brusellar sakroiliitli

olguların daha çok akut şikayetler ile başvurduğu gözlemlendi (%54.5 vs. %6.7, $p=0.021$). Yine ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi konstitusyonel semptomlar brusellar sakroiliitli olgularda daha sıklıkla görüldü. Crp (C reaktif protein) brusellar sakroiliitli olgularda daha yüksek olsa da istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı, bununla birlikte sedimantasyon bu olgularda anlamlı şekilde daha yüksekti (median, 42 vs. 28, $p=0.003$). Bulgular ayrıntılı olarak Tablo 12 de gösterilmiştir.

Sonuç:

Konstitusyonel semptomların eşlik ettiği akut şikayetlerle başvuran, yüksek akut faz yanıtına sahip sakroiliitli olgularda spondilartirit ayırıcı tanısında bruselloz da akılda tutulmalıdır.

Tablo 1: Brusella sakroiliiti olan hastalar ile ankilozan spondilitli hastaların karşılaştırmalı verileri

	Brusellalı Hastalar (11)	Ankilozan Spondilitli hastalar (15)	P Değeri
Yaş, yıl, median (IQR)	43 (27-59)	31 (28-38)	0.058
Erkek cinsiyet, n/N (%)	5 (45.5)	10 (66.7)	0.421
Şikayet Süresi, n/N(%) Akut (< 3ay)	6 (54.5)	1 (6.7)	0.021
Konstitusyonel Semptom, n/N (%)			
Ateş	3 (27.3)	0 (0)	0.063
Halsizlik	9 (81.8)	3 (20)	0.004
Kilo Kaybı	4 (36.4)	0 (0)	0.023
Periferik Artrit, n/N (%)	5 (45.5)	4 (26.7)	0.419
Entezit, n/N (%)	1 (9.1)	4 (26.7)	0.356
Üveit, n/N (%)	0 (0)	2 (13.3)	0.356
Radyografik Sakroiliit, n/N (%)	2 (18.2)	7 (46.7)	0.217
Crp, mg/L, median (IQR)	13 (10-28)	10 (8-16)	0.112
Sedimantasyon, mm/saat, median (IQR)	42 (33-56)	28 (23-36)	0.003

IQR: Interquartile range, Crp: C reaktif protein

AKSİYEL SPONDİLOARTRİT HASTALARINDA 18 YAŞINDAN ÖNCEKİ DÖNEMDE FİZİKSEL AKTİVİTELERDE KISITLILIĞI

Servet Yolbaş¹, Elif İnanç¹, Sezgin Zontul², Zeynep Kaya³, Mesude Seda Aydoğdu³, Fuat Albayram¹, H. Gözde Gözükkara Bağ⁴, Muhammed Köroğlu⁵

İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD¹, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Romatoloji BD², Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği³, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi AD⁴, Ortopedi ve Travmatoloji AD⁵, Malatya

Amaç: Bu çalışmada erişkin aksiyel spondiloartrit (axSpA) hastalarının 18 yaşından önceki dönemde yaşanmış olan fiziksel aktivite kısıtlılıklarını bir soru seti ile değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya ASAS sınıflandırma kriterlerini karşılayan axSpA [psöriatik artrit (PsA) olmayan] hastaları (n=64), CASPAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan PsA hastaları (n=64) ve HC grubu (n=44) dahil edildi. AxSpA grubunun içine aksiyel tutulum olan PsA hastaları dahil edilmedi. Katılımcıların 18 yaş öncesi fiziksel aktivite deneyimleri (yapılan fiziksel aktiviteleri, fiziksel aktivitelere katılım süre ve sıklıkları, fiziksel aktiviteler sırasında yaşanan problemler, ağrı nedeniyle spor aktivitelerindeki kısıtlamalar ve kas-iskelet sistemi (MSK) şikayetleri nedeniyle sağlık yardımı alma) kapsamlı bir soru seti ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın ve çalışma gruplarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 1'de verilmiştir. AxSpA grubunda, PsA ve kontrol grubuna göre, 18 yaş öncesinde fiziksel aktivite sırasında problem yaşama

sıklığı anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla p=0.024 ve p=0.03). AxSpA grubunda, PsA ve kontrol grubuna göre, 18 yaş öncesinde ağrı nedenli fiziksel aktivite kısıtlılığı anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla p=0.027 ve p=0.009). Sağlıklı kontrollere kıyasla PsA ve axSpA (PsA hariç) gruplarının her ikisinde de daha az futbol oynama oranları vardı (ikisi için p<0.05). MSK ilişkili şikayetler için doktora başvuru oranları axSpA grubunda, HC'ye kıyasla, anlamlı derecede yüksekti (p<0.05) (Tablo 2).

Sonuç: Sonuç olarak, bu çalışma; AxSpA hastalarında 18 yaş öncesinde fiziksel aktivitelerde kısıtlanmanın başladığını göstermektedir. Bu bulgular, AxSpA'nın çocukluk ve ergenlik döneminden itibaren bireyleri etkileyebileceğini ve erken dönemdeki mekanik stresin patogeneizde anlamlı bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, erken tanı olanaklarının geliştirilmesi ve hastalık progresyonunu önlemeye yönelik erken müdahale stratejilerinin oluşturulmasına bilimsel katkı sunabilir.

Tablo 1: Çalışma gruplarının demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri:

		PsA (n=64)	AxSpA (non-PsA) (n=64)	HC (n=44)	P
Yaş, yıl		47.28±10.83 ^a	44.02±10.97 ^a	36.73±8.09 ^b	<0.001
Cinsiyet	Erkek	20 (31.3)	23 (35.9)	23 (52.3)	0.077
	Kadın	44 (68.8)	41 (64.1)	21 (47.7)	
VKİ, kg/m ²		29.43±5.92 ^a	29.18±4.93 ^a	25.66±4.43 ^b	<0.001
Sigara	İçiyor	20 (31.3)	21 (32.8)	14 (31.8)	0.428
	İçmiyor	37 (57.8)	40 (62.5)	29 (65.9)	
	Ex smoker	7 (10.9)	3 (4.7)	1 (2.3)	
ESH, mm/h		10 (2-65) ^a	7 (1-44) ^a	5 (2-18) ^b	0.004
CRP, mg/dl		0.85 (0-14) ^a	1.02 (0-7) ^a	0.3 (0-4) ^b	<0.001

Tablo 2. Çalışma gruplarının 18 yaş öncesi fiziksel aktiviteler ile ilgili verileri

	PsA (n=64)	AxSpA (non-PsA) (n=64)	HC (n=44)	P
Fiziksel aktivite yaparken problem yaşama	7 (10.9) ^{a,b}	17 (26.6) ^a	2 (4.5) ^b	0.004
Ağrı nedeniyle fiziksel aktivite kısıtlılığı	2 (3.1) ^{a,b}	9 (14.1) ^a	0 (0) ^b	0.004
Fiziksel aktivite yapma	52 (81.3)	47 (73.4)	32 (72.7)	0.485
• Yürüyüş ve/veya koşu yapma	30 (46.9)	31 (48.4)	12 (27.3)	0.061
• Basketbol oynayan	6 (9.4)	2 (3.1)	7 (15.9)	0.067
• Yüzme yapma	3 (4.7)	4 (6.3)	1 (2.3)	0.609
• İp atlama	3 (4.7)	1 (1.6)	3 (6.8)	0.387
• Hentbol	4 (6.3)	4 (6.3)	1 (2.3)	0.635
• Tekvando yapma	2 (3.1)	2 (3.1)	0 (0)	0.567
• Bisiklet sürme	3 (4.7)	1 (1.6)	0 (0)	0.344
• Güreş yapma	1 (1.6)	1 (1.6)	0 (0)	1.000
• Futbol oynama	9 (14.1) ^a	13 (20.3) ^a	20 (45.5) ^b	<0.001
• Fitnes yapma	0 (0)	3 (4.7)	1 (2.3)	0.192
Haftada kaç gün fiziksel aktivite yapıyor	4 (0-7)	3 (0-7)	2.5 (0-7)	0.362
Günde kaç saat fiziksel aktivite yapıyor	2 (0-12) ^a	1 (0-8) ^b	1.25 (0-4) ^{a,b}	0.033
Ağrı kaç yaşında başladı	13.5	12	13	-
Doktora başvurma(MSK şikayetleri için)	3 (4.7) ^{a,b}	9 (14.1) ^b	1 (2.3) ^a	0.033
Ağrı için tetkik yapılmış olanlar (MSK şikayetleri için)	2 (3.1) ^a	9 (14.1) ^b	1 (2.3) ^a	0.023
Ağrı ile ilgili bir hastalık tanısı alanlar(MSK şikayetleri için)	2 (3.1)	7 (10.9)	1 (2.3)	0.092

**SPONDİLOARTROPATİLİ HASTALARDA ANTI-TNF KULLANIMI İLE
TİROİD NODÜLÜ VE MALİGNİTE RİSKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dilek Kılınç Candemir, Mithat Mızrak, Kader Uğur

Fırat Üniversitesi Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Amaç:

TNF inhibitörleri, inflamatuvar hastalıkların yönetiminde iyileştirmelere yol açmıştır. Anti-inflamatuvar ilaçların etkinlikleri iyi kanıtlanmış olsa da, anti-TNF tedavilerin enfeksiyon ve malignite riski gibi olumsuz etkileri de bulunabilmektedir. Ancak, bugüne kadar yürütülen çalışmalarda anti-TNF tedavisinin kanser riskini artırdığına dair şüpheli görüşler bulunmaktadır. Bu çalışmada anti-TNF tedavisi alan ax-SpA hastalarında tiroid nodül sıklığı ve malignite riskini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem:

Eylül 2005 ile Temmuz 2025 arasında ax-SpA tanısı almış tiroid USG yapılan 84 hasta araştırmaya dahil edildi. Olgular iki grupta değerlendirildi. İlk grup, anti-TNF ajanlarından herhangi biri (etanersept, infliksimab, adalimumab, golimumab, sertolizumab) ile en az 1 yıl tedavi görmüş 65 hastadan; ikinci grup ise 19 anti-TNF naif hastadan oluşmuştur.

Bulgular:

Çalışmaya alınan 84 hastanın 49'u (% 58.3) kadın, 35'i (%41.7) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 48.12±10.5 (yıl) idi. Olguların 24'ünde (%36.4) HLA B27 pozitifliği vardı. Anti-TNF ajanlardan adalimumab kullanım oranı %53.6 (45 hasta), etanersept kullanım oranı %47.6 (40 hasta), golimumab kullanım oranı %33.3(28 hasta), infliksimab kullanım oranı %23.8 (20 hasta), sertolizumab kullanım oranı %27.4 (23 hasta)

olarak saptandı. Ortanca anti-TNF tedavi süresi 96 (12-168) ay idi. Anti TNF alan SpA grubunda 37 hastada (%56) nodül saptanırken, TNF almayan grupta 11 hastada (%62) nodül saptandı. Her iki grupta nodül sıklığı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (p=0.809). Nodül saptananların 9'u (% 18.7) soliter, 39'u (%81.25) multiple idi. Nodül ekojenitesi 18 olguda (%47.3) hipoeoik, 20 olguda (%52.6) izoeoikti. Olguların 23'ünde (%28.7) solid yapıda, 3'ünde (%3.8) kistik yapıda, 17'sinde (%21.3) mikst paternde nodül ekojenitesi vardı. Vaskülarizasyon 23'ünde (%33.3) avasküler, 5'inde (%7.2) periferik, 1'inde(%1.4) santral idi. 16 hastaya (%19.3) tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB) yapılmıştı.12'si anti-TNF alıyordu, 4'ü anti-TNF naifti. TİİAB sonucu 2'sinde (%11.8) tanısal olmayan, 9'unda (%58.1) benign, 5'inde önemi belirsiz atipi (AUS) (%29.4) olarak saptandı. Anti TNF alan SpA hastalarının %30.7'sinde AUS, anti TNF almayan grupta ise %25 AUS saptandı. Anti TNF kullanımı ile tiroid nodül malignitesi arasında her iki grupta istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0.883).

Sonuç:

Anti- TNF alan SpA hastalarda nodül sıklığı ve tiroid malignitesi riskinin anlamlı düzeyde artmadığını saptadık. Anti-TNF tedavisi alan olgularda tiroid malignitesi riskini değerlendirmek için, daha geniş popülasyonları içeren randomize kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

OBİNUTUZUMAB ALAN HASTALARIN KLİNİK VE LABORATUAR ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZLİ DENEYİM

Yusuf Doğan, Ahmet Karataş

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Amaç:

Bu çalışmanın amacı; romatoloji pratiğinde kullanılan obinutuzumab tedavisi alan hastaların demografik ve klinik özelliklerini, tedaviye yanıt oranlarını ve yan etki profillerini kapsamlı şekilde değerlendirmektir. Tek merkezden elde edilen bu deneyimle, obinutuzumabın farklı romatolojik hastalıklardaki etkinliği ve güvenilirliği hakkında güncel bilgiler sunmak hedeflenmektedir.

Yöntem:

Romatoloji kliniğimizde obinutuzumab tedavisi gören hastaların verileri retrospektif olarak elektronik hasta kayıt sisteminden alındı. Çalışmaya toplam 12 hasta dâhil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, tanı, tedavi endikasyonu, obinutuzumab dozu ve uygulama sıklığı, tedavi süresi ile takip süreleri ayrıntılı şekilde kaydedildi. Tedavi etkinliği, hastaların klinik bulgularındaki değişiklikler, laboratuvar parametrelerindeki iyileşmeler ve tedaviye yanıt oranları temel alınarak değerlendirildi. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalaması 36.16 ± 11.89 yıl olup 10'u (%83.3) kadın, 2'si (%16.7) erkektir. Hastaların tanılar arasında

sistemik lupus eritematoz (n=4), granülomatöz polianjit (n=3), dermatomiyozit (n=1), polimiyozit (n=1), mikst konnektif bağ doku hastalığı (n=1), IgA Vaskülit (n=1) ve sistemik skleroz (n=1) yer almaktadır. Obinutuzumab tedavi süresi ortalama 41.75 ± 23.59 hafta olarak belirlendi. Obinutuzumab tedavi dozu 6 ayda bir 2 gram olarak verildi. Hastaların 10'u tedaviye devam ederken 2 hastanın tedavisi kesildi (1 hasta ex, 1 hastada tedaviye yanıtızsızlık). Tedavi sürecinde rapor edilen yan etkiler hafif ve orta derecede olup ciddi advers olay izlenmedi. Obinutuzumab alan hastaların tedavi öncesi ve sonrasında laboratuvar parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 1).

Sonuç:

Tek merkezli bu deneyim, obinutuzumabın romatoloji alanında etkin ve güvenli bir tedavi alternatifi olduğunu göstermektedir. Elde edilen veriler, literatürdeki mevcut bilgilerle uyumlu olup obinutuzumabın farklı romatolojik hastalıklarda kullanımına ilişkin önemli klinik veriler sunmaktadır. Bu bulguların doğrulanması için daha geniş hasta gruplarına ve prospektif çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Obinutuzumab alan hastalarda laboratuvar parametrelerinin değişimi

	Obinutuzumab öncesi (0.ay)	Obinutuzumab sonrası (3.ay)	P
AST (U/l)	46.83 ± 49.72	22.08 ± 10.950	0.084
ALT (U/l)	55.42 ± 80.98	26.83 ± 23.22	0.152
Üre (mg/dl)	31.92 ± 11.34	41.50 ± 43.81	0.453
Kreatinin (mg/dl)	0.74 ± 0.60	0.95 ± 1.17	0.244
WBC (1000/ μ L)	8.94 ± 4.47	7.61 ± 3.21	0.125
HGB (g/dl)	12.18 ± 2.18	12.80 ± 1.92	0.110
PLT (1000/ μ L)	365 ± 191	332 ± 163	0.097
CRP (mg/l)	8.33 ± 12.80	23 ± 52.84	0.378
ESH (mm/sa)	29.33 ± 23.66	22.25 ± 19.36	0.158
Total protein (g/dl)	6.83 ± 0.92	6.85 ± 1.10	0.941
Albumin (g/dl)	3.84 ± 0.57	4.05 ± 0.74	0.142

AST: Aspartat aminotransferaz; ALT: Alanin aminotransferaz; WBC: White blood cell count; HGB: Hemoglobin; PLT: Platelet; CRP: C-reaktif protein; ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı

PEDİYATRİK VE ERİŞKİN NON-ENFEKSİYÖZ ÜVEİT HASTALARINDA KONVANSİYONEL İMMÜNSÜPRESİF TEDAVİ BAŞARI ORANLARI VE BİYOLOJİK TEDAVİ İHTİYAÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hakan Yıldırım, Mehmet balbaba

Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları AD, Elazığ

AMAÇ:

Konvansiyonel immünsüpresif tedaviler non-enfeksiyöz üveit hastalarının atak sıklığı ve steroid bağımlılığını azaltmak için yaygın olarak ilk basamak tedavide kullanılmaktadır. Bu araştırmanın amacı pediatrik ve erişkin non-enfeksiyöz üveit hastalarında konvansiyonel immünsüpresif tedavilerin başarı oranlarını ve biyolojik tedavisine ihtiyacını değerlendirmektir.

YÖNTEM:

Mart 2018-Haziran 2025 tarihleri arasında üveit polikliniğinde takip edilen 820 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Non-enfeksiyöz üveit tanısı alan ve detaylı bilgileri tam olan 70 pediatrik ve 351 erişkin hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalık ve takip süresi 1 yıldan daha kısa olan ve enfeksiyöz neden tesbit edilen hastalar çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Tanı konulan hastalarda altta yatan etiyoloji, anatomik lokalizasyon, geçirilen üveit atağının şiddeti, başlangıçta komplikasyonların mevcudiyeti, fundus flöresean anjiyografi skorları ve optik koherens tomografi sonuçları göz önünde bulundurularak topikal veya sistemik kortikosteroidler, immünsüpresif ve biyolojik ajanlar tek başına veya kombinasyon olarak başlandı.

BULGULAR:

Çalışmaya dahil edilen pediatrik olguların %47,1'i erkek, % 52,9'u kız, yaş ortalaması $13,5 \pm 8,4$ yıl iken erişkin hastaların %49,1'i erkek, %50,8'i kadın, yaş ortalaması $41,8 \pm 13,2$ yıl idi. Olguların ortalama takip süresi $26,94 \pm 18,33$ aydı. Pediatrik olgular

etiyojik olarak değerlendirildiğinde sırasıyla en sık JİA ilişkili üveit, pars planit, pediatrik Behçet hastalığı ve idiyopatik kronik ön üveit, erişkinlerde ise Behçet hastalığı, idiyopatik ön üveit, HLA B27 ilişkili üveit ve intermediyer üveit saptandı. Pediatrik hastaların %63,9'unda sistemik tedavi olarak konvansiyonel immünsüpresif tedavi başlandı. Takiplerde olguların %43,1'inde tedaviye yetersiz yanıt ve biyolojik ajan tedavisine ihtiyaç gözlemlendi. Erişkin hastalarda ise %37,4'ünde sistemik tedavi olarak konvansiyonel immünsüpresif tedavi başlandı. Takiplerde ise olguların %20,8'inde tedaviye yetersiz yanıt izlendi. Pediatrik ve erişkin hastalarda konvansiyonel immünsüpresif tedaviye başlanma oranı ve tedaviye yanıtızlık oranı karşılaştırıldığında, pediatrik hastalarda erişkin hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0.01$).

SONUÇ:

Pediatrik hasta grubunda görme keskinliğinin korunabilmesi için erişkin hastalara göre daha fazla sistemik tedavi ihtiyacı görülmektedir. Sistemik tedavi alan pediatrik üveit grubunda konvansiyonel immünsüpresif tedaviye yanıtızlığın ve dolayısı ile biyolojik ajan tedavisine ihtiyacın daha fazla olduğu izlenmektedir. Bu nedenle özellikle pediatrik olgularda hastanın klinik durumu ve atak ciddiyeti göz önünde bulundurularak biyolojik ajanların erken başlanması düşünülmelidir.

GİRİŞ:

Sekonder immün yetmezlik, immün sisteme özgül olmayan faktörlerin, immün sistemde görev yapan hücreleri ve/veya dokuları etkileyerek fonksiyonlarında geçici veya kalıcı bir bozukluğa sebep olmasıdır. Siklofosfamid hematolojik, nörolojik hastalıklarda kullanılmakla birlikte romatolojinin pek çok acilinde öncelikli tedavidir. Mortalite riskini azaltmak için immunsupresif olarak tercih edilmektedir. Yan etkileri arasında sekonder immün yetmezlik olmasına rağmen immünglobulin takibi rutin olarak yapılmamaktadır. Granülomatöz polianjitis (GPA) tanılı iki vakamızda siklofosfamid sonrası gelişen immün yetmezliği tartışmayı amaçladık.

OLGULAR:

Olgu 1: Yoğun bakımda hemoptizi şikayetiyle takip edilen 21 yaş erkek hasta akciğer BT'sinde kaviter lezyonlar, akut böbrek yetmezliği (ABY), proteinüri ve hematüri nedeniyle danışıldı. Hastanın akut faz reaktanları yüksek, c-ANCA ve p-ANCA ve AFA negatifti. Tüberküloz dahil diğer enfeksiyonlar dışlanmıştı. Hasta ANCA negatif GPA olarak kabul edildi.

Olgu 2: 47 yaş kadın hasta seronegatif RA tanısı ile takip edilirken göğüs hastalıklarına hemoptizi şikayetiyle yatırıldı. Aynı zamanda akut böbrek yetmezliği, proteinüri, hematürisi vardı Hastanın Toraks BT'si alveolar hemoraji ile uyumlu ve. c-ANCA pozitif. Hasta GPA olarak kabul edildi. Her iki olguda da önce pulse steroid sonra siklofosfamid tedavisi 3 g olarak verildi. Trimetoprim-

sülfametoksazol profilaksisine rağmen sık geçirilen enfeksiyon nedeni ile hastaların immünglobulin (IG) düzeyi kontrol edildi. 1.olgunun siklofosfamid tedavi öncesi İgG düzeyi: 816 mg/dl (normal aralığı 552-1822) olmasına rağmen tedavi sonrası IgG düzeyi 332 mg/dl olarak tesbit edildi. 2. olgunun siklofosfamid tedavi öncesi IGG düzeyi 924 mg/dl iken 3 gr siklofosfamid sonrası İgG düzeyi 403 mg/dl olarak tesbit edildi. Her iki olguda da eş zamanlı sık tekrar eden üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttu. Sekonder immün yetmezlik olarak yorumlandı. İvig tedavisi başlandı.

TARTIŞMA:

Etkili bir immunsupresif olan siklofosfamid tedavisi romatolojik acillerde öncelikli yerini korumaya devam etmektedir. Mortal durumlar ile karşı karşıyayken ilaç yan etkisi primer sorun olarak değerlendirilemez. Siklofosfamid hemorajik sistit, sitopeni, infertiliteye yol açabileceği gibi immunsupresyon ve ciddi enfeksiyon riskini de arttırabilir. İgG seviyeleri normal aralığın altında tekrarlayan şiddetli enfeksiyonları olan veya tekrarlayan enfeksiyonları olmayan ancak aşı yanıtları bozulmuş hastalarda immünologla işbirliği içinde immünglobulin replasman tedavisi düşünülebilir. Klinik şüphe ve düzenli takiplerle hastalar gelişebilecek komplikasyonlardan korunmuş olur. Bu olgulardan edindiğimiz deneyimle rituksimab tedavisinde olduğu gibi siklofosfamid tedavisinde de belli aralıklarla immünglobulin takibi yapılması ve enfeksiyon konusunda dikkatli olunması gerektiğini düşünüyoruz.

GİRİŞ:

Nicolau Sendromu (NS), livedo benzeri dermatit veya embolia cutis medicamentosa olarak da bilinen bu sendrom, çeşitli ilaçların, sıklıkla intramüsküler, nadiren subkutan, intravenöz veya intraatriküler enjeksiyon sonrası cilt ve cilt altındaki derin dokuların lokal iskemik nekrozu ile karakterize nadir bir iyatrojenik komplikasyondur (1,2).

Burada, intramüsküler diklofenak sodyum enjeksiyonu sonrası NS gelişen altmış altı yaşındaki erkek bir hastayı sunuyoruz. Bu nadir komplikasyonun klinik özellikleri, tanı ve tedavi yaklaşımları hakkında farkındalığın artırılması amaçlanmaktadır.

OLGU:

Altmış altı yaşındaki erkek hasta, iki haftadır sol kalçada giderek büyüyen kızarıklık ve şiddetli ağrıya polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin bel ağrısı nedeni ile sol kalçasına im diklofenak enjeksiyonu sonrası başladığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede; sol gluteal ventrolateralinde yaklaşık 10*10 cm boyutlarında mediale doğru uzanan sınırları düzensiz eritemli, ödemli yer yer livedoid görünümde, yer yer nekrotik kurutlu keskin sınırlı ağrılı endüre plak tesbit edildi (**Şekil 1a**). Yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde sol gluteal bölgede cilt altı dokuda ödem ile uyumlu ekojenite artışı tespit edildi. Deri biyopsinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste intrakorneal ayrışma nekrotik keratinositler, granüler tabaka kaybı ve spongioz, dermiste perivasküler lenfosit infiltrasyonu izlendi (**Şekil 1c-d**). Klinik, radyolojik ve histopatolojik bulgular, Nicalou sendromu tanısını doğruladı. Hastamızda konservatif yaklaşım (ıslak pansuman, analjezi, profilaktik antibiyotik ve yara bakımı) ile başarılı bir sonuç elde edilmiş, altı haftanın sonunda atrofik skatrisle iyileşmiştir (**Şekil 1 b**).

TARTIŞMA

NS, intramüsküler enjeksiyonların nadir fakat potansiyel olarak ciddi sekellere yol açabilen bir komplikasyondur (3,4). NS gelişiminde en sık rapor edilen ilaçlar non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ'ler),

özellikle diklofenak sodyum, penisilin, lokal anestezikler, antihistaminikler, kortikosteroidler, B ve K vitamini kompleksleri bulunmaktadır (5,6).

Klinik olarak enjeksiyon bölgesinde ani ve şiddetli ağrı ile başlayan, ardından eritem, ödem, livedoid bir görünüm, hemorajik lezyonlar ve ilerleyen dönemde eskar kaplı ülserlerle prezente olur (5-7).

Kesin patofizyolojisi bilinmemekle birlikte, ilacın periarteriyel, intraarteriyel ve perinöral enjeksiyonu sonucu oluşan vasküler spazm, endotel hasarı, perivasküler inflamasyon ve tromboz ön planda tutulan mekanizmalardır. İlacın kristal yapısı embolizasyona neden olarak iskemiye tetikleyebilir (3,6).

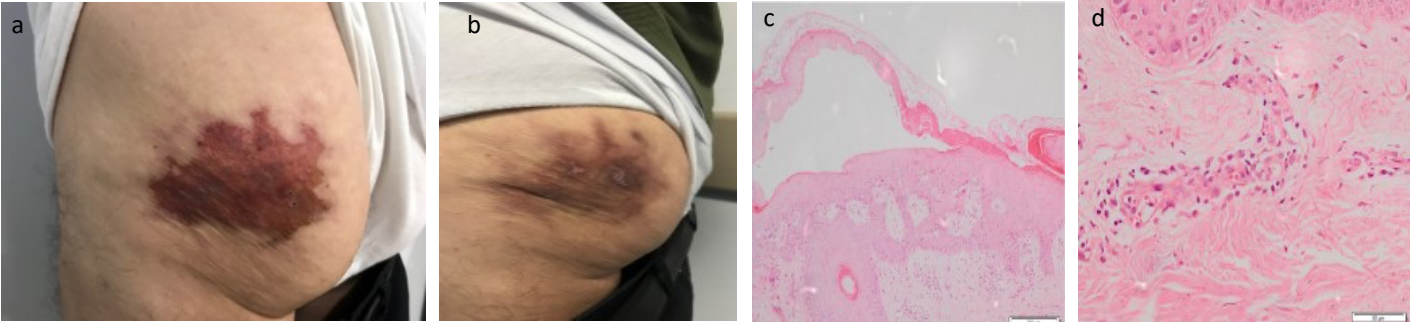
Ayırıcı tanıda, trombotik ya da embolik vazooklüzyon kaynaklı vaskülopatik durumlar düşünülmelidir (6). Enjeksiyon bölgesine sınırlı olmasıyla diğerlerinden ayrılır. Histopatolojide, etkilenen dokuda vaskülitin eşlik etmediği yaygın trombotik vaskülopati izlenir (7).

Doppler USG, apse veya hematoma gibi diğer komplikasyonları dışlamak ve kan akımını değerlendirmek için faydalı olabilir ancak NS için spesifik bir bulgu veremeyebilir. Bizim hastamızda yüzeysel cilt USG, tanıyı destekleyici olmaktan ziyade diğer patolojileri dışlama amacıyla kullanılmıştır.

NS için standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Tedavi genellikle semptomatiktir ve destekleyici bakımı içerir (3,4,7).

SONUÇ:

Doğru enjeksiyon tekniği, enjeksiyon için uygun bölgenin ve uygun iğne uzunluğunun seçilmesi (ilacın kas dokusuna ulaşmasını sağlamak, yağ dokusuna enjeksiyonu önlemek), aynı bölgeye tekrarlayan enjeksiyonlardan kaçınılması ve sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlendirilmesi, NS gelişim riskini en aza indirmede kilit rol oynar.



OTOİMMÜN HEPATİT TANILI HASTALARDA ROMATOLOJİK HASTALIKLARIN SIKLIĞI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Sedat Çiçek

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Gastroenteroloji BD, Elazığ

Giriş: Otoimmün hepatit (OİH), karaciğerin otoimmün bir mekanizmayla hasar gördüğü progresif seyirli kronik hastalıktır. Romatolojik hastalıklarla otoimmünite ortak paydasında kesişebilen OİH, bazen bu hastalıklarla birlikte veya bunlardan önce tanı alabilir. Bu çalışma ile OİH tanısı alan hastalarda romatolojik hastalıkların varlığını/sıklığını değerlendirmek ve bu birlikteliğin klinik önemine dikkat çekmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: 2008–2025 yılları arasında gastroenteroloji polikliniğine başvuran ve Uluslararası Otoimmün Hepatit Skorlama Sistemi'ne göre OİH tanısı alan 189 hasta retrospektif olarak incelendi. Romatolojik hastalıklar; romatoloji konsültasyon notları, laboratuvar bulguları, ilaç reçeteleri ve epikrizler üzerinden değerlendirildi. Verilerin analizi SPSS 26.0 ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 189 hastanın demografik ve klinik bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların %81.5 çoğunluğunun tip 1 olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların %7.9'unda romatolojik hastalık varlığı saptanmıştır. Romatolojik hastalığı olan 15 hastanın hastalık dağılımları incelendiğinde, en sık %33.3 oran ile Sjögren olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Romatolojik hastalık varlığı ile total IgG ve ANA, ASMA, LKM ve AMA arasındaki ilişkileri Tablo 2'de özetlenmiştir. Total IgG ortalaması 19.24 olup romatolojik hastalık varlığı ile IgG değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0.431$). Romatolojik hastalık varlığı ile hastaların ANA, ASMA, LKM ve AMA dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Otoimmün hepatitli hastalarda romatolojik hastalıklarla birliktelik sık görülmekte ve bu durum, tanı ve tedavi yönetimini etkileyebilmektedir. OİH'li

bireylerde romatolojik semptomların aktif olarak sorgulanması ve gerekirse romatoloji bölümüyle iş birliği yapılması, erken tanı ve etkin tedavi açısından önemlidir. Ayrıca, otoantikor profili özellikle ANA ve LKM düzeylerinde OİH tiplerine göre farklılık göstermektedir. Bu bulgular, tiplerin immünolojik özelliklerinin ayırt edilmesi açısından klinik pratikte önemli olabilir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik bulgularına ait tanımlayıcı istatistikler

Değişken	n / Ort. $\pm$ SS	% / Ortanca (min.-maks.)
Yaş	41.62 $\pm$ 19.56	45 (6 – 85)
Cinsiyet (K/E)	145 / 44	76.7 / 23.3
Tip (1/2/3)	154 / 4 / 31	81.5 / 2.1 / 16.4
Rom. Hastalık (Var/Yok)	15 / 174	7.9 / 92.1
Rom. Hst. Dağılımı	Sjögren:5, AS:3, BDH:2, SLE:2, RA:1, JRA:1, Skleroderma:1	—

Kaynaklar

1. Czaja AJ. Autoimmune hepatitis: current management and future directions. *Gut Liver*. 2016;10(2):177–203.
2. Liberal R, Mieli-Vergani G, Vergani D. Clinical significance of autoantibodies in autoimmune hepatitis. *J Autoimmun*. 2013;46:17–24.
3. Selmi C, Generali E, Gershwin ME. Rheumatic manifestations of autoimmune liver disease. *Rheum Dis Clin North Am*. 2018;44(1):65–87.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2015;63(4):971–1004.

Tablo 2. Romatolojik hastalık varlığı ile total IgG ve ANA, ASMA, LKM ve AMA arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Yok (n=174)	Var (n=14)	Test ist.	p
Total IgG (medyan, min–maks)	17.55 (0.54 – 48.1)	18.55 (9.41 – 38.7)	-0.787	0.431m
ANA (0–4)	0: 54 (32.7%) 1: 65 (39.4%) 2: 17 (10.3%) 3: 13 (7.9%) 4: 16 (9.7%)	0: 2 (14.3%) 1: 6 (42.9%) 2: 1 (7.1%) 3: 0 (0%) 4: 5 (35.7%)	7.527	0.066f
ASMA (0–4)	0: 124 (73.4%) 1: 38 (22.5%) 3: 4 (2.4%) 4: 3 (1.8%)	0: 12 (85.7%) 1: 2 (14.3%) 3: 0 (0%) 4: 0 (0%)	0.774	0.851f
LKM (0–3)	0: 162 (97%) 1: 4 (2.4%) 3: 1 (0.6%)	0: 14 (100%) 1: 0 (0%) 3: 0 (0%)	1.060	1.000f
AMA (0–4)	0: 116 (78.9%) 1: 13 (8.8%) 2: 1 (0.7%) 3: 4 (2.7%) 4: 13 (8.8%)	0: 11 (84.6%) 1: 1 (7.7%) 2: 1 (7.7%) 3: 0 (0%) 4: 0 (0%)	4.484	0.260f

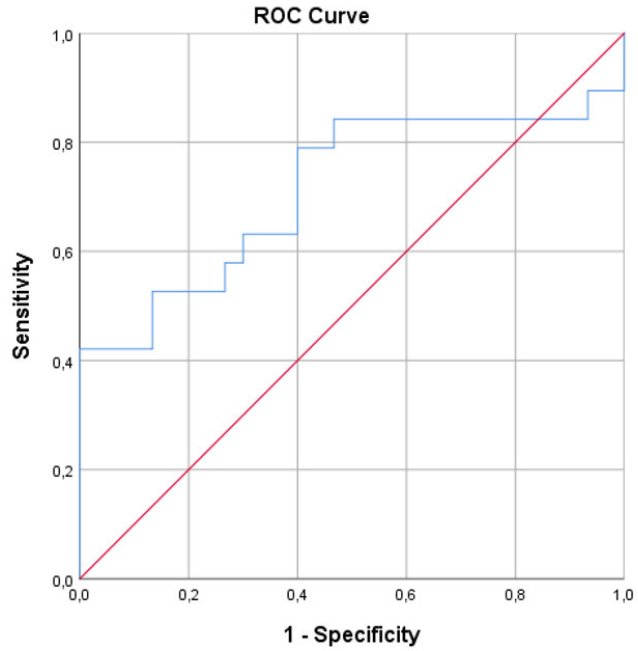
m: Mann Whitney U testi, ortanca (min–maks.); f: Fisher's exact testi, n (%)

AMAÇ: Sistemik lupus eritematoz (SLE), cilt döküntüsünden ciddi organ yetmezliklerine kadar değişen klinik tutulumlara neden olabilen otoimmün kronik bir hastalıktır. Diğer birçok otoimmün hastalıklarda olduğu gibi SLE'de de otoimmün yanıtı tetikleyen neden veya altta yatan patofizyolojik mekanizma büyük ölçüde aydınlatılamamıştır. SCUBE1, trombosit ve endotel hücrelerinden eksprese edilen bir hücre yüzeyi glikoproteinidir. Deneysel çalışmalarda, SCUBE1'in trombosit aktivasyonu için bir biyomarker olduğu ve trombozda aktif bir rol oynadığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise farelerde SCUBE1 blokajı ile trombozun önlenildiği görülmüştür. SLE hastalarında tromboz riskinde artış olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda SCUBE1 düzeyleri değerlendirilerek SLE patofizyolojisi ve tanısına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Haziran 2025-Temmuz 2025 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi (KSÜ) Hastanesi Romatoloji Polikliniği'ne gelen SLE tanılı 19 hasta ve 30 sağlıklı gönüllü incelendi. Yaşı 18'den az veya 65'den fazla olan; diyabetes mellitus, evre 3 ve ilerisi kronik böbrek yetersizliği (GFR<60 ml/dk/1.73m²) ve malignitesi olan gönüllüler ekarte edildi. Gönüllülerin demografik verileri, rutin kan tetkikleri ve SCUBE1 düzeyleri değerlendirildi. SCUBE1 düzeyleri ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) kiti ve okuyucusu kullanılarak KSÜ Biyokimya Laboratuvarında ölçüldü. İstatistiksel analiz SPSS (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) sürüm 26.0 kullanılarak gerçekleştirildi. Değişkenlerin normalliği Shapiro-Wilk testi kullanılarak değerlendirildi. Nicel veriler normal dağılım için ortalama $\pm$ standart sapma, normal olmayan dağılım için

medyan (çeyrekler arası aralık, IQR) olarak ifade edildi. Nicel değişkenler için Mann-Whitney U testi ve Student t-testi kullanılırken, nitel değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. SCUBE1 için optimal kesme noktası ROC (receiver operating characteristic) analizi ile belirlendi.

BULGULAR: SLE grubunun 18'i, kontrol grubunun ise 28'i kadın olmak üzere toplamda 19 SLE, 30 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması SLE grubunda 47.76 yıl, kontrol grubunda ise 53.00 yıl saptandı. SLE grubunda 7 (%36.8) kişide anti-DS DNA pozitifliği, 12 (%63.1) kişide c3 düşüklüğü, 14 (%73.6) kişide c4 düşüklüğü görüldü. Ayrıca 10 (%52.6) hastada hematolojik tutulum, 10 (%52.6) hastada böbrek tutulumu, 2 (%10.5) hastada nörolojik tutulum ve 1 (%5.2) hastada akciğer tutulumu saptandı. SLE grubunda kontrol grubuna göre SCUBE1 ve sedimentasyon anlamlı yüksek; lökosit, lenfosit, monosit ve hemoglobin ise anlamlı düşük çıktı (sırasıyla p=0.012, p=0.002, p=0.035, p=0.002, p=0.046, p<0.001). Ardından yapılan ROC analizinde SCUBE1'in 17.16 ng/mL değeri SLE tanısında %78.9 sensitivite %60 spesifite ile anlamlı çıktı (Grafik 1).



AUC= eğri altındaki alan, CI= güven aralığı

SONUÇ: SLE etyopatogenezi hala araştırılan kronik otoimmün bir hastalıktır. Çalışmamızda SCUBE1 düzeyleri SLE hastalarının tanısında kullanılabilecek yeni bir marker olarak saptanmıştır. Literatürde bu konuda ilk çalışma olmamız nedeniyle daha fazla hasta içeren, çoklu merkezli yeni araştırmalar ile SCUBE1'in SLE hastalarındaki rolünün daha ayrıntılı araştırılmasını öneriyoruz. Gelecekte SLE'nin tanı ve tedavisinde SCUBE1'in potansiyel bir hedef olarak kullanılabileceğine inanıyoruz.

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZDA PAN-INFLAMATUVAR İNDEKS (PIV): HASTALIK AKTİVİTESİNDEN ÇOK ORGAN TUTULUMUYLA MI İLİŞKİLİ?

Elif İnanç¹, Servet Yolbaş¹, Fuat Albayram¹, Sezgin Zontul², Zeynep Kaya³, Mesude Seda Aydoğdu³, İpek Balıkçı Çiçek⁴

İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD¹, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Romatoloji BD², ³Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, ⁴İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi AD, Malatya

Amaç:

Bu çalışmada, sistemik lupus eritematoz (SLE) hastalarında pan-inflamatuvar indeksin (PIV) hastalık aktivitesi ve organ tutulumu ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya, 2019 EULAR/ACR sınıflandırma kriterlerine göre tanı almış başvuru sırasına göre 50 erişkin SLE hastası ve 35 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcıların demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta dosyalarından ve hastane bilgi sisteminden elde edildi. PIV değeri, [nötrofil × trombosit × monosit] / lenfosit formülüyle hesaplandı. Hastalık aktivitesi SLEDAI-2K ile değerlendirildi. PIV'in klinik özellikler, organ tutulumu, hastalık aktivitesi ve laboratuvar parametreleriyle ilişkisi analiz edildi.

Bulgular:

Çalışma gruplarının demografik, klinik ve laboratuvar verileri Tablo 1'de verildi. SLE hastalarının PIV değerleri, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde

yüksek bulundu ($p < 0.001$) (tablo 1). Özellikle kardiyak tutulumu olan hastalarda PIV değerleri anlamlı şekilde daha yüksekti ($p < 0.05$) (Tablo 2). Hidroksiklorokin kullananlarda PIV değeri 418.15 (213.2-1279) ($p = 0.019$) olup istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 2). Bununla birlikte, PIV ile SLEDAI skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p > 0.05$).

Sonuç:

Sonuç olarak çalışmamız, PIV değerinin, SLE hastalarında, sağlıklı kontrole göre yüksek olmasının SLE tanısında faydalı olabileceğini desteklemektedir. Kardiyovasküler tutulum olan hastalarda PIV değerlerinin yüksek, hidroksiklorokin (HCQ) kullanan hastalarda ise düşük saptanması; PIV'in, SLE hastalarında önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan kardiyovasküler tutulum riskinin tahmin etmede ve takibinde potansiyel bir biyobelirteç olabileceğini desteklemektedir.

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Gruplarının Demografik, Klinik ve laboratuvar Özellikleri

Değişkenler	Hasta	Kontrol	P
Yaş	42.72±11.27	42.74±8.42	0.992 ¹
BMI	25.18±5.24	26.66±3.41	0.120 ¹
Cinsiyet [n (%)]	E	4 (8.00)	0.712 ²
	K	46 (92.00)	
Ek Hastalık Varlığı [n (%)]	Var	35 (70.00)	<0.001 ³
	Yok	15 (30.00)	
Sigara İçme Durumu [n (%)]	Sigara Kullanıyor	6 (12.00)	0.482 ³
	Sigara Kullanmıyor	44 (88.00)	
ESH, mm/saat	8(2-116)	5(0.4-19)	<0.001 ⁴
CRP, mg/dL	0(0-3.18)	0(0-30)	0.940 ⁴
WBC, 10 ³ /uL	7000(3.24-19440)	6.68(0-6790)	<0.001 ⁴
Nötrofil, 10 ³ /uL	4.7(1.92-15.88)	4.05(2.38-6.97)	0.021 ⁴
Monosit, 10 ³ /uL	0.64(0.32-1.76)	0.5(0.3-1.04)	<0.001 ⁴
Platelet, 10 ³ /uL	285(119-449)	271(176-333)	0.054 ⁴
Lenfosit, 10 ³ /uL	1.68(0.67-5.1)	2.23(1.54-3.67)	0.001 ⁴
HB, g/dL	12.3(9-17.7)	13.5(10.2-17.1)	<0.001 ⁴
RDW, %	45.1(39-68.9)	41.3(0-47.6)	<0.001 ⁴
PIV Değeri. Mxtn/L	498.9(213.2-6512)	235.6(38.5-687)	<0.001 ⁴

Değişkenler, dağılımın normalliğine göre Ortalama $\pm$ SS olarak verilmiştir. ⁽¹⁾: Bağımsız örneklem t-testi, ⁽²⁾: Fisher'in kesin ki-kare testi, ⁽³⁾: Yates düzeltilmeli ki-kare testi; ⁽⁴⁾: Mann Whitney U testi [median (max-min)].

Tablo 2. Organ Tutulumu ve İmmünosupresif İlaç Kullanımına Göre PIV Değerlerinin (MXTXN/L) Karşılaştırılması

Değişkenler		PIV DEĞERİ. MXTXN/L	p*
		Median (Min-Max)	
Tekli Ve Çoklu Organ Tutulum	Tekli Organ Tutulumu	481.7(219-1279)	0.806
	Çoklu Organ Tutulum	516.5(213.2-6512)	
Akciğer tutulumu	Var	3643.05(774.1-6512)	0.067
	Yok	488.5(213.2-1279)	
Kardiyak tutulum	Var	786.15(603-6512)	0.042
	Yok	470.85(213.2-1279)	
Gis tutulumu	Var	324.35(219-530.8)	0.116
	Yok	509.5(213.2-6512)	
Vaskülit tutulum	Var	695.4(347-902.7)	0.352
	Yok	488.5(213.2-6512)	
Böbrek tutulum	Var	516.5(285.5-6512)	0.186
	Yok	427.9(213.2-1086)	
Nörolojik tutulum	Var	318.4(244.7-832.2)	0.166
	Yok	516.5(213.2-6512)	
Hematolojik tutulum	Var	558.6(285.5-1086)	0.967
	Yok	495.3(213.2-6512)	
Eklem tutulumu	Var	477.65(213.2-1232)	0.404
	Yok	523.65(219-6512)	
Cilt Tutulumu	Var	470.1(213.2-1076)	0.430
	Yok	498.9(219-6512)	
Azatiopürin kullanım	Var	699.5(219-1076)	0.606
	Yok	495.3(213.2-6512)	
Mikofenolat kullanımı	Var	481.7(218.2-6512)	0.884
	Yok	658.8(213.2-1076)	
Hidroksiklorokin kullanım	Var	418.15(213.2-1279)	0.019
	Yok	580.8(216-6512)	
Steroid kullanımı	Var	481.7(218.2-6512)	0.575
	Yok	699.5(213.2-1086)	
Biyolojik Öykü	Var	774.1(285.5-6512)	0.028*
	Yok	427.9(213.2-1232)	

*:Mann Whitney U test

Giriş:

Sistemik lupus eritematoz (SLE), çoklu organ tutulumu ile seyreden kronik, otoimmün bir hastalıktır. Merkezi sinir sistemi tutulumu, hastalığın morbidite ve mortalitesini artıran önemli bir faktördür. Bu çalışmada, SLE’de nörolojik bulguların laboratuvar ve görüntüleme özellikleri değerlendirilmiştir.

Materyal Method:

Bu retrospektif çalışmaya, hastanemizde takip edilen ve nörolojik semptomlarla başvuran, SLE tanısı kesinleşmiş 30 hasta dâhil edildi. Veriler, elektronik tıbbi kayıt sistemi (ENLİL) üzerinden elde edildi. Hastaların yaş ve cinsiyet gibi demografik bilgileri ile WBC, Hgb, Htc, Plt, üre, kreatinin, ALT, AST, ESH ve CRP düzeylerini içeren laboratuvar parametreleri kaydedildi. Ayrıca, antinükleer antikor (ANA) ve Anti-dsDNA gibi immünolojik test sonuçları incelendi. Kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) raporları değerlendirilerek bulgular; normal, iskemik gliotik odak, iskemik, mikrohemoraji, parsiyel empty sella, mastoidit ve diğer patolojiler şeklinde sınıflandırıldı.

Bulgular:

Çalışmaya dâhil edilen 30 SLE olgusunun yaş ortalaması 31,5 yıl olup, en sık saptanan MRG bulgusu iskemik gliotik odaklardı (n=12). Bunu sırasıyla laküner enfarkt (n=4), mikrohemoraji

(n=4), akut iskemik (n=3), mastoidit (n=4), kortikal ve/veya serebellar atrofi (n=4), parsiyel empty sella (n=4), kronik enfarkt (n=3) ve demiyelizan plak (n=1) izlendi. Bazı olgularda birden fazla patoloji birlikte görüldü ve özellikle mikrohemoraji, akut iskemik veya kronik enfarktın eşlik ettiği olgularda serebral vaskülit olasılığı bildirildi. Korpus kallozum disgenizisi yalnızca bir olguda saptandı. Yedi olguda MRG normal olarak değerlendirildi. Bu bulgular, SLE’de nörolojik tutulumun çeşitliliğini ve çoklu lezyon birlikteliğini göstermektedir.

Sonuç:

Bu çalışmada, SLE tanılı ve nörolojik semptomlarla başvuran 30 olgunun klinik, laboratuvar ve MRG bulguları değerlendirildi. Ortalama yaş 31,5 yıl olup, en sık görülen MRG bulgusu iskemik gliotik odaklardı. Laküner enfarkt, mikrohemoraji, akut iskemik, mastoidit, atrofi, parsiyel empty sella, kronik enfarkt ve demiyelizan plak daha düşük sıklıkta izlendi. Bazı olgularda birden fazla lezyon eşlik ederken, serebral vaskülit olasılığı raporlanan vakalar da mevcuttu. Doğuştan yapısal anomaliler nadirdi. Yedi olguda MRG bulguları normaldi. Bulgular, SLE’de nörolojik tutulumun heterojen spektrumunu ortaya koymaktadır.

ÇOCUKLARDA SİSTEMİK SKLEROZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Süleyman Ekrem Albayrak¹, Naile KAYA Yıldırım¹, Mustafa Yıldız², Metin Kaya Gürgöze¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Romatoloji BD, ve ²Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Juvenil sistemik skleroz (JSSc) zamanla kliniği değişebilen, çocuklarda nadir görülen, organ tutulumlarıyla gidebilen sistemik bir hastalıktır. Juvenil sistemik sklerozda anahtar klinik bulgu deri kalınlaşması ve/veya parmak sertleşmesidir. JSSc klinik bulgulara göre sınıflandırılabilir. Bu çalışmadaki amaç çocukluk yaş grubunda oldukça az görülen JSSc hastalarının izleminde gelişen klinik bulguları, laboratuvar verilerini ve tedavi yanıtlarını incelemektir.

Gereç-Yöntem: Ocak 2012-Ağustos 2025 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Çocuk Romatoloji kliniğine başvuran hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalara 2007 PReS/ACR/EULAR jSSc sınıflama kriterlerine göre tanı kondu.

Bulgular: Çalışmaya toplam on hasta (8 kadın, 2 erkek) alındı. Hastaların ortalama hastalık başlangıç yaşı $8,36 \pm 3,75$ yıl, ortalama tanı yaşı $11,4 \pm 5,02$ yıl, hastalık süreleri $112,5 \pm 67,44$ ay idi (Tablo 1). Hastaların %70'i (n=7) sınırlı kutanöz sistemik skleroz, %20'si (n=2) diffüz kutanöz sistemik skleroz, %10'u (n=1) sistemik skleroz sine sklerodermaydı. Hastaların tanı anında %90'ında (n=9) Raynaud fenomeni, %60'ında (n=6) artralji, %10'unda (n=1) kilo kaybı, %10'unda (n=1) subkutanöz kalsifikasyon, %20'sinde (n=2) artrit, %10'unda (n=1) dijital ülser, %40'ında (n=4) puffy finger, %30'unda (n=3) eklem kontraktürü, hepsinde parmak hareket kısıtlılığı vardı. Hastaların %11,1'inde (n=1) tanı anında gastrointestinal tutulum ve yapılan endoskopisinde özefagus arka duvarında kalınlaşma ve kardioözefageal sfinkter genişliği vardı. Hastaların tanı anında %77,8'sinin (n=7) antinükleer antikor (ANA) değerleri pozitif iken; %25'inin (n=2) antitopoizomeraz değerleri pozitif idi. Hastaların tanı anında %22,2'si (n=2) normal kiloda, %44,4 (n=4) hafif malnutre, %22,2'si (n=2) fazla kilolu, %11,1'i (n=1) obez idi. Hastaların tanı anında modifiye rodnan deri skorlaması (mRSS) %70'i (n=7) hafif, %30'u (n=3) orta sınıfındaydı.

Hastaların son vizitinde %40'ında (n=4) Raynaud fenomeni, %40'ında (n=4) artralji, %10'unda (n=1) subkutanöz kalsifikasyon, 20'sinde (n=2) artrit, %10 (n=1)'inde dijital ülser, %20 (n=2) puffy finger, %20'inde (n=2) eklem kontraktürü, %70'inde (n=7) parmak hareket kısıtlılığı vardı. Hastaların takibinde %22,2'sinde (n=2) gastrointestinal sistem tutulumu vardı. Hastaların takibinde %77,8 (n=7) oranında antinükleer antikor (ANA) değerleri pozitif iken; hastaların %12,5'unda (n=1) antitopoizomeraz değeri pozitif idi. Hastaların son vizitinde %44,4'ü (n=4) normal kiloda, %22,2'si (n=2) hafif malnutre, %11,1'i (n=1) orta malnutre, %11,1'i (n=1) fazla kilolu, %11,1'i (n=1) ise obez idi. Hastaların son vizitinde mRSS'u %55,6'sının (n=5) hafif, %33,3'ü (n=3) orta, %11,1'i (n=1) ciddi sınıfındaydı.

Hastaların hepsi kortikosteroid tedavisi aldı. Hastalarda vazodilatör ilaç olarak en çok nifedipinin kullanıldığı görüldü (Tablo 2).

Sonuç: JSSc çocuklarda cilt bulguları dışında ciddi organ tutulumlarına neden olabileceğinden yakın takip edilmelidir.

Tablo 1. Juvenil sistemik skleroz hastalarının genel verileri

Semptomların başlangıç yaşı, yıl, ortalama±SS, (min, max)		8,36±3,75 (3,25-15,5)
Hastalık tanı yaşı, yıl, ortalama±SS, (min, max)		10,91±4,52 (5-17,5)
Hastalık süresi, ay, ortalama±SS, (min, max)		112,5±67,44 (15-164)
Boy kısalığı, n(%)	Tanı anında Boy kısalığı yok	7 (77,8)
	Tanı anında Orta derecede boy kısalığı	1 (11,1)
	Tanı anında Ağır boy kısalığı	1 (11,1)
	Son vizitte Boy kısalığı yok	8 (88,9)
	Son vizitte Orta derecede boy kısalığı	1 (11,1)
Tanı anında mRSS ortalama±SS, (min, max)		11,8±7,45 (6-27)
Son vizitte mRSS ortalama±SS, (min, max)		13,3±8,63 (6-33)

mRSS, modifiye rodnan deri skoru; SS, standart sapma

Tablo 2. Juvenil sistemik skleroz hastalarında kullanılan tedaviler

Tedavi,	N (%)
NSAİİ	2 (20)
Sistemik kortikosteroid	10 (100)
Metotreksat	9 (90)
Adalimumab	1 (10)
Azatioprin	1 (10)
Mikofenolat mofetil	4 (40)
Vazodilatör ajan	
Nifedipin	6 (60)
Amplodipin	5 (50)
Sildenafil	1 (10)
İloprost	2 (20)
Bosentan	2 (20)

NSAİİ, non-steroidal antiinflatuar ilaç

SKLERODERMA HASTALARINDA ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM TUTULUMU: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Abdulvahap Hohluoğlu, Mehmet Yalnız

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Gastroenteroloji BD, Elazığ

Amaç: Skleroderma yaygın fibroz ile giden otoimmün bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu en sık sistemik bulgularındandır. Özellikle üst GİS tutulumu ön plandadır. En sık özofagus tutulumu olmakla birlikte, tüm sindirim sistemi etkilenebilir. GİS tutulumu yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek beslenme yetersizliklerine ve komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu çalışmada endoskopi yapılan skleroderma hastalarının üst GİS tutulumu retrospektif olarak değerlendirildi. Endoskopi yapılan Skleroderma tanılı hastalarda üst GİS tutulumunun sıklığını ve endoskopik bulguları belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: 2010–2025 yılları arasında endoskopi yapılan 35 skleroderma hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik veriler, hastalık alt tipi (diffüz/sınırlı) ve endoskopik bulgular hastane kayıtlarından elde edildi.

Bulgular: Toplam 35 hastanın %80'i (28/35) kadın, %20'si (7/35) erkekti. Hastaların %71'i diffüz tip, %29'u sınırlı tip sistemik sklerozdu. Endoskopik değerlendirmede en sık gastrit (%80) ve özofagus dilatasyonu (%65.7) saptandı. Ardından sırasıyla; özofajit (%62.9), peristaltizmde azalma (%20), Barrett özofagus (%5.7) ve özofagus ülseri (%5.7) saptandı (Tablo 1). GİS tutulumu diffüz formda %76 (19/25), sınırlı formda ise %90 (9/10) oranında görüldü (Tablo 2). Hem diffüz tipte 10/25 (%40) hastada, sınırlı tipte ise 4/10 (%40) hastada KÖB gevşekliği saptanmıştır (Tablo 3).

Sonuç: Skleroderma hastalarında üst GİS tutulumu % 50-90 oranında görülmektedir. En sık özofagus tutulumu izlenmektedir. Skleroderma hastalarının erken dönemde üst GİS semptomları açısından değerlendirilmesi ve endoskopik izlemlerinin planlanması önemlidir.

Tablo 1. Skleroderma Tanılı Hastalarda Üst GİS Bulgularının Dağılımı

Bulgular	Sıklık n (%)
Özofajit	22 (%62.9)
Özofagus Ülseri	2 (%5.7)
Barrett Özofagus	2 (%5.7)
Özofageal Dilatasyon	23 (%65.7)
Peristaltizmde azalma	7 (%20.0)
Gastrit	28 (%80)

Not: Birden fazla bulgu aynı hastada eş zamanlı bulunabilmektedir.

Tablo 2. Skleroderma Alt Tiplerine Göre GİS Tutulumu

Skleroderma Alt Tipi	GİS Tutulumu VAR	GİS Tutulumu YOK
Diffüz	19 (%76.0)	6 (%24.0)
Sınırlı	9 (%90.0)	1 (%10.0)
Toplam	28 (%80.0)	7 (%20.0)

Not: Yüzdeley hasta grubu içindeki dağılıma göre hesaplanmıştır.

Tablo 3. Skleroderma Alt Tiplerine Göre KÖB Gevşekliği Dağılımı

Hastalık tipi	KÖB Gevşekliği VAR	KÖB Gevşekliği YOK
Diffüz	10 (%40.0)	15 (%60.0)
Sınırlı	4 (%40.0)	6 (%60.0)

APRI VE FIB-4 İLE İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞINDA FİBROZ YÜKÜNÜ ÖNGÖRME: TEK MERKEZLİ GÖZLEMSEL ANALİZ

Burak Okyar¹, Zeynep Tüzün¹

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Departmanı, Adana/Türkiye

Amaç

İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH)'nda akciğer fibrozunun yaygınlığını yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) ile elde edilen Warrick skoru (WS) ve semi-kantitatif skorlar (SKS) ile basit laboratuvar temelli APRI ve FIB-4 skorlarıyla öngörüp öngöremeyeceğimizi ve bu skorların FVC/DLCO ile klinik karşılığını değerlendirmek. İlave olarak İAH-GAP evrelemesiyle ilişkileri ve korelasyon olup olmadığını sorgulamayı amaçladık. Bu şekilde akciğer fibrozisini görüntülemeyen önce basit laboratuvar verileri ile tespit edebilmeyi amaçladık

Yöntem

İAH tanılı 59 erişkin hastada YRBT temelli SKS ve WS hesaplandı. Hastada son 3 ay içerisindeki verilerden PFT (FVC, DLCO), İAH-GAP evresi hesaplandı. Son 3 ay içerisindeki laboratuvar verilerinden FIB-4 ve APRI hesaplandı. Tanısal alt gruplar (IPF, BDH-İAH; UIP vs NSIP) ve demografik veriler ayrıca incelendi.

Bulgular

YRBT temelli SKS, DLCO ile anlamlı-negatif ($r \approx -0,49$; $p < 0,001$) ve FVC ile daha zayıf-negatif ilişki gösterdi. WS ile pozitif koreleydi ($r \approx 0,60$; $p < 0,001$). UIP tanılı hastalarda, NSIP'e göre belirgin daha yüksek YRBT skorlarına sahipti (her ikisi $p < 0,001$). İAH-GAP evreleri arttıkça FIB-4 yükseldi ($p = 0,002$), APRI evreleri arasında ayrışmadı; FIB-4 ile APRI arasında güçlü korelasyon vardı ($r \approx 0,75$). Ortalama FIB-4 = $1,23 \pm 0,49$ ile olguların çoğu düşük/ara risk bandındaydı. Ancak WS ile SKS skorları ile APRI ve FIB-4 skorları arasında herhangi bir korelasyon tespit edilmedi.

Tartışma

Sonuçlarımız, literatürdeki "YRBT yaygınlığı ↔ DLCO en tutarlı ilişkiyi verir; FVC daha değişkendir" bilgisini doğruladı. İAH fenotipleri arasında UIP > NSIP fibrotik yük farkı beklenen yönde bulundu. Bu eksen, İAH izlemlerinde YRBT ve özellikle DLCO'nun merkezde olması gerektiğini tekrar teyit etti (1-3).

APRI/FIB-4 hipotezimiz biyolojik olarak akla yatkındır, çünkü bağ dokusu hastalıklarında çok-organlı fibroz olasıdır ve sistemik skleroz gibi hastalıklarda elastografi ve APRI skorları ile karaciğer fibrozu artışı gösterilmiştir (4-6). Ancak FIB-4 formülündeki yaş

bileşeni nedeniyle, İAH-GAP (yaş+fizyoloji tabanlı) arttıkça FIB-4'ün yükselmesi yaş aracılı bir yansımayı gösterebilir. Bu nedenle FIB-4 ↔ HRCT/DLCO ilişkileri yaş ve PLT/AST/ALT'ye göre düzeltilmiş modellerde sınanmalıdır. Bu çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

APRI/FIB-4, bu veriler ışığında akciğer fibrozunun doğrudan bir vekil ölçütü değildir. Ancak, eşlik eden hepatik fibroz riskini taramak, ilaç toksisite izlemini yönlendirmek ve çok değişkenli (DLCO, FVC, nicel HRCT ile birlikte) modellerde tamamlayıcı bilgi sağlamak açısından rasyoneldir. Prospektif, yaş-tabakalı ve tanı-spesifik analizler (IPF vs CTD-ILD; UIP vs NSIP) bu hipotezin daha net test edilmesini sağlayacaktır.

Sonuç

İAH'de fibroz yükünü saptamada YRBT ve DLCO temel kalırken, FIB-4'ün ILD-GAP ile artışı klinikte komorbid hepatik yükü işaret eden yararlı bir sinyal olabilir; ancak yaş etkisi mutlaka düzeltilmelidir. APRI/FIB-4 tek başına akciğer fibrozunu ölçen kısayol göstergeler değildir. Çok parametrelili yaklaşımlara entegre edilerek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Tashkin DP, et al. Relationship between quantitative radiographic assessments and pulmonary function measures in SSc. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(6):760-769. PMID: 25452309.
2. Volkmann ER, et al. Determining progression of SSc-ILD; DLCO HRCT ile en iyi koreledir. *Curr Opin Rheumatol*. 2018;30(6):571-578. PMID: 29781867.
3. Park SO, et al. Comparison of UIP and NSIP: klinik/radyolojik farklar. *Korean J Radiol*. 2011;12(3):423-437. PMID: 21603289.
4. Ryerson CJ, Vittinghoff E, Ley B, et al. Predicting survival across chronic ILD: ILD-GAP model. *Chest*. 2014;145(4):723-728. PMID: 24114524.
5. Rinella ME, et al. AASLD NAFLD kılavuzu: FIB-4 eşikleri (≥ 65 yaşta 2,0 önerisi). *Hepatology*. 2023;77(5):1797-1835. PMID: 36727674.
6. Cuomo G, et al. Sistemik sklerozda transient elastografi ile karaciğer fibrozisi/steatozu. *Life (Basel)*. 2023;13(6):1321. PMID: 37238250.

SJÖGREN SENDROMU TANILI BEL AĞRISI OLAN HASTALARDA SAKROİLİT SIKLIĞI VE KLİNİK ÖZELLİKLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Berfin Rabia Ölçücüoğlu, Süleyman Serdar Koca

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Sjögren sendromu (SS) tanılı hastalarda görülen bel ağrısının ayırıcı tanısında sakroiliit önemli bir bulgu olabilir. Bu çalışmada, bel ağrısı olan SS tanılı hastalarda görüntüleme ile saptanan sakroiliit sıklığını belirlemek ve bu hastaların klinik, laboratuvar ve görüntüleme özelliklerinin karşılaştırması amaçlandı.

Yöntem: Romatoloji kliniğimizde SS tanısı ile takip edilen ve bel ağrısı şikâyeti nedeniyle görüntüleme yapılan 92 hasta retrospektif olarak incelendi. Sakroiliit varlığına göre hastalar iki gruba ayrıldı (Grup 1: sakroiliit var, n=26; Grup 2: sakroiliit yok, n=66). Sakroiliit varlığı sakroiliak eklemin direkt grafi ile görüntülenmesine göre değerlendirildi. Gruplar demografik veriler, hastalık süresi, laboratuvar parametreleri, HLA-B27 durumu ve eşlik eden klinik bulgular açısından karşılaştırıldı. Sakroiliit grubunda ayrıca sakroiliitin derecelendirmeleri, eşlik eden klinik bulgular ve sınıflama kriterleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 92 hastanın tamamına

yakını kadın olup (n=91, %98.9), yaş ortalaması Grup 1’de 56.6±9.3 yıl, Grup 2’de 54.9±12.1 yıl idi (p=0.521). Tanı süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (105.5±54.6 ay ve 123±51 ay; p=0.148). Sakroiliit (+) grupta inflamatuvar bel ağrısı %30.8, artrit %15.4, inflamatuvar bağırsak hastalığı %7.7 ve aksiyel spondiloartrit aile öyküsü %7.7 oranındaydı. Ancak, bu grupta entezit, daktilit, üveit ve psöriazis saptanmadı. HLA-B27 pozitifliği %3.8 idi. Görüntülemelerde grade 1 sakroiliit en sık patern olup sağ tarafta %50, sol tarafta %38.5 oranında izlendi. İleri dereceli sakroiliit (≥3) her iki tarafta da %23 oranında saptandı. CRP yüksekliği %11.5, Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlara (NSAİİ) iyi yanıt %26.9 oranında görüldü (Tablo 1).

Sonuç: Çalışmamızda SS tanılı bel ağrısı olan hastalarda sakroiliit yaklaşık dörtte bir oranında saptanmıştır. Sakroiliit varlığı ile klinik ve laboratuvar özellikler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. HLA-B27 pozitifliğinin oldukça düşük olması ve örneklemde kadın ağırlıklı olması, bu hasta grubunun aksiyel spondiloartritlerden farklı özellik gösterebileceğini düşündürmektedir. Bulgular, SS hastalarında bel ağrısı değerlendirilirken görüntülemenin ayırıcı tanıda önemli olabileceğini göstermektedir.

Tablo 1. Sjögren sendromlu hastalarda sakroiliit (+) ve (-) grupların karşılaştırılması

Özellik	Sakroiliit (+) (n=26)	Sakroiliit (-) (n=66)	P değeri
Yaş (yıl, ort±SS)	56.6 ± 9.3	54.9 ± 12.1	0.521
Tanı süresi (ay, ort±SS)	105.5 ± 54.6	123.0 ± 51.0	0.148
İBA, n (%)	8 (30.8)	16 (42.1)	0.358
Artrit, n (%)	4 (15.4)	11 (26.8)	0.372
Entezit, n (%)	0 (0)	5 (13.5)	0.071
HLA-B27 pozitif, n (%)	1 (3.8)	1 (9.1)	>0.05
CRP yüksekliği, n (%)	3 (11.5)	16 (24.2)	0.255

SS; standart sapma, İBA; inflamatuvar bel ağrısı, HLA; insan lökosit antijeni, CRP; C-reaktif protein

Giriş: Romatolojik hastalıklarda depresyon, anksiyete ve obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) genel popülasyondan sık görüldüğü gösterilmiştir^{1,2}. Romatoid artrit (RA) hastalarında depresyon prevalansı %17'dir¹. Psöriatik artrit (PsA) hastalarının 1/3'ünde anksiyete veya depresyon, %20'sinde izole depresyon görülmektedir². Takayasu arteritinde de depresyon sık görülür³. İnflamasyonun nöroimmün etkileri, ağrı ve yorgunluk psikiyatrik belirtilerin gelişiminde rol oynar. RA'da IL-6 ve TNF- α 'nın depresyon ve anksiyeteye ilişkili olabileceği, fiziksel kısıtlılık ve stresörlerin semptomları tetiklediği bildirilmiştir. Depresyon ve anksiyete hastalık seyrini bozarak tedavi yanıtını düşürmektedir. Bazı çalışmalarda OKB benzeri belirtilerin inflamatuvar hastalıklarla birlikte görülebileceği ve yönetimi zorlaştırabileceği belirtilmiştir⁴. Romatolojik hastalıklarda psikiyatrik komorbiditeler çift yönlüdür: biyolojik ve psikososyal yük ruh sağlığını bozarken, psikiyatrik durumlar hastalık gidişini ve tedavi yanıtını olumsuz etkiler. Bu posterde PsA, RA ve Takayasu olgularında biyolojik tedavi, steroid, ilaç uyumu ve sosyal stresörler bağlamında psikiyatrik özellikler literatürle tartışılmıştır. Olguların bilgilendirilmiş onamı alınmıştır.

Olgu Sunumu: Dört olgunun ikisi PsA, biri Takayasu arteriti, biri RA'dır. Tümünde depresyon ve/veya anksiyete, ikisinde OKB bulunmaktadır.

Bulgular ve Tartışma: Olguların incelenmesi, psikiyatrik durum ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Düzenli antidepresan kullanan Olgu 4'te OKB ve depresyon gerilerken, Olgu 1, 2 ve 3'te ilaçların düzensiz alınması/kesilmesi semptomları alevlendirmiştir. Antidepresan seçimi seyri etkilemiştir: Olgu 2'de essitalopram cinsel yan etki nedeniyle bırakılmış, bupropion avantaj sağlasa da anksiyeteyi artırmış, mirtazapin uyku ve iştaha fayda sağlamıştır. Kortikosteroid kullanımı Olgu 3'te depresyon ve somatik yakınmalara yol açarken, Olgu 1'de infliksimab sonrası gelişen depresyon biyolojik tedavilerin doğrudan psikiyatrik yan etki yapabileceğini düşündürmüştür. Depresyon ve anksiyetenin RA ve PsA'da yüksek seyrettiği, PsA'da %20'lere ulaştığı bilinmektedir²; Takayasu arteritinde depresyon riski artmıştır³. Bu tablo inflamasyon-psikiyatri ilişkisiyle açıklanabilir: IL-6, IL-17 ve TNF- α nöroinflamasyon yoluyla depresif ve anksiyöz semptomları

tetikler^{1,2}; ayrıca depresyon varlığı RA'da 1 yıllık tedavi yanıtını düşürmektedir ve düşük ilaç uyumu ile ilişkilidir¹. PsA'da depresyon, tedaviye cevabı zayıflatmakta ve sürdürümü güçleştirmektedir². Bizim serimizde Olgu 2 yan etkiler nedeniyle tedavi değişikliği gerektirmiş, kişiye özel yaklaşımın önemini göstermiştir. Kortikosteroidlerin ruhsal etkileri bilindiği üzere güçlüdür; yüksek doz veya uzun süreli kullanım hastaların yaklaşık %20'sinde semptomlara yol açmaktadır⁵. Olgu 3 bu açıdan önemlidir. Literatürde seyrek bildirilmesine rağmen⁴, iki PsA olgumuzda uzun süreli obsesyonlar görülmüştür. Tüm bu bulgular, biyolojik ve farmakolojik tedavilerin yanı sıra psikososyal müdahalelerin de bütüncül yönetimde kritik olduğunu göstermektedir.

Sonuç: Kronik romatolojik hastalıklarda depresyon, anksiyete ve OKB sık olup yönetimi ciddi etkiler. Biyolojik tedavi ve steroidler psikiyatrik yan etkiler için izlenmeli, antidepresanlarda uyum ve yan etki dikkate alınmalıdır. Psikososyal müdahaleler eklenmeli, izlem romatoloji-psikiyatri iş birliğiyle yürütülmelidir.

Kaynaklar:

1. Baghdadi LR, et al. Effect of type of disease-modifying antirheumatic drugs on depression and anxiety of patients with rheumatoid arthritis in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 2023;14:1184720.
2. Mathew AJ, Chandran V. Depression in Psoriatic Arthritis: Dimensional Aspects and Link with Systemic Inflammation. *Rheumatol Ther*. 2020;7(2):287-300.
3. Zhang Y, et al. Decreased IL-4 is the risk factor of depression in patients with Takayasu arteritis. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1337206.
4. Amani HS, Rim M. Obsessive-compulsive disorder comorbid with rheumatoid arthritis: case report and review of literature. *European Psychiatry*. 2023;66(Suppl 1):S926.
5. Nasereddin L, et al. Corticosteroid-Induced Psychiatric Disorders: Mechanisms, Outcomes, and Clinical Implications. *Diseases*. 2024;12(12):300.

Tablo 1. Olguların temel özellikleri, psikiyatrik komorbiditeleri ve tedaviyle ilişkili faktörler.

Olgu (Tanı)	Psikiyatrik Belirtiler	Tedavi Süreci ve İlaç Uyumu	Psikososyal Faktörler
Olgu 1 PsA (+ çölyak)	Sosyal anksiyete, obsesif düşünceler; depresif belirtiler	İnfliksimab başlanmasından sonra depresyon şüphesi; sertralin 100 mg düzensiz kullanımı ile belirtilerde alevlenme	İş stresi
Olgu 2 Takayasu arteriti	Obsesif kıskançlık düşünceleri, yaygın anksiyete; depresif duygu durumu	İnfliksimab + MTX; essitalopram 10 mg tedavisi cinsel yan etki nedeniyle bırakıldı, ardından bupropion 150 mg + mirtazapin 30 mg kombinasyonu ile kısmi düzelme; dönemsel gösteren düzensiz antidepresan kullanımı dönemlerinde semptom artışları	Aile içi güven sorunları; annelik yükü
Olgu 3 RA	Kortikosteroid kullanımını takiben başlayan depresif belirtiler; somatik yakınmalar (ilaç kesilince analjeziklere dirençli baş ağrısı)	Yüksek doz prednizolon tedavisi sırasında depresyon; paroksetin 20 mg tedavisi 2 yıl kontrolsüz kullanılıp kendi kendine kesildi, kesilme sonrası depresyon alevlenerek acile başvuru; tedaviye yeniden başlanıp doz titrasyonu planlandı	Belirgin psikososyal stresör yok; hastalığın kronik yükü ve tedavi yan etki korkusu mevcut
Olgu 4 PsA	Uzun süreli temizlik odaklı obsesif-kompulsif belirtiler, yaygın anksiyete, depresif duygu durumu	İnfliksimab tedavisi altında; 2016'dan beri düzenli venlafaksin XR 150 mg kullanımı ile obsesyonlar ve depresif belirtilerde belirgin iyileşme; ilaç uyumu iyi	Obsesif kaçınma davranışları; ev hanımı rolünün getirdiği izolasyon ve yükler

POSTER SUNUMLARI

**ROMATOİD ARTRİT İLE KARIŞABİLEN NADİR BİR GENETİK
HASTALIK: SPONDİLOEPİFİZİYAL DİSPLAZİ TARDA**Burcu Yağız¹, Nagehan Dik Kutlu¹, Belkıs Nihan Coşkun¹, Yavuz Pehlivan¹, Ediz Dalkılıç¹¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Bursa, Türkiye

Giriş: Spondiloepifizyal Displazi (SED) 1-4/1000000 insidansı ile nadir görülen bir genetik bozukluktur (1). Temel patoloji eklemlerde ilerleyici dejenerasyon ve kırıkarak kayıdır. Kemiklerde genişleme, platispondili, eklem kontraktürleri, kısa boy, kifoskolyoz, kalça tutulumu, kamptodaktili, sekonder osteoartrit ve yaygın osteoporoz karakteristik klinik bulgularıdır (2). Nadir olan bu hastalığın bizim için önemi romatoid artrit (RA), Juvenil idiyatik artrit (JİA) gibi hastalıklarımızı taklit edebilmesidir. Biz burada SED tarda ile ilgili farkındalığı artırmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 48 yaş kadın hasta. Bilinen işitme azlığı, üriner inkontinansı, skolyozu olan hasta 9 yaşından beri RA tanısı ile izlenmekteydi. Hasta tarafımıza RA ve skolyoz tanılarını ile izlendiği fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünden biyolojik tedavi düzenlenmesi amaçlı gönderildi. Akülü tekerlekli sandalye ile mobilize olan hastanın fizik muayenesinde kısa boy, eklem kontraktürleri, eklem hareket açıklıklarında kısıtlılık saptandı, artrit yoktu ve distal interfalangeal eklemler dahil tutulum bulunmaktaydı. Anne ve babası akrabaydı. Annesinde, dayısının kızında, babasının dayılarında da benzer bulgular vardı.

RF, CCP, ANA ve HLA negatif olan hastanın grafilerinde eklem aralıklarında daralma, skolyoz, vertebra yüksekliklerinde azalma izlendi.

Hastada RA ile örtüşmeyen kısa boy, eklem kontraktürleri, distal interfalangeal tutulumu ve platispondili bulunması, artrit olmaması ve aile öyküsü nedeniyle ayırıcı tanıda mukopolisakkaridoz (MPS) ve SED düşünüldü. Hastadan MPS ön tanısı ile istenen enzim aktiviteleri normal geldi. SED ön tanısı ile genetiğe yönlendirilen hastanın CCN6 geninin incelenen ekzonlarında homozigot c.156C>A/

p.Cys52* homozigot mutasyonu belirlendi ve SED tarda kliniğine yol açan klas 1 mutasyon olduğu görüldü. Destek tedavisi düzenlenen hastaya genetik danışmanlık önerildi.

Tartışma: Bu vaka bize SED tarda'nın RA, juvenil idiyatik artrit ve MPS ayırıcı tanısında akılda tutulması gerektiğini gösterdi. Poliartiküler tutulum yapmasına karşı klinik ve laboratuvar olarak sistemik inflamasyonu ve sinoviti düşündürecek bulgu olmaması, antiromatizmal ilaçlara yanıt alınamaması ayırıcı tanıda önemli ipuçlarıdır (3). SED tarda'nın özel bir tedavisi yoktur. Ağrı palyasyonu, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve ihtiyaç halinde deformite cerrahisi uygulanmaktadır (4). Hastalığın akla gelmesi ve tanınması ile hastaların gereksiz immünsupresif tedavi almaları engellenebilir.

Kaynaklar:

1. Sang Wan Chung, et al. Three Cases of Spondyloepiphyseal Dysplasia Tarda in One Korean Family. Case Reports Yonsei Med J 2016 Sep; 57(5): 1290-3.
2. Sofia Torreggiani, et al. Progressive pseudorheumatoid dysplasia: a rare childhood disease. Rheumatol Int 2019 Mar; 39(3): 441-452.
3. Pratyush Shahi, et al. Delayed-onset progressive pseudorheumatoid dysplasia with secondary synovial chondromatosis. BMJ Case Rep 2020 May 18; 13(5): e234461.
4. Spranger J, et al. Progressive pseudorheumatoid arthritis of childhood (PPAC). A hereditary disorder simulating rheumatoid arthritis. Eur J Pediatr 1983; 140: 34-40.



AMAÇ: Sarkoidoz, etiyolojisi hâlen tam olarak aydınlatılamamış, multisistemik tutulum potansiyeline sahip, kronik seyirli bir granüloamatöz inflamatuvar hastalıktır. Sarkoidoz en sık akciğerlerde tutulum gösterir ve vakaların %90'ından fazlasında akciğer tutulumu saptanır. Hastalığın patogenezi multifaktöryel olmakla birlikte, henüz spesifik bir antijen tanımlanamamıştır. Son yıllarda çeşitli farmakolojik ajanların (TNF- α antagonistleri gibi) Sarkoidoz benzeri granüloamatöz reaksiyonlara neden olabileceği gösterilmiştir. Biz de TNF- α antagonisti tedavisi altında Paradoksal Sarkoidoz geliştiren bir olguyu sunarak ilaçların da bu hastalığın etyolojisinde akılda tutulması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

YÖNTEM: Olgu sunumudur.

OLGU SUNUMU: 42 yaşında kadın hasta 8 yıldır Non-radyografik Spondilartropati tanısı ile takip edilmekteyken tekrarlayan diz artritleri sebebiyle DMARD yanıtı kabul edildiği için son 1 yıldır Sertolizumab Pegol tedavisi almaktaydı. Bir acil servis başvurusunda çekilen bilgisayarlı tomografide insidental olarak mediastinel multipl lenf nodları görülmesi üzerine EBUS (endobronşial ultrasonografi) ile biyopsi alınmıştı. Eş zamanlı yapılan kan tetkiklerinde ACE düzeyi 155 u/L ve quantiferon testi negatif olarak sonuçlanmıştı. Biyopsi sonucu granüloamatöz reaksiyon olarak raporlanan hastada Tüberküloz ekarte edildikten sonra Sertolizumab Pegol tedavisi kesilip Sarkoidoz tanısı ile sistemik taramaları yapılmıştı (PET-CT, EKO, göz muayenesi, dermatolojik muayene). Akciğer dışı tutulum saptanmaması üzerine 32 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Üçüncü ayda çekilen kontrol görüntülemelerde lenf nodlarında anlamlı regresyon görülmüş olup steroid tedavisi azaltılarak kesildi. Aktif şikayeti

olmayan hastanın metotreksat ve sulfasalazin ile tedavisi devam etmektedir.

BULGULAR VE SONUÇ: İlaçlarla ilişkili sarkoid benzeri reaksiyonlarda (DISR) gelişen granülomlar klasik Sarkoidoz'da gözlenen non-kazeifiye epiteloid granülomlarla büyük ölçüde benzerlik gösterir. Bu yapıların kesin oluşum mekanizması hâlâ tam olarak açıklığa kavuşmamış olmakla birlikte, genetik yatkınlığı bulunan bireylerde anormal immün yanıtların tetiklenmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Paradoksal Sarkoidoz vakaları Anti-TNF ajanları arasında en sık Etanercept ile raporlanmış olsa da daha nadir olarak Sertolizumab Pegol ilişkili vakalar da bildirilmiştir.

Sertolizumab Pegol, yalnızca antijen bağlayıcı Fab fragmentini içeren rekombinant bir monoklonal antikordur. Fc bölgesi içermemesi nedeniyle antikor-bağımlı hücrel sitotoksiste (ADCC) ve kompleman-bağımlı sitotoksiste (CDC) gibi mekanizmaları indükleyemez. Bu durum, Sertolizumab Pegol'un immün regülasyon üzerindeki etkilerini sınırlayabilir. Daha sınırlı immün supresyon sağlaması, bazı bireylerde TNF- α 'nın suboptimal baskılanmasına ve sonuç olarak kompansatuvar granülom formasyonu gelişmesine yol açabilir. Bu durum, ilaçla ilişkili Sarkoidoz benzeri reaksiyon gelişimine katkıda bulunabilir. Tedavi yaklaşımında en sık tercih edilen strateji, sorumlu biyolojik ajanların kesilmesidir. Ek olarak sistemik kortikosteroidler en sık olmak üzere diğer immünosupresif ajanlar da tedaviye eklenebilmektedir. Literatürde bildirilmiş vaka sayısının az olmasından dolayı hala Sertolizumab Pegol'un bu yan etkisine dair mekanizmalar yeterince net olarak aydınlatılamamıştır ve daha çok çalışmaya-vakaya ihtiyaç vardır.

**SEROPOZİTİF ROMATOİD ARTRİT TANILI ERKEK HASTADA
ADALİMUMAB KULLANIMINA İLİŞKİN GELİŞEN
İYATROJENİK KAPOŞİ SARKOMU: OLGU SUNUMU**

Aynur Daşdan, Ümmühan Yıldız, Meltem Alkan Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç:

Kaposi sarkomu genellikle immünsüpresif hastalarda gelişebilen antiproliferatif düşük dereceli malign bir neoplazmdır. İyatrojenik kaposi sarkomunun organ transplantasyonu, romatolojik, hematolojik hastalık durumlarında kullanılan oral veya intravenöz immünsüpresif tedavilerin sonucu ile gelişebildiğini gösteren olgular bildirilmiştir. Adalimumab romatoid artrit tedavisinde kullanılan insan kaynaklı rekombinant Ig-G1 monoklonal antikor olup tümör nekroz alfaya bağlanarak etkisini nötralize eden bir biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçtır. Bu olgu sunumunda adalimumab ve metotreksat kombinasyonu kullanan seropozitif romatoid artrit tanılı 59 yaşında erkek hastada gelişen iyatrojenik kaposi sarkomu sunulmaktadır.

Yöntem:

Hastanemiz romatoloji polikliniğine başvuran hasta, seropozitif romatoid artrit tanısıyla beş yıl boyunca metotreksat, leflunomid, hidrosiklorokin, sülfasalazin gibi konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların kombinasyon tedavilerini kullanmış ancak hastanın şikayetlerinin geçmemesi üzerine mevcut tedavisi değiştirilerek adalimumaba geçilmiştir. Adalimumab tedavisine metotreksat eklenerek hasta son bir yıldır adalimumab ve metotreksat kombinasyonu ile takip edilmiştir. Son bir ay içinde her iki ayağında ve ayak bileklerinde renkleri solup koyulaşan mor-kırmızı renkli nodüler lezyonlar olması nedeniyle tarafımıza başvuran hastaya sistemik sorgulama ve fizik muayene yapılmıştır. Hastanın ayaklarındaki mevcut lezyonların değerlendirilmesi için dermatoloji polikliniğine danışılmış ve lezyonlardan biyopsi alınıp patoloji birimine yönlendirilmiştir.

Bulgular:

Fizik muayenede bilateral her iki alt ekstremitede ayak dorsal yüzünde ve ayak bileklerinde mor-kırmızı renkli, basmakla solmayan, ağrısız nodüler lezyonlar mevcuttu. Hastanın romatoid artrite bağlı ayak parmaklarında şekil bozukluğu da mevcuttu. Hastanın bilinen hipertansiyon, diyabet, kronik hepatit tanıları bulunmaktaydı. Hastanın alt ekstremiteye yönelik istenen Doppler ultrasonografi normal olarak raporlanmıştı. Hastanın mevcut lezyonlarından alınan biyopsi materyaline yapılan immünohistokimyasal çalışmada HHV-8 pozitif, CD-31 pozitif ve ki-67 artmış immünreaktif değerlendirilmiş olup kaposi sarkomu ile uyumlu mikroskopik bulgular elde edilmiştir.

Sonuç:

İyatrojenik kaposi sarkomu infliksimab tedavisi sonrasında daha sık görülmekle birlikte bu vakada olduğu gibi adalimumab kullanan hastalarda da görülebilmektedir. Seropozitif romatoid artrit hastalarında seronegatif olan hastalara göre daha sık ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğü, ortalama 4. dekattan sonra görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir. İlaç başladıktan genellikle haftalar ya da birkaç ay sonra kaposi sarkomu geliştiği bildirilmiş olsa da bu vakada ilaç başladıktan 12 ay sonra kaposi sarkomu gelişmiştir. Bu olguda sunulan seropozitif romatoid artrit tanılı 59 yaş erkek hastada adalimumab ve metotreksat kombinasyonu kullanımı sonrası iyatrojenik kaposi sarkomu geliştiğinden adalimumab ve metotreksat tedavisi kesilmiştir.

**PARANEOPLASTİK DERMATOMİYÖZİT:
BİR AKCİĞER KANSERİ VAKASININ İLK BULGUSU**

Şule Nur Çimtay, Yusuf Doğan, Süleyman Serdar Koca

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

Amaç:

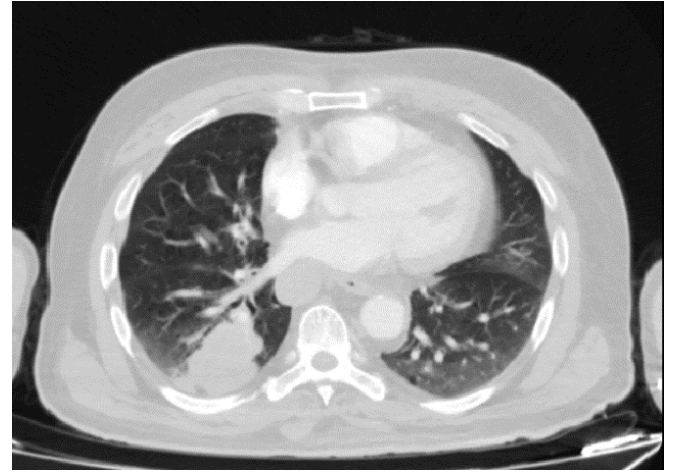
Dermatomyozit (DM), kas güçsüzlüğü ve karakteristik deri bulgularıyla seyreden nadir bir inflamatuvar miyopatidir. Paraneoplastik DM, altta yatan maligniteye karşı gelişen immün yanıt sonucu ortaya çıkar. Özellikle ileri yaşta başlayan DM olgularında ve bazı otoantikorların varlığında malignite riskinin arttığı bilinmektedir.

Anti-TIF1- γ (anti-transcriptional intermediary factor 1-gamma) antikoru, DM tanılı hastalarda maligniteyle en güçlü ilişkili otoantikor olarak tanımlanmıştır. Bu hastalarda kapsamlı malignite taraması hayati önem taşır. Bu olgu sunumunda, anti-TIF1- γ pozitif DM tanısı alan bir hastada eş zamanlı saptanan akciğer kanseri üzerinden bu klinik birlikteliğe dikkat çekilmiştir.

Olgu:

64 yaşında bilinen hipertansiyon (HT) ve koroner arter hastalığı (KAH) tanıları olan erkek hastanın son 1 aydır kas ve eklem ağrıları mevcuttu. Progresif kas güçsüzlüğü şikayeti bulunan hastanın on gün önce yüz ve boyun bölgesinde döküntü şikayeti mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde heliotropik döküntü ve V belirtisi saptandı. Kas gücü her iki alt ekstremitede 4/5 ve her iki üst ekstremitede 3/5 olarak saptandı. Rutin kan tetkiklerinde kreatinin kinaz (CK) değeri 7800 U/L olarak saptandı. Karaciğer fonksiyon testlerinde ve laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyinde artış mevcuttu. Otoantikor panelinde Anti-TIF antikor yüksek titrede pozitif olarak saptandı. Çekilen uyluk MR'da inflamatuvar miyopati ile uyumlu tutulumlar saptandı. Hastaya DM tanısı konuldu. Malignite taraması açısından çekilen torakoabdominal bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer alt lob posteriorda buzlu cam

görünümünün eşlik ettiği aksiyelde 46x39 mm, koronalde 56x34 mm boyutunda bir lezyon saptanması üzerine transtorasik biyopsi alındı (Resim 1). Alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi sonucu biyopsi materyali küçük hücreli akciğer kanseri olarak raporlandı. Hasta onkoloji kliniğine devir edildi ve hastaya kemoterapi başlandı.



Resim 1. Hastanın aksiyel kesit toraks BT görüntüsü.

Sonuç:

Anti-TIF1- γ antikor pozitifliği, DM tanılı hastalarda malignite riskini belirlemede önemli bir biyobelirteçtir. Bu hasta grubunda erken ve kapsamlı malignite taraması, tanı ve tedavi açısından kritik rol oynamaktadır. DM tanısı alan her hastada özellikle bu otoantikor pozitifliği saptanmışsa, altta yatan malignite ihtimali mutlaka araştırılmalıdır. Multidisipliner yaklaşım, hem malignitenin hem de DM'nin kontrol altına alınmasında temel unsurdur.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta desteksiz mobile oluyor. Sağ bacak ağrısı tarifliyordu. Sağ uyluk bölgesinde ağrı şikayeti ile başvuran hastanın ağrısı uzun zamandır vardı. Hareketle artan mekanik ağrı tarifliyordu. Lökomotor sistem muayenesi yapıldığında belirgin bilateral kalça ROM'ları 1/4 limitli. Eklem hareketleri bilateral ağrılıydı. Hastanın motor muayenesi normaldi. Artrit bulgusu yoktu.

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde özellik yoktu. Özgeçmişinde göz hastalıkları nedeni ile uzun yıllardır tedavi gördüğünü söyleyen hastanın üveit atağı geçirme öyküsü mevcuttu. Kısa süreli oral kortikosteroid (KS) kullanım öyküsü mevcuttu. Uzun yıllar göz kuruluğu tedavisi almış, o dönemlerde lokal KS kullanım öyküsü mevcuttu. Hastada sonrasında glokom geliştiği için ve son yıllarda da glokom tedavisi almaktaydı. Hastayı geriye yönelik araştırdığımızda 7-8 yıl önce polistemia vera tanısı konulduğunu gördük. Ancak hastanın sonrasında takibi mevcut değildi.

Hastanın muayenesinde iki kalça ROM'ları limitli olduğu için her iki kalçayı değerlendirebilmek için pelvis mr istendi. Pelvis MR sonucu bilateral femur avasküler nekrozu olarak geldi. Hastaya medikal tedavi başlandı. Ftr planlandı. Ayrıca ortopedi kontrolü önerildi. Ortopedide hastaya cerrahi önerilmedi. Hastanın MR görüntüleri Şekil 1'de mevcut.

Avasküler nekroz (AVN), çeşitli nedenlerle kan akımında bozulma sonucunda ortaya çıkan, kemiğin hücresel ölümüdür. AVN'nin patogenezi komplekstir, ancak her ne sebeple olursa olsun, kemik ve çevresi dokuların belenmesi ve oksijenizasyonunun bozulması sonucu ile kemikte parsiyel veya komplet destrüksiyon gelişmektedir (1).

Femur başı avasküler nekrozu; birçok tıbbi durumla ilişkilendirilmiş ve oluşumundan birçok faktör sorumlu tutulmuştur, ancak travma dışındaki hiçbir neden bu patolojik fenomeni net bir biçimde açıklayamamış ve hastalığın etyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Bu nedenle de etyolojik faktörler, travmatik olan ve olmayan iki temel gruba ayrılır, travmatik olmayan etyolojik faktörler de oldukça geniş bir alt grup oluştururlar (Tablo 1) (2).

Hastamız 41 yaşında genç hasta üveit tedavisi için 7-8 yıl önce oral KS kullanımı mevcut ancak kısa süreli sistemik KS ve düşük doz kullanmıştı, göz tedavisi olarak lokal ve kısa aralıklarla kullanımı mevcuttu. KS

kullanımlarında çeşitli çalışmalarda %5-40 AVN geliştiği bildirilmektedir. Toplam osteonekrozlar arasında KS alanların oranı ise %12-30 arasındadır (3,4).

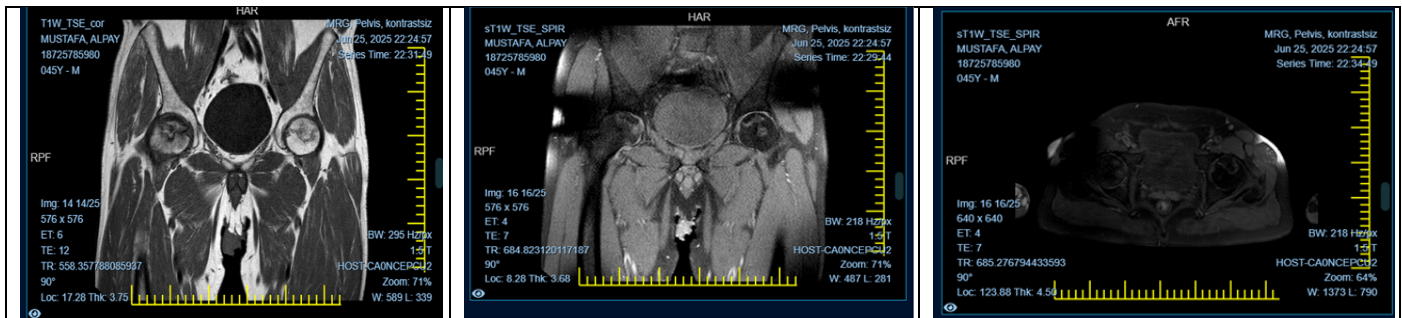
KS kullanımı ile birlikte görülen osteonekroz idyopatik olarak adlandırılan osteonekroz'a göre daha ciddi, daha çok bölgeyi tutma, bilateral olma eğilimindedir (5, 6). KS kullanımının osteonekroz için sık görülen risk faktörü olarak göze çarpmaktadır. Patogenez tam olarak aydınlatılamamış olsa da adiposit hipertrofisine bağlı artmış interosseöz basıncın kemik başında lokal iskemiye neden olduğu düşünülmektedir (7).

Hastamızda geçmişte konmuş olan polistemia vera tanısı mevcuttu. Polisitemiya vera miyeloproliferatif hastalıklar arasında yer alan ve hematopoetik öncü hücrelerin artmış duyarlılığı sonucunda, kan hücrelerinin başta eritroid seri olmak üzere, değişken oranda granülosit, monosit ve trombositlerin de kontrolsüz çoğalması ile karakterize klonal bir hastalıktır. Hematokrit artışıyla orantılı olarak tromboz riski de artmaktadır (8). Bu durum da kemik beslenmesini bozan bir sebep olarak karşımıza çıkabilir.

Tedavi: Avasküler lezyonlarda tedavi olarak konservatif tedaviler özellikle eklem yükünün ortadan kaldırılması hedeflenir. Genellikle semptomatik medikal tedaviler, fizik tedavi ajanları, enjeksiyon tedavileri, hiperberik oksijen tedavisi, enoksiparin, ozon, prp, bifosfonat kullanımı gibi tedaviler uygulanmaktadır. Ancak etkinlikleri ile ilgili daha fazla ve uzun süreli ışımlara ihtiyaç vardır. Ancak konservatif tedaviye yanıt alınamayan hastalarda 2-3 yıl içinde protez cerrahisi kaçınılmaz olmaktadır.

Enflamatuar hastalıklar ve avasküler nekrozun araştırıldığı bir çalışmada mevcut hastalıkla, hastalığın süresi ile, hastanın yaşı, cinsiyeti gibi faktörler avasküler nekroz ile ilişkilendirilememiştir. Ancak yapılan bir çalışmada çalışmada dörtte üçü asemptomatik olmak üzere, gerçek osteonekroz sıklığının enflamatuar hastalığı olanlarda %30'dan fazla olabileceğini düşündürmüştür. (9).

Mevcut hastamızda KS kullanımı düşük dozda, kısa süreli ve aralıklı olsa da hastamızda bilateral femur avasküler lezyon gelişmiş olması nedeni ile steroid kullanımının çok dikkatli yapılmasının önemli olduğunu vurgulamak istedik.



Şekil 1. Kalça eklem MRG'de bilateral femur başı AVN'ler

Tablo 1. Femur başı avasküler nekroz etyolojisi

A. Travmatik
1. Femur boyun kırığı
2. Kalça çıkığı
3. Kalçanın crush yaralanması
4. Vasküler yaralanma
5. Kalça cerrahisi
6. Kalça manipülasyonu
B. Travmatik olmayan
1. Sistemik steroid kullanımı
2. Aşırı alkol kullanımı
3. Kontraseptif ilaç kullanımı
4. Gebelik
5. Hiperlipidemi
6. Caisson hastalığı
7. Dekompresyon hastalığı
8. Yüksek irtifada uzun süre kalmak
9. Organ transplantasyonu
10. Sigara kullanımı
11. Radyasyona maruz kalma
12. Koagülasyon sorunları ve hematolojik hastalıklar
a. Antitrombin III eksikliği b. Protein C ve S eksikliği c. Plasminojen aktivatör eksikliği d. Hemofili e. Polistemi f. Orak hücreli anemi
13. Metabolik hastalıklar
a. Hiperparatroidizm b. Gut hastalığı c. Cushing hastalığı
14. Gastrointestinal sistem hastalıkları a. Pankreatit b. Kron hastalığı c. Ülseratif kolit
C. İdyopatik

Kaynaklar:

1. Chang C, Greenspan A, Gershwin ME. Osteonecrosis. In: Firestein G, Budd R, Gabriel S, McInnes I, O'Dell J, eds. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2013. p.1692-711.
2. Hakan Özdemir, Murat Baloglu. TOTBİD Dergisi 2010;9(1):41-51)
3. Atsumi, T., Kuroki, Y.: Role of impairment of blood supply of the femoral head in the pathogenesis of idiopathic osteonecrosis. *Clin Orthop* 277: 22 (1992)
4. Chevalier, X, et al. Thigh pain and multiple vertebral osteonecroses: Value of magnetic resonance imaging. *J Rheumatol (Canada)* 18(10): 1627 (1991)
5. Arlet, J.: Nontraumatic avascular necrosis of the femoral head. Past, Present and future. *Clin Orthop* 277: 12 (1992)
6. Te"eaux, F., Meunier, P.J.: Bone and osteoarticular complications of corticotherapy. *Rev Prat (France)* 40(6): 549 (1990)
7. Hungerford DS, Lennox DW. The importance of increased intraosseous pressure in the development of osteonecrosis of the femoral head: implications for treatment. *Orthop Clin North Am* 1985;16(4):635-54.
8. Pearson TC, Wetherley Mein G. Vascular occlusive episodes and venous hematocrit in primary proliferative polycythemia. *Lancet*.1978;2:1219-22.
9. Klippel, J., et al. Avascular necrosis in systemic lupus erythematosus (Symmetric osteonecrosis). *Am J Med* 67: 83 (1979)

GİRİŞ:

Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerin otoimmün mekanizmalarla tutulumu ile seyretmektedir. SS'de mononöritis multipleks ise nadir görülmektedir.

OLGU:

38 yaşında kadın hasta, SS ile polikliniğimizde takip edilmekteyken; sağ ayak bileğinde şişlik, 2 aydır giderek artan sol ayakta güç kaybı, bilateral alt ekstremitelerde döküntüler ile başvurdu.

Fizik muayenede patolojik olarak, sağ ayak bileğinde artrit, sol ayak dorsifleksiyonunda kas gücü 2/5 olup, bilateral alt ekstremitelerde vaskülit tarzı lezyonları ve sol medial malleolde 3x2cm'lik ülsere lezyonu mevcuttu.

Romatolojik serolojisinde ANA 1/320 ince benekli+, Anti SS-A+, Anti SS-B+, Anti Ro52 +, C4 <0.02 (düşük) olup; rutin kan tetkiklerinde hemogram, biyokimya normal sınırlarda, C-reaktif protein (CRP): 81, eritrosit sedimentasyon hızı: 21 mm/saat idi.

Yapılan Elektromiyografide sağ peroneal sinirde subakut aksonal hasarlanma olduğu ve

mononörit multipleks ile uyumlu olduğu raporlandı. Bu esnada hastaya 3 gün pulse kortikosteroid tedavisi başlandı. Devamında 500 mg siklofosfamid tedavisi verildi. Alt ekstremitelerde vaskülit tarzı lezyonlardan yapılan biyopsi patoloji sonucu ise; küçük ve yer yer orta çaplı damarları tutan vaskülit ile uyumlu idi. Devam eden siklofosfamid tedavisi ile beyaz küre ve nötrofil düşüklüğü olması nedeni tedaviye rituksimab ile devam edildi. Toplam 5 gram siklofosfamid ve rituksimab tedavisi sonrası, sol ayak bileğindeki ülsere lezyon kapandı, düşük ayak sendromu ciddi ölçüde düzeldi. İdame tedaviye mikofenolat mofetil ile devam edildi.

TARTIŞMA:

Olgumuzda izlenen mononöritis multipleks, SS'de tanımlanan periferik nöropatilerin en nadir görülen türüdür. Patolojisinde ön planda vaskülit olduğu bildirilmiştir. SS'de nörolojik belirtilerin erken teşhisi ve tedavisi hastanın yaşam kalitesini artırmaktadır.

Mitra Halili¹, Ali Söker¹, Merve Çara², Mert Pamuk², Aila Gareayaghi²

¹Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD, İstanbul,
²Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Psikiyatri AD, Kocaeli

Giriş

Multipl somatik yakınmaları olan hastalarda organik bir neden saptanamadığında, altta yatan psikolojik etkenler düşünülmelidir; örneğin açıklanamayan romatolojik veya dermatolojik belirtiler (örn. kronik kaşıntı) somatizasyon şeklinde ortaya çıkabilir.¹ Somatik belirti bozukluğu, psikiyatrinin tanı kitabı olan DSM-5'e göre organik bir açıklaması bulunmayan fakat kişide belirgin işlev kaybına yol açan bedensel belirtilerle karakterizedir.² Psikojenik pruritus olarak adlandırılan durumda kaşıntı genellikle gece artar ve stresle ilişkili olup psikiyatrik tedaviye yanıt alınması tanıyı destekler.³

Olgu Sunumu

44 yaşında kadın hasta, 2 aydır ayaklarında kaşıntı şikayeti ile bir çok bölüme başvurduktan sonra psikiyatri bölümüne yönlendirilmiş. Öyküsünde **şüpheli psöriazis** tanısı mevcut ancak belirgin cilt lezyonu bulunmuyormuş. Kaşıntının ardından sağ bacakta şişlik ve kızarıklık gelişmiş; enfeksiyon veya tromboz saptanmamış. Kaşıntı devam edince kolesistektomi uygulanmış ancak semptomlar düzelmemiş. Sonraki dönemde öksürük, nefes darlığı ve çarpıntı yakınmaları ile yapılan incelemelerde kardiyopulmoner patoloji bulunmamış. Ayrıca hasta 10 yıldır ara ara hafif karın ağrıları olduğunu, son aylarda sabahları şiddetli karın ağrıları başladığını belirtmiş. Birçok branş tarafından değerlendirilen hastada organik bir neden saptanamamış. Psöriatik artrit olasılığı düşünülmüş ancak objektif artrit bulgusu olmadığından tanı doğrulanamamış. Hasta "hastayım ama değilim" diyerek sağlık kaygısını ifade etmekteydi ve psikiyatride yönlendirildi.

Bulgular

Fizik muayenede sağ alt ekstremitede hafif (pitting olmayan) ödem ve eritem dışında anormallik yoktu. Laboratuvarında CRP hafif yüksek (16 mg/L) saptandı, diğer tetkikler ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Hafif mikrositer anemi (Hb ~11 g/dL, MCV 78 fL) mevcuttu. Romatolojik otoantikör testleri (RF, ANA, anti-CCP) ve enfeksiyon serolojileri negatif bulundu. Psikiyatri değerlendirmesinde duygudurum ötimik olup belirgin bir psikopatoloji tespit edilmedi.

Tartışma

Olgumuzda farklı sistemlere ait çok sayıda semptomun bulunması fakat ayrıntılı incelemelere rağmen organik patoloji saptanmaması dikkat çekicidir. Psöriazis öyküsü nedeniyle psöriatik artrit ön tanısı akla gelmiştir; ancak beklenen artrit bulgularının olmayışı ve birden fazla somatik yakınmanın varlığı tanıyı desteklememektedir.⁴ Fibromiyalji olasılığı da değerlendirilmiş, fakat yaygın ağrı ve hassas nokta saptanmamıştır. Literatürde de organik bir açıklama olmaksızın süregelen fiziksel yakınmaları olan hastalarda somatoform bozukluk düşünülmesi önerilmektedir.² Psikojenik kaşıntıda stresle alevlenme ve antidepresan tedaviye olumlu yanıt tanıyı destekleyen kriterlerdir.³ Nitekim hastamıza SSRI (sitalopram 20 mg/gün) başlanması sonrası birkaç hafta içinde kaşıntı ve bacak ağrısı belirgin şekilde gerilemiştir. Somatik belirti bozukluğu yönetiminde farmakoterapiye ek olarak psikoterapi uygulamaları da önerilmektedir.¹

Bu olgu, romatoloji pratiğinde açıklanamayan çoklu yakınmaları olan hastalarda somatik belirti bozukluğunun ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kaynaklar:

1. Millington GWM, Shobajo MT, Wall J, Jafferany M. Somatization in dermatology. Skin health and disease. 2022;2(4). doi:10.1002/SKI2.164
2. Engin MMN, Kılıçaslan Ö, Kocabay K, Engin MMN, Kılıçaslan Ö, Kocabay K. Vasküler İnmeyle Taklit Eden Somatik Belirti Bozukluğu. Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine. Published online December 14, 2017;149-150. doi:10.4274/CAYD.25349
3. Okan Demirci O, Çeçen H, Çinik E, et al. OLGU SUNUMU Psikojenik Pruritus ve Buna Bağlı Erektile Disfonksiyon Tedavisinde Mirtazapin Kullanımı: İki Olgu Sunumu Use of Mirtazapine Treatment in Erectile Dysfunction Associated with Psychogenic Pruritus: A Study of Two Cases. doi:10.5505/kpd.2016.69885
4. Marchesoni A, Atzeni F, Spadaro A, et al. Identification of the clinical features distinguishing psoriatic arthritis and fibromyalgia. J Rheumatol. 2012;39(4):849-855. doi:10.3899/JRHEUM.110893

HBV/HDV KOENFEKSİYONU OLAN BİR HASTADA KRİYOGLOBULİNEMİK VASKÜLİT VE DUYUSAL AĞIRLIKLİ MİKST TİP POLİNÖROPATİ: LİTERATÜRDEKİ İLK VAKA

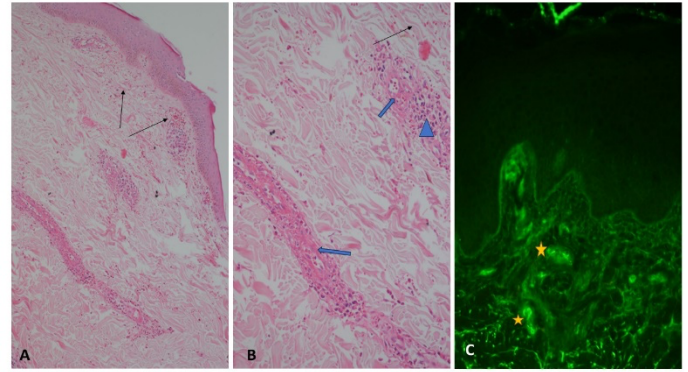
Fuat Albayram¹, Elif İnanç¹, Serhat Toprak², Servet Yolbaş¹

İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD - Romatoloji BD¹, ve Patoloji AD², Malatya

Giriş: Kriyoglobulinemik vaskülit (KV), kriyoglobulin adı verilen immünglobulinlerin düşük sıcaklıklarda çökerek küçük çaptaki kan damarlarında birikmesiyle, multisistemik tutulum yapabilen bir vaskülitir. Kronik enfeksiyonlar (hepatit C virüsü [HCV]), lenfoproliferatif hastalıklar, romatoid artrit (RA), vs. ile ilişkili olabilir. Hepatit B virüsüne (HBV) bağlı olgular daha nadir görülürken, hepatit D virüsü (HDV) koenfeksiyonu eşliğinde KV'ye literatürde şimdiye kadar rastlanmamıştır. Burada duysusal ağırlıklı periferik nöropati ve cilt döküntüsüyle presente olmuş HBV/HDV koenfeksiyonu ilişkili KV olgusu sunulmaktadır.

Vaka Sunumu: Altmış iki yaşında erkek hasta; altı yıl önce her iki alt ekstremitide purpurik döküntüsü nedeniyle yapılan cilt biyopsisinde lökositoklastik vaskülit tanısı konuldu. (Şekil 1). O dönemdeki tetkiklerinde romatoid faktör (RF) yüksek titrede pozitif (2090 IU/ml), ANCA'lar negatif, kriyoglobulin testi negatif, HBsAg pozitif, HBV-DNA ve HDV-RNA negatif, anti-HCV negatif, görüntülemelerde de vaskülitik tutulum saptanmadı. Bulgular 'muhtemel etiyoloji ile ilişkili vaskülit' olarak değerlendirildi. Tenofovir, metilprednizolon ve azatioprin tedavisi başlandı. Bir ay öncesinde kendi kararıyla tedavisini sonlandıran hasta, Temmuz 2025'te her iki alt ekstremitede yaygın purpura ve ayaklarda uyuşma yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenede; alt ekstremitelerde simetrik, basmakla solmayan, çok sayıda yamasal ve az sayıda makülopapüler döküntü ile sol el 3. parmak distalinde ülser (Şekil 2), her iki ayakta belirgin duysusal kayıp mevcuttu. Diğer sistemlerin muayeneleri normaldi. Tetkiklerinde (Tablo 1) RF 2220 IU/ml, C4 0 mg/dl, HBsAg pozitif, HDV-RNA pozitif ve kriyoglobulin testi pozitif (Şekil 3, 4).

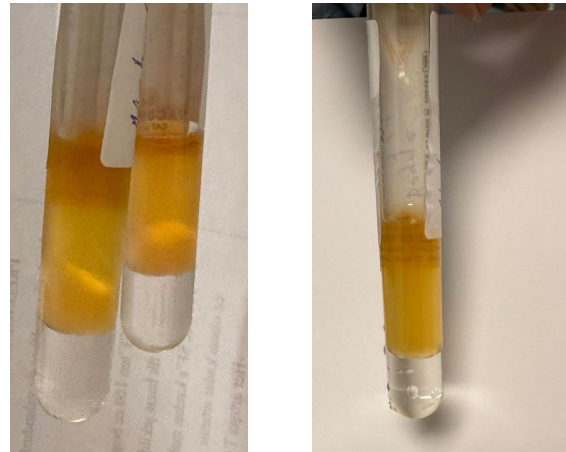
Elektromiyelografi, aksonal ve segmental demiyelinizasyonla seyreden duysusal ağırlıklı mikst tip periferik nöropatiyle uyumluydu. Alt ekstremitelerde arteriyel ve venöz doppler usg'de anlamlı patoloji izlenmedi. Bunun üzerine hasta HBV/HDV koenfeksiyonuna sekonder KV olarak değerlendirildi ve 1 mg/kg dozunda sistemik steroid tedavisi başlanarak ve tedrici doz azaltımı yapıldı. Döküntülerde belirgin gerileme gözlemlendi (Şekil 5), ancak nöropati semptomlarında değişiklik olmadı. HBV-DNA'nın negatif olması ve tenofovir tedavisinin devam etmesi üzerine rituksimab 1 g infüzyon uygulandı. İkinci doz günü planlanarak hasta taburcu edildi.



Şekil 1. A) Normal epidermis, üst dermiste eritosit ekstravazasyonları (siyah ok) (H&E x40), B) damarlarda pembe renkte fibrinoid nekroz (mavi ok), damarlar etrafında polimorfonükleer lökositler ve lökositoklazi (mavi üçgen) (H&E x100). C) Direkt immün floresan boyamada damar duvarında fibrinojen varlığı (sarı yıldız) (x100).

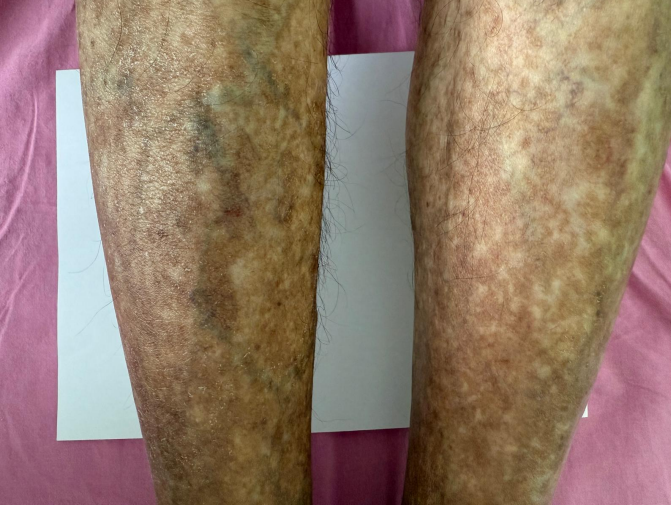


Şekil 2.



Tablo 1.	Sonuç
WBC	8400
HB, g/dl	13
PLT	235.000
RF, IU/mL	2220
C4, mg/dl	0
C3, mg/dl	43
ALT, U/L	44
AST, U/L	28
HBV-DNA	Negatif
HDV-RNA	Pozitif
ANTI HCV	Negatif
ANA, ENA, ANCA, anti-CCP, dsDNA	Negatif
SPOT İDRAR PROTEİNİ, mg	350
SEDİMENTASYON, mm/saat	79
CRP, mg/dl	2

Şekil 3. Tüpün alt kısmında çökelmiş kriyoglobulin çöktürülmesi
Şekil 4. 37 C'ye kadar tekrar ısıtıldıktan sonra çözünmüş kriyoglobulin, berrak serum



Şekil 5.

Tartışma: HBV ilişkili KV (HBV-KV), genellikle düşük kompleman düzeyleri, yüksek RF ve kriyoglobulin pozitifliği ile karakterizedir. HDV koenfeksiyonu eşlik eden olguların ise literatürde tanımlanmadığı görülmektedir. Terrier ve arkadaşları (2017), 242 KV hastasında periferik nöropati oranını %60 olarak bildirmiştir. HBV ilişkili olgularda antiviral baskı sağlanmadan rituksimab tedavisinin hepatit reaktivasyonu riskini artırabileceği; ancak uygun antiviral profilaksi eşliğinde güvenli kullanılabileceği gösterilmiştir. (Sise ve ark., 2014).

Son yıllarda yayımlanan olgu serilerinde (Lai ve ark., 2021; Saadoun ve ark., 2015) antiviral baskının sağlanması ve ardından B-hücre baskılanmasının etkili olduğu; özellikle sinir sistemi tutulumu olan olgularda yanıt oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu olguda HBV/HDV koenfeksiyonu, KV gelişimine ek olarak nöropati riskini artırmış ve klinik seyri daha agresif hale getirmiş olabilir.

Sonuç: HBV/HDV koenfeksiyonuna bağlı KV, son derece nadir bir klinik tablodur ve periferik nöropati ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Antiviral baskı sonrası rituksimab tedavisi, bu hasta grubunda güvenli ve etkili bir seçenek olabilir. Sunulan olgu, HBV/HDV koenfeksiyonu ile ilişkili KV'nin literatürde bildirilen ilk örneği olup, tanı ve tedavi süreci açısından öğretici niteliktedir.

Kaynaklar

1. EASL Guidelines on HBV Management. 2023.
2. Hochberg MC, et al. Rheumatology. 8th Ed. Chapter: HBV-associated vasculitis.
3. Terrier B, et al. Cryoglobulinemia vasculitis in the era of new antiviral therapies. Arthritis Rheumatol. 2017;69(1):121–131.
4. Sise ME, et al. Rituximab for the treatment of cryoglobulinemic vasculitis associated with hepatitis B virus. Arthritis Care Res. 2014;66(5):729–735.
5. Lai QY, et al. Hepatitis B virus-related cryoglobulinemic vasculitis: a multicenter cohort of 60 patients. Medicine (Baltimore). 2021;100(6):e24493.
6. Saadoun D, et al. Treatment with rituximab and PEG-interferon-α/ribavirin in patients with hepatitis B or D virus-related cryoglobulinemic vasculitis. Clin Exp Rheumatol. 2015;33(Suppl. 89):S150–S155.
7. Wedemeyer H, Manns MP. Epidemiology, pathogenesis and management of hepatitis D: update and challenges ahead. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2010;7(1):31–40.
8. Ferri C, et al. Mixed cryoglobulinemia: demographic, clinical, and serologic features and survival in 231 patients. Semin Arthritis Rheum. 2004;33(6):355–374.
9. Brouet JC, et al. Biologic and clinical significance of cryoglobulins: a report of 86 cases. Am J Med. 1974;57(5):775–788.

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematoz (SLE), polimiyozit (PM) ve vaskülitler kas tutulumuyla seyredebilir ve ayırıcı tanıları zor olan hastalık gruplarıdır. Kas biyopsisi, klinik ve laboratuvar uyumu tanı ve tedavide klinik önem taşır. Bu vaka; PM düşünülerek takip edilen, proksimal kas güçsüzlüğü ile başvuran ve sonrasında SLE-overlap sendromu düşünülen, immünsupresif tedavilere dirençli bir hastanın takibini sunmaktadır.

OLGU SUNUMU: 68 yaşında kadın hasta, dış merkez üroloji servisinde abdominal tomografide renal cell ca (RCC)? ön tanısıyla kliniğimize operasyon öncesi değerlendirme amacıyla kabul edildi. Hastanın öncelikli şikâyeti simetrik kas gücü azalması ve yürümekte zorlanmaydı. Yaklaşık 1 senedir bu şikâyetlerinin giderek arttığını belirtti.

Fizik muayenede üst ve alt ekstremitelerde 3/5 bilateral kas gücü, palpasyonla ağrısızlık saptandı; başka pozitif fizik muayene bulgusu yoktu. O dönemde hafif disfajisi mevcuttu.

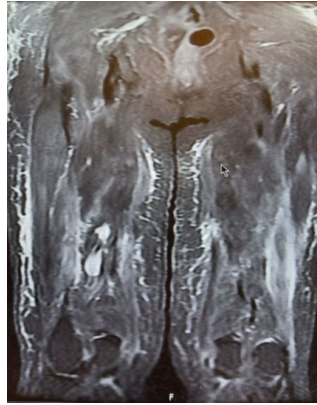
Tetkiklerinde kreatin kanaz 15 mg/dl'nin altında, AST-ALT normal sınırlarda, diğer tetkikleri normaldi. EMG'de sensorimotor aksonal polinöropati ile uyumlu bulgular; sağ üst ekstremitte kaslarında (deltoid, biceps, FDI) kronik nitelikli nörojenik MÜP aktivitesi, bilateral tibialis anterior kasında normal-nörojenik MÜP geçişleri ve sağ vastus medialis kasında erken katılım ile uyumlu miyopati MÜP aktivitesi izlendi.

Uyluk MR'mda kas çevresinde inflamatuvar miyozitle uyumlu belirgin ödem alanları dikkati çekti (Resim 1). Malignite taramasında PET-CT'de ana aorta dallarında vaskülitik tutulumla bağlı olduğu düşünülen aktivite tespit edildi, ancak malignite lehine bulgu saptanmadı (Resim 2). Toraks BT'de interstisyel akciğer hastalığı yoktu.

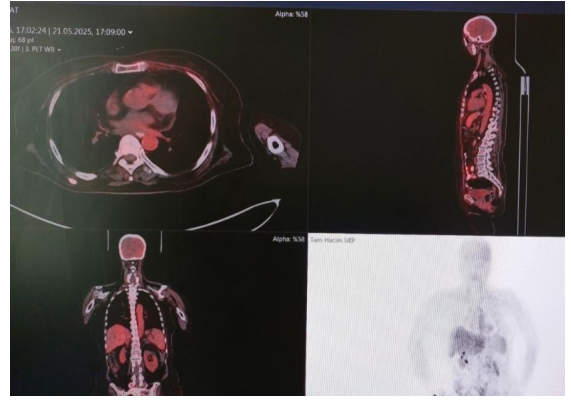
Anti-SSA, anti-nükleer antikor ve anti-dsDNA yüksek titrede pozitif; anti-Jo-1 negatif bulundu. Miyozit spesifik otoantikorlar hastanemizde çalışılmadı. Hasta Plaquenil 1×1 ve 250 mg/gün kortikosteroid ile başlandı. Lupus-overlap sendromu düşünülerek azatiyoprin tedricen 3×1'e yükseltildi. Kas gücünde artış olmadı, disfajisi oral ilaç alamayacak kadar şiddetlendi.

Takiplerinde platelet değeri 16.000'e düşen hasta hematolojiye danışıldı. Periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi sonrası ITP tanısı aldı. Hematoloji önerisiyle 150 g IVIG verildi. Platelet düzeyleri yükselse de kas gücünde düzelme olmadı.

Önceden yapılan kas biyopsisinde kas dokusu alınamadığı için sonuç alınamadı. Ankara'dan ikinci kas biyopsisi için tarih alındı. Endikasyon dışı onayla rituksimab 1000 mg 0-2 haftalarda planlandı; ilk doz uygulandı. İkinci doz öncesi hasta kendi isteğiyle taburcu oldu. Bir hafta sonra acilden CRP'si yüksek olarak başvuran hasta sepsis nedeniyle yoğun bakıma alındı ve septik şok nedeniyle eksitus oldu.



Resim 1. Uyluk MR



Resim 2. PET-CT

TARTIŞMA: Polimiyozit benzeri klinikle başvuran bu olguda, kas biyopsisinin tanısal olmaması ve CK düzeylerinin genellikle normal seyretmesi tanıyı karmaşıktırmıştır. Kas ödeminin eşlik ettiği MR bulguları ve progresif disfaji inflamatuvar miyoziti desteklese de, steroid, IVIG ve azatiyoprin tedavilerine yanıtızsızlık daha nadir nedenleri düşündürmüştür.

Miyozit otoantikorlarının kısıtlı çalışılması, dirençli miyozit kısmını aydınlatamamıştır. ANA ve anti-dsDNA yüksekliği ile PET-BT'deki vaskülitik tutulum, SLE'ye sekonder miyozit ve/veya vaskülitik miyozit olasılığını kuvvetlendirmiştir.

Kas biyopsisi sonucu "kan fibrin kitlesi" olarak raporlanmış olup, patoloji değerlendirmesindeki sınırlılık tanıyı güçleştirmiştir. Progresif disfajinin prognoz açısından kötü bir gösterge olabileceği unutulmamalıdır.

Tedaviye dirençli seyir üzerine, alternatif immünsupresifler sonrası rituksimab uygulanması planlanmıştır; bu yaklaşım literatürde de refrakter olgularda önerilmektedir. Bu vaka, kas biyopsisinin yetersiz olduğu durumlarda tanı koymanın güçlüğüne açıkça göstermektedir. Otoantikorların yüksek titrede pozitif olması serolojik aktivitenin göstergesi olsa da, klinik ve patolojik korelasyon olmadan kesin tanı zordur.

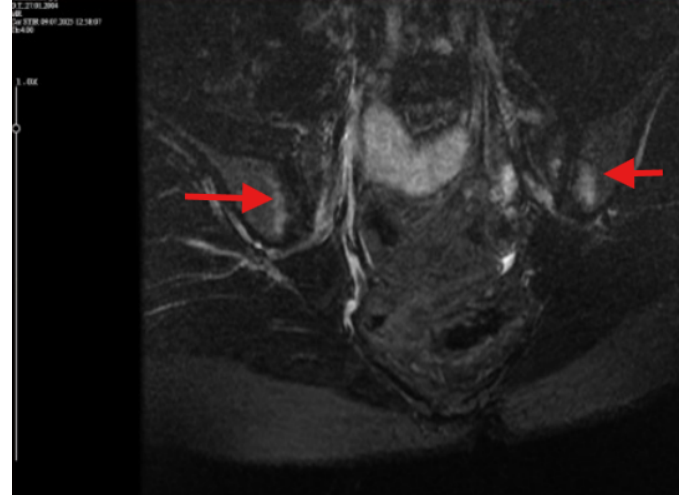
Miyozitlerde biyopsi yalnızca tanı için değil, ayırıcı tanı ve tedavi planlaması açısından da kritik öneme sahiptir. Anti-sentetaz sendromlarına özgü otoantikorların yokluğunda, klasik SLE'ye sekonder kas tutulumu da göz ardı edilmemelidir. Bu vaka multidisipliner yaklaşımın ve ileri merkezlerde biyopsi değerlendirmesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Giriş: Akne vulgaris toplumda sık görülen bir cilt hastalığı olup tedavisinde kullanılan ajanlardan biri A vitamini türevi olan izotretinoindir. İzotretinoin kullanan hastalar çoğunlukla kas-iskelet sistemi ağrısı yaşamaktadır. Bu belirtilerden biri olan inflamatuvar bel ağrısı izotretinoin tedavisini takiben nadir görülen bir yan etki olan sakroiliit ile ilişkilidir. Burada izotretinoin kullanımından sonra sakroiliit gelişen 21 yaşında bir kadın hasta sunulacaktır.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bel ağrısı yaklaşık 4 aydır mevcuttu ve inflamatuvar özellikteydi. Yaklaşık 2 saat süren sabah tutukluğu vardı. Fizik muayenede hastanın lomber hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Sistem sorgusunda periferik eklem şikayeti yoktu. Eşlik eden psöriazis, inflamatuvar barsak hastalığı, üveit öyküsü yoktu. Aile öyküsünde özellik olmayan, normal kiloda olan hastaya 5 ay önce akne vulgaris tanısı ile izotretinoin tedavisi başlanmıştı. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri normaldi. Brucella aglütinasyon testleri ve histokompatibilite lökosit antijeni B27 (HLA-B27) negatifti. Sakroiliak eklem grafisi normaldi.

Sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemeye, her iki sakroiliak eklemden iliak yüzde daha belirgin olmak üzere sakral ve iliak kemikte subkortikal kemik iliği ödemi saptandı (Resim 1). Hastanın başvuru sırasında akne bulguları yoktu ve izotretinoin tedavisi kesildi. Hastaya non-steroidal anti inflamatuvar (NSAİ) tedavi başlandı. İzotretinoin tedavisinin kesilmesinden 2 hafta sonra hastanın

inflamatuvar bel ağrısı azaldı. Yaklaşık 3 aylık takip sonrasında bel ağrısı tekrar ortaya çıkmadı, NSAİ tedavi kesildi. Güncel olarak hasta herhangi bir medikal tedavi almadan asemptomatik olarak izlenmektedir.



Resim 1: Sakral ve iliak kemikte subkortikal kemik iliği ödemi

Sonuç: Sakroiliit spondiloartrit grubu hastalıkların majör özelliği olsa da farklı etiyolojik faktörler sakroiliite neden olabilir. Özellikle ilaçlar arasında izotretinoinin kullanımı sakroiliit gelişimi ile ilişkilidir. Literatürde izotretinoin ve sakroiliit arasındaki ilişki kanıtlanmış olsa da, patogenezi net değildir. Bu vakada sunulduğu gibi izotretinoin kullanan hastalarda bel ağrısı semptomu sorgulanmalı ya da tam aksine sakroiliit tespit edilen hastalarda izotretinoin kullanımı sorgulanmalıdır.

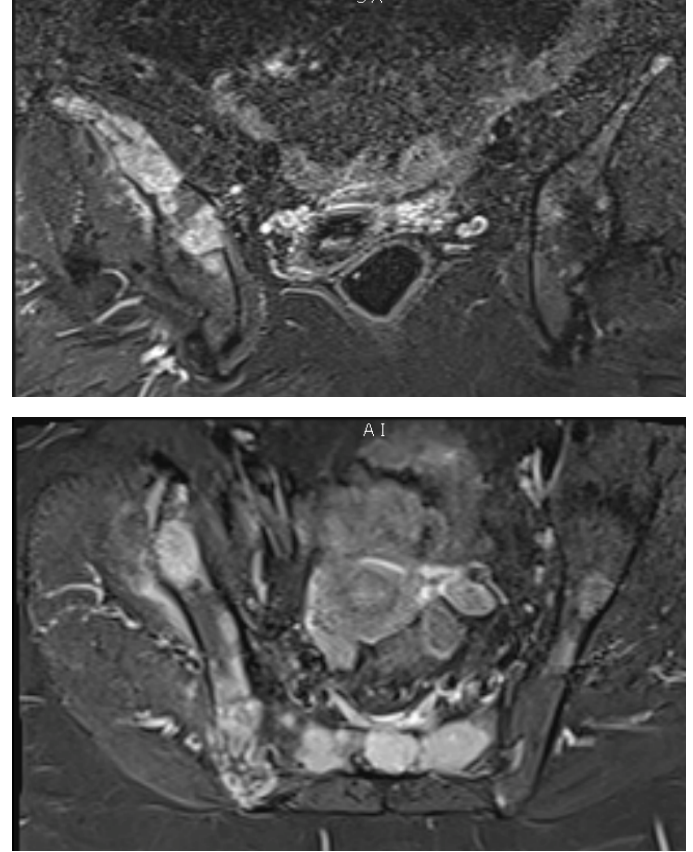
GİRİŞ: Bel-kalça ağrısı yaygın bir klinik tablodur ve genellikle dejeneratif, inflamatuvar, enfeksiyöz, neoplastik veya travma sonrası etyolojiye sahip spinal omurga, sakroiliyak ve koksafemoral eklemlerin patolojilerinden kaynaklanır.

ÖYKÜ: 56 yaşında kadın hasta, öyküsünde 25' li yaşlarında bel ağrısı şikayeti başlamış. Ağrısı gece sabaha doğru ve istirahatle artıp, hareket ve non-steroidal antinflamatuar ilaçlarla (NSAİİ) azalıyor. Semptomları ayda 5-6 gün olup diğer günler hafif seyrediyor. Otuz yaşına kadar semptomları hafif ve nadir oluyormuş ancak sonrasında semptomları artmış. Romatolojik değerlendirmesinde kronik bel ağrısı, NSAİİ yanıtı, HLA-B 27 pozitifliği ve sakroiliyak mr da heriki sakroiliyak eklem komşuluğunda subkondral kemik ödem saptanıp ankilozan spondilit tanısı konulmuş. Sülfasalazin ve NSAİİ tedavi başlanmış. Semptomları azalan hastanın takiplerinde 40'lı yaşlarında bel ağrısı ve sabah tutukluk semptomları artması üzerine anti-TNF adalimumab başlanmış. 6 yıl adalimumab tedavi sonrasında sekonder yanıtızlık gelişmesi üzerine etanersept tedavisine geçilmiş. 5 yıl sonrasında etanerseptte sekonder yanıtızlık gelimesi üzerine sekukinumab 150 mg/ 4 hafta tedavisi başlanmış. 2 yıl boyunca remisyonda izlenen hastanın son 6 ayda gün boyu süren bel ve kalça ağrısı olması üzerine çekilen sakroiliyak MRG'de sağ iliak kemik ve çevre kas dokuyu invaze eden infiltratif lezyon saptandı (Şekil 1).

Çekilen mamografisinde: Sol meme üst orta kadranda yaklaşık 29 mm çapında hafif sipüküle konturlu BİRADS 4 lezyon, Sol aksillada büyüğü 24x20 mm boyutlu patolojik görünümlü birkaç adet lenf nodu saptandı. Ek olarak, kemik dokuda yaygın litik özellikle nodüler metastatik lezyon dikkati, ayrıca sağ inferior pubik ramusta ve sağda iliak kemikte patolojik fraktür ile uyumlu görünümler izlendi. Hastanın

sekukinumab tedavisi kesilip, lüzum halinde NSAİİ ilaç kullanması önerilerek meme cerrahisi polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Ankilozan spondilit hastalarında bel ağrısını çoğunlukla aktif hastalıkla ilişkili inflamasyona bağlı düşünülse de nadiren enfeksiyöz ya da malign infiltrasyonlara bağlı olabilir. Görüntüleme yöntemlerinin etkin kullanımı ve dikkatli değerlendirilmesi ile ayırıcı tanıda önem kazanmaktadır.



Şekil 1. Sakroiliyak eklem MRG'sinde sağ iliak kanatta lezyon

TEKRARLAYAN ÜST EKSTREMİTE İSKEMİSİYLE BAŞVURAN ERKEKTE AORT TUTULUMU OLMAKSIZIN GELİŞEN BÜYÜK DAMAR VASKÜLİTİ: OLGU SUNUMU

Meltem Alkan Melikoğlu, Fatma Doğan

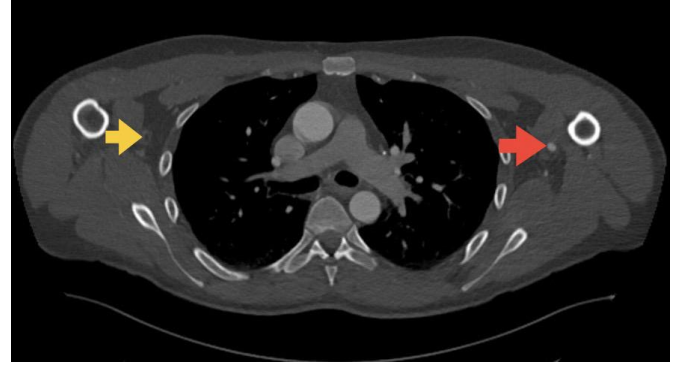
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Büyük damar vaskülitlerinden olan Takayasu arteriti genellikle aort ve ana dallarını tutar. Ancak nadir durumlarda izole periferik damar tutulumu ile de seyredebilir. Bu çalışmada, tekrarlayan üst ekstremitte iskemisi ile başvuran ve BT anjiyografide yalnızca sağ aksiller arter tutulumu saptanan, aort ve ana dallarda tutulum izlenmeyen 40 yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

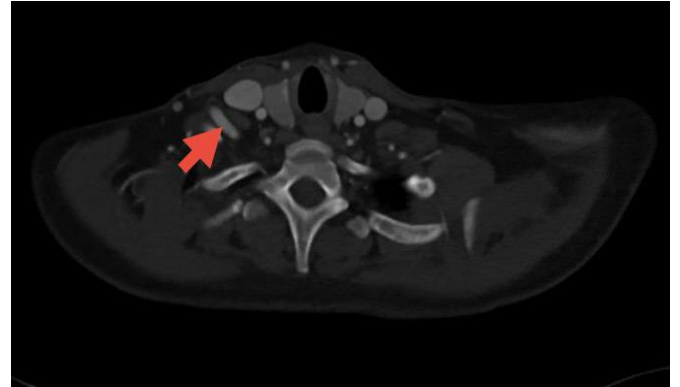
Yöntem: Hasta, bir yıl içinde iki kez sağ kolda soğukluk ve uyuşma şikayetiyle kalp damar cerrahisine başvurmuş, her iki başvuruda da periferik arteriyel hastalık ön tanısıyla anjiyografi uygulanmıştır. Romatoloji polikliniğine yönlendirilen hastada detaylı sistemik sorgulama ve fizik muayene yapılmış, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri istenmiştir.

Bulgular: Fizik muayenede sağ üst ekstremitede radial ve ulnar nabızlar alınamamakta olup sağ elde >30 dakika süren sabah tutukluğu, geç iyileşen yaralar ve tırnaklarda geç uzama mevcuttu. Hastanın bilinen ek hastalığı bulunmamaktaydı. BT anjiyografide aort ve ana dallarında tutulum izlenmezken sağ aksiller arterde kontrast dolumu gözlenmedi. Akut faz reaktanları normal (eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein), otoimmün serolojiler (antinükleer antikor, romatoid faktör, antinötrofil sitoplazmik antikor) negatif bulundu. Bulgular izole büyük damar vaskülitini düşündürmekteydi.

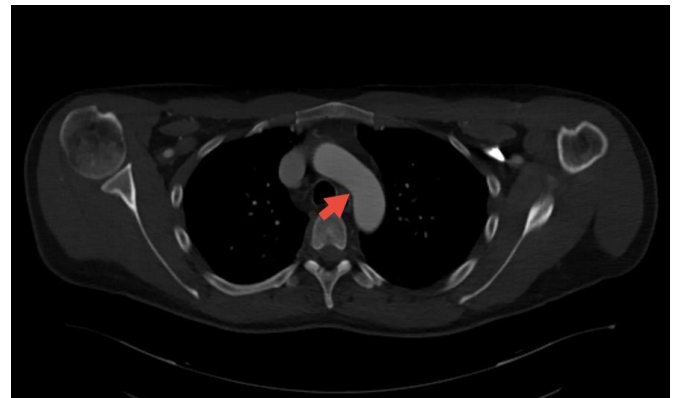
Sonuç: Aort tutulumu olmaksızın izole aksiller arter tutulumu gösteren bu olgu, büyük damar vaskülitlerinin erkek hastalarda da görülebileceğini ve tanının gecikebileceğini göstermektedir. Tekrarlayan üst ekstremitte iskemisi olan hastalarda yalnızca vasküler değil, romatolojik nedenler de mutlaka değerlendirilmelidir. Erken tanı ve tedavi ile iskemik komplikasyonların önüne geçmek mümkündür.



Resim 1. Sağ aksiller arterde kontrast dolumu izlenmemiştir (sarı ok). Sol aksiller arter ve derin dallarında kontrast dolumu izlenmektedir (kırmızı ok).



Resim 2. Sağ subklavian arterde kontrast dolumu normal izlenmiş olup arterit bulguları izlenmemektedir (kırmızı ok).



Resim 3. Arkus aortada belirgin vaskülit ile uyumlu bulgular izlenmemektedir.

ANİ GELİŞEN EKSTREMİTE İSKEMİSİYLE PREZENTE OLAN NADİR BİR VASKÜLİT: POLİARTERİTİS NODOSA

Tuğçe Taşkan Doğan, Ezgi Dalğış, Gülşah Yamanca

Fırat Üniversitesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: PAN (Poliarteritis Nodosa), küçük ve orta çaplı arterleri tutan nekrotizan bir vaskülitir. Genellikle sistemik bulgularla seyreden hızlı tanı ve müdahale gerektiren nadir ancak ciddi bir vaskülitir. Cilt, böbrek, kas-iskelet, sinir gastrointestinal sistem bulgularıyla seyredebilir.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta, 3 haftadır süren yaygın artralji, iştahsızlık, belirgin kilo kaybı (yaklaşık 5 kg) ve gece terlemeleri şikayetleri ile başvurdu. Hastanın bilinen sistemik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Yapılan ilk değerlendirmede, **C-reaktif protein (CRP): 200 mg/L, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 95 mm/saat** olarak saptandı. Hastanın gönderilen romatolojik tetkikleri negatif idi. Akut faz yanıtının belirgin yüksekliği nedeniyle ileri tetkik amacıyla hastaneye yatırıldı. Malignite dışlanması için yapılan boyun, toraks ve batin görüntülemelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

Enfeksiyon hastalıkları değerlendirmesi sonrası enfektif odak (özellikle endokardit) saptanmadı. Takip sürecinde hastanın her iki ayak bileğinde ani başlayan şiddetli ağrı, soğukluk ve solukluk gelişti.

Fizik muayenede dorsalis pedis ve tibialis posterior arter nabızları palpe edilemiyordu. Acil yapılan alt ekstremitte Doppler ultrasonografide bilateral dorsalis pedis arter ve düzeyinde total oklüzyon saptandı. Hastaya kalp damar cerrahisi tarafından acil **tromboembolektomi** uygulandı. Ancak çıkarılan pıhtı minimaldi ve iskemik tabloyu açıklamakta yetersiz kaldı. Klinik bulgular, orta çaplı arter tutulumunu desteklediğinden PAN ön tanısıyla yüksek doz intravenöz metilprednizolon, siklofosfamid tedavisi başlandı.

Tedaviye rağmen iskemik ilerleme durdurulamadı (Resim 1) ve bilateral **diz altı amputasyon** uygulandı. Ampute ekstremitelere ait patoloji sonucunda **nekrotizan vaskülit ile uyumlu bulgular** raporlandı. Ameliyat sonrası akut faz yanıtlarında belirgin gerileme izlendi. Hastanın idame tedavisine **mikofenolat mofetil** ile devam edilmektedir.

Sonuç: Bu olgu, PAN'nın klasik sistemik bulguların yanı sıra **ani gelişen ekstremitte iskemisi** gibi nadir ancak hayatı ve ekstremiteleri tehdit eden klinik formlarla prezente olabileceğini göstermektedir. Pıhtıya benzer tabloyla başvuran ancak tromboembolik nedenlerle açıklanamayan iskemilerde vaskülit mutlaka akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve immünsüpresif tedavinin hızla başlanması, amputasyon gibi geri dönüşsüz komplikasyonları önlemek için kritik öneme sahiptir. Bu olgu, PAN'ın nadir görülen ama **agresif periferik damar tutulumuna** dikkat çekmekte ve vaskülitin ayırıcı tanıda erken değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır.



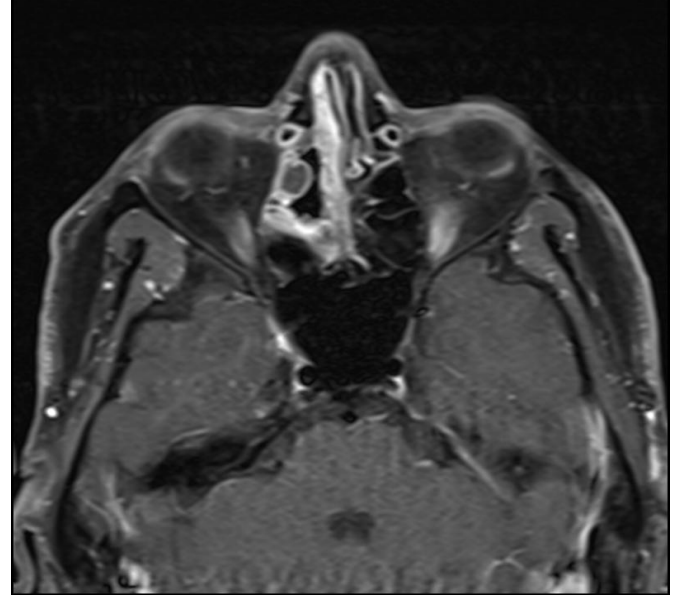
Resim 1. Alt ekstremitelerde bilateral kritik iskemik görünümü

Giriş: Granülomatöz polianjit (GPA), daha önceleri Wegener granülomatozu olarak adlandırılan, küçük ve orta boy kan damarlarını etkileyen bir otoimmün vaskülitir (1). GPA sinüsler, burun, boğaz, akciğer ve böbrek dahil olmak üzere çeşitli organları tutabilir ve genellikle rinit, kronik otitis media, pnömoni veya glomerülo nefrit şeklinde ortaya çıkar. Oftalmik tutulum hastaların %40 kadarında kadar görülebilir (2) ve çoğunlukla ön segmenti etkiler (2–5). Nadir olmakla birlikte, optik sinir de etkilenebilir; bu genellikle granülomatöz lezyonlar veya sinüslerden iltihabın doğrudan yayılması nedeniyle olur (2).

Olgu: 1 senedir olan burun akıntısı ve baş ağrısı için Kulak Burun Boğaz polikliniği'ne başvuran 27 yaşında erkek hastanın orada yapılan fizik bakışı sonucunda inverted papillom öntanısı ile operasyon kararı alınarak sol maxiller sinus cerrahisi yapılmış. İntraoperatif görünümü mantar topu ile uyumlu olan kitle eksize edilmiş patoloji sonucu da hif yapıları içeren mantar enfeksiyonu ile uyumlu gelmesi üzerine Enfeksiyon Hastalıkları tarafından hastaya vorikonazol 200 mg tb 2x1 başlanmıştır. Tedavi başlangıcından 1 ay sonra görmeye bulanıklık olunca göze danışılmış. Orbita mrg ve vep istenmiş. Orbita mrg de bilateral optik nörite ilave olarak sağ maksiller sinüs duvarlarında, sağda etmoid sellülerde inflamatuvar sinyal artışları olup ayırıcı tanıda Wegener düşünülebilir denmesi üzerine hasta Romatoloji Polikliniği'ne yönlendirilmiş. Hastanın romatolojik sorgulaması optik nörit dışında normaldi. Görmeye hafif bulanıklık tarif ediyordu. Fizik muayenesinde sağ koldan ölçülen kan basıncı 130/90 sol koldan 120/80 mmHg idi. Yapılan KBB fizik bakışında nazal kavitede bilateral yoğun krutlanma görüldü.

Laboratuvar da Hb: 14.9 gr/dl, wbc: 8140 k/ul, nöt: 4750 k/ul, plt: 414.000 k/ul, kreatinin 0.95 mg/dl, ALT: 13 u/l, CRP <3.14 mg/l, sedimentasyon hızı 9 mm/saat idi. Çekilen üst ekstremité arteriyel doppler usg her iki brakial ulnar ve radial arterde akselerasyon zamanı azalmış, piksistolik sivrileşme artmış ve diastolik akımlar test dönmüştür (Wegener tutulumuna sekonder artmış direnç ?) olarak raporlandı. Dış merkeze gönderilen PR3 ANCA ve MPO ANCA titreleri normal aralıkta olmasına rağmen optik sinir nazal ve arteriyel tutulum şeklinde multiorgan tutulumu olması nedeniyle GPA tanısı koyuldu. Devam eden antifungal tedavisi nedeniyle Enfeksiyon Hastalıkları ile görüşerek kiloya 0.5 mg dan metilprednizolon tedavisi (24 mg/gün) başlandı. Antifungal tedavi bitiminde 2 g/kg dozunda azatiopurin tedavisi planlandı.

Sonuç: GPA böbrek, akciğer gibi diğer tutulumları olmadan olgumuzda da görüldüğü gibi sadece optik sinir tutulumu ve nazal krutlanma ile prezente olabilir. ANCA'nın negatif olması tanıyı değiştirmez. Atipik sunumlu GPA'ya bağlı optik nörit olgularında, sistemik inflamasyonun diğer klinik, görüntüleme ve laboratuvar bulgularını yakalamak önemlidir.



Resim 1. Bilateral Optik Nörit



Resim 2. Panazal BT de Nazal Tutulum

Kaynaklar:

- 1.Comarmond C, Cacoub P. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener): clinical aspects and treatment. *Autoimmun Rev.* (2014) 13:1121–5.
- 2.Yang MK, et al. Ophthalmic manifestations and visual outcomes of granulomatosis with polyangiitis: a retrospective multicentre study in Korea. *Eye.* (2023) 37:1302–7.
- 3.Asin MAP-J, et al. Ocular involvement in granulomatosis with polyangiitis: a single-center cohort study on 63 patients. *Autoimmun Rev.* (2019) 18:493–500.
- 4.Mei L, Wang L, Yan H. Updates of ocular involvement in granulomatosis with polyangiitis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* (2023) 261:1515–23.

KIKUCHİ-FUJİMOTO MU, SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZ MU? YOKSA HER İKİSİ Mİ?

Ahmet Bulut, Gülşah Yamancan

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

Giriş: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı (KFH), genellikle genç erişkin kadınlarda görülen nekrotizan lenfadenit ile karakterize, kendini sınırlayan nadir ve benign bir hastalıktır. Ateş, gece terlemesi ve tipik olarak servikal lenfadenopati ile başlar; histopatolojisinde parakortikal nekroz, karyorektik debris ve plazmasitoid dendritik hücre infiltrasyonları rol oynar. Etiyolojisi tam aydınlatılamamış olmakla birlikte viral enfeksiyon ve otoimmün süreçlerin neden olduğu öne sürülmektedir.

Kikuchi-Fujimoto Hastalığı'nın Sistemik Lupus Eritematoz (SLE) ile birlikteliği literatürde giderek daha fazla bildirilmektedir. Tedavisi, semptomların şiddeti ve SLE ile birlikte olup olmamasına göre değişiklik gösterir. Çoğu olgu 1-4 ay içinde spontan geriler. Şiddetli semptomlarda veya SLE'nin akut alevlenmelerinin varlığında, immünsupresif ajanların ve sistemik kortikosteroidlerin kullanımı belirgin ölçüde fayda sağlar.

Olgu: 19 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü ve düzenli ilaç kullanımı olmayan kadın hasta, son 3 aydır devam eden artralji, gece terlemesi, ateş, kilo kaybı, öksürük yakınmaları ile polikliniğe başvurdu. Yapılan muayenesinde; inspeksiyonda malar rash, servikal bölgede palpabl lenfadenopatiler ve akciğer oskültasyonunda bazallerde ince rallerle rastlandı. Servikal lenf bezinden yapılan eksizyonel biyopsi patoloji sonucu Kikuchi-Fujimoto Hastalığı ile uyumlu geldi. Tetkiklerinde Ana ve Anti-dsDNA sonucu pozitif, C-reaktif protein (CRP): 48 mg/L, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 80 mm/saat, Lökosit: 2.800 /mm³, Hemoglobin (Hb): 8.0 g/dL idi. Bu bulgular doğrultusunda hastaya SLE tanısı da konuldu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde pnömoni ile uyumlu infiltrasyonları olan hasta yatırılarak antibiyotik tedavisine ek olarak yüksek doz intravenöz metilprednizolon ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Klinik iyileşme ve pnömoninin gerilemesi üzerine hasta, hidrksiklorokin ve oral metilprednizolon tedavisiyle

taburcu edildi. Siklofosfamid tedavisi toplam 3 gram olacak şekilde planlandı. Taburculuktan bir ay sonra yapılan poliklinik kontrolünde akut faz reaktanlarında belirgin gerileme ve hematolojik parametrelerde düzelme saptandı. Kontrol toraks BT'de pnömonik infiltrasyonların tamamen kaybolduğu gözlemlendi ve ikinci kür siklofosfamid tedavisi verildi. Hasta halen poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Sonuç: Ateş, gece terlemesi ve servikal lenfadenopati ile başvuran genç kadın hastalarda KFH mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Özellikle otoimmün belirteçleri pozitif olan olgularda, eşlik eden SLE varlığı açısından dikkatli olunmalıdır. Lenf nodu biyopsisi, tanıyı kesinleştirmede kritik rol oynamakta olup, gereksiz agresif tedavilerin önüne geçilmesini sağlar. Literatürdeki veriler, KFH olgularının %3-30'unda eş zamanlı SLE tanısı olduğunu, SLE tanısı almamış KFH hastalarının ise %31-36'sında ilerleyen dönemde SLE gelişebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, KFH tanısı alan hastalar uzun dönem immünolojik açıdan dikkatle izlenmelidir.

Kaynaklar:

1. Lee SJ et al. Kikuchi disease and its association with systemic lupus erythematosus: systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2022; 41(3):647-656.
2. Pubmed World J Clin Cases . 2023 Jun 6; 11(16):3664-3679. DOI: 10.12998/wjcc.v11.i16.3664.



Doğu Anadolu Romatoloji Derneği

Sütlüce Mah. Küme Evler No:3 Elazığ
info@daromatoloji.com
www.devent.com.tr

Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon
İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5/25
Bay Plaza Kat:12 34752 Ataşehir / İstanbul
0216 573 18 36 kongre@devent.com.tr
www.devent.com.tr