TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

5 Konya Romatoloji Sempozyumu

12-14 Eylül 2025

Dedeman Konya Hotel, Konya

www.konyaromatoloji.org

/ konyaromatoloji



BİLİMSEL SEKRETERYA

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

W: www.romatoloji.org
E: info@konyaromatoloji.org

ORGANİZASYON SEKRETERYASI

COIN CONGRESS & INCENTIVE www.cointurizm.com

COIN Turizm Kongre Organizasyon ve Danışmanlık A.Ş.
Hilal Mah. 694. Sok. No:7/2 Çankaya / ANKARA
Url: www.cointurizm.com
E-mail: info@cointurizm.com
Tel: +90 312 577 12 46

İÇİNDEKİLER

DAVET 4

KURULLAR 5

BİLİMSEL PROGRAM 6

SÖZLÜ BİLDİRİLER 12

POSTER BİLDİRİLER 67

DAVET

Değerli meslektaşlarımız,

Türkiye Romatoloji Derneği tarafından düzenlenecek 5. Konya Romatoloji Sempozyumu'nun 12 – 14 Eylül 2025 tarihleri arasında Konya'da gerçekleştirileceğini ilan etmekten mutluluk duymaktayız.

Bilim dünyasındaki gelişmelere paralel olarak romatoloji alanındaki bilgi ve yenilikler de sürekli güncellenmektedir. 5. Konya Romatoloji Sempozyumu'nu da romatizmal hastalıklara ait konuların tartışılacağı konferanslar, paneller, "uzmanına danış" seansları, sözlü veya poster bildiri şeklindeki oturumlarla gerçekleştirmeyi planlıyoruz.

Romatoloji ve diğer ihtisas alanlarında uzman konuşmacılar tarafından romatizmal hastalıklardaki patogenez, klinik, tanı, ayırıcı tanı ve tedavi konularında güncel veriler ele alınacak ve moderatör hocalarımız başkanlığında meslektaşlarımız ile tartışılıp değerlendirilecektir. Uydu sempozyumlarında yeni tedavi ajanlarını yakından tanıma fırsatı bulacağız ve global tıp dünyasının romatoloji alanında geldiği noktayı hep birlikte değerlendireceğiz. Sempozyumumuzda işlenecek konuların başta iç hastalıkları ve romatoloji alanında uzmanlık öğrencileri ile yan dal uzmanlarına faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Bilimsel ve sosyal açıdan verimli bir toplantı olmasını ümit ettiğimiz etkinliğimizde sizleri ağırlamaktan mutluluk duyarız.

Sevgi ve saygılarımızla,

Prof. Dr. Adem KÜÇÜK
Sempozyum Eş Başkanı

Prof. Dr. Recep TUNÇ
Sempozyum Eş Başkanı

KURULLAR

SEMPOZYUM BAŞKANLARI

Prof. Dr. Adem KÜÇÜK *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*	**Prof. Dr. Recep TUNÇ** *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Sema YILMAZ *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bd. Konya*	**Doç. Dr. Soner ŞENEL** *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bd. Kayseri*
Prof. Dr. Ali ŞAHİN *Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bd. Sivas*	**Prof. Dr. Hilal ECESOY** *Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bd. Konya*
Prof. Dr. Funda LEVENDOĞLU *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Konya*	**Doç. Dr. Duygu KURTULUŞ** *Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR İstanbul*
Doç. Dr. Kemal EROL *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*	**Uzm. Dr. Emre BOZKURT** *Konya Numune Hastanesi, Romatoloji Konya*
Uzm. Dr. Alper KARAMAN *Konya Başkent Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Konya*	**Uzm. Dr. Muhammet LİMON** *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Mersin*
Uzm. Dr. Harun AYDEMİR *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*	**Uzm. Dr. Safiye BAKKAL** *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*
Uzm. Dr. Büşra VARMAN *Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Konya*	**Uzm. Dr. Selman PARLAK** *Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Konya*
Dr. Mustafa Çağrı ERGÜN *Konya Numune Hastanesi, Romatoloji Konya*	**Uzm. Dr. Serpil ERGÜLÜ EŞMEN** *Konya Şehir Hastanesi, Romatoloji Konya*
Uzm. Dr. Samet KARAHAN *İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji İzmir*	**Uzm. Dr. Tahir GÜLEN** *Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Trabzon*
Uzm. Dr. Ayşe ÜNAL ENGİNAR *Ordu Devlet Hastanesi, Romatoloji Ordu*	**Uzm. Dr. Saliha SUNKAK** *Kayseri Şehir Hastanesi, Romatoloji Kayseri*

KURULLAR

BİLİMSEL KURUL

Uzm. Dr. Dilek TEZCAN *Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Ankara*	**Uzm. Dr. Semral GÜLCEMAL** *Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Şanlıurfa*
Uzm. Dr. Selda HAKBİLEN *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*	**Uzm. Dr. Serkan TÜRKUÇAR** *Denizli Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri, Çocuk Romatoloji Denizli*
Uzm. Dr. Murat BEKTAŞ *İstanbul Üniversitesi,İstanbul Tıp Fakültesi Romatoloji Bd. İstanbul*	**Dr. Betül ERGÜN** *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*
Dr. Enes KESKİN *Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Romatoloji Konya*	**Doç. Dr. Koray AYAR** *SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bursa*

BİLİMSEL PROGRAM

12 EYLÜL 2025, CUMA	
08:00 – 12:00	**ROMATOLOJİ UZMANLARI İÇİN ALT EKSTREMİTE ULTRASON KURSU**
08:00 – 08:20	**Alt Ekstremite Ultrasonun Önemi** *Dr. Muhammed Çınar*
08:20 – 08:40	**Alt Ekstremite Kas Ultrasonu** *Dr. Salih Pay*
08:40 – 09:00	**Ayak Bileği Eklemi Ultrason Teknikleri** *Dr. Nevsun İnanç*
09:00 – 09:20	**Ayak Eklemi Ultrason Teknikleri** *Dr. Sibel Bakırcı*
09:20 – 09:40	**Diz Eklemi Ultrason Teknikleri** *Dr. Hakan Erdem*
09:40 – 10:00	**KAHVE ARASI**
10:00 – 12:00	**Alt Ekstremite Ultrasonu Pratik Uygulamalar** *Dr. Salih Pay, Dr. Muhammed Çınar, Dr. Nevsun İnanç, Dr. Sibel Bakırcı, Dr. Hakan Erdem*
12:00 – 13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**
13:00 – 13:10	**AÇILIŞ KONUŞMALARI** *Dr. Recep Tunç, Dr. Adem Küçük*
13:10 – 14:10	**PANEL: VASKÜLİT, İLİŞKİLİ HASTALIKLAR** **Oturum Başkanları:** *Dr. Sedat Kiraz, Dr. Yüksel Maraş, Dr. Ayşe Enginar* **- Primer Santral Sinir Sistemi Vaskülitlerine Romatolojik Yaklaşım** *Dr. Sevil Kamalı* **- ANCA İlişkili Vaskülitler İçin Aday Biyobelirteçler** *Dr. Nilüfer Alpay Kanıtez* **- IgG4 İlişkili Hastalıkta Tanı ve Tedavide Yeni Ne Var?** *Dr. Gezmiş Kimyon*
14:10 – 14:50	**UYDU SEMPOZYUM-1** **İnflamatuvar Artritlerin Tedavisinde Eskimeyen Dost; Remsima** **Oturum Başkanı:** *Dr. Sedat Kiraz* **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Remsima** *Dr. Hasan Göğebakan* **Romatoid Artrit Tedavisinde Remsima** *Dr. Berkan Armağan* CELLTRION
14:50 – 15:10	**KAHVE ARASI**
15:10 – 16:10	**DİĞER ROMATİZMAL HASTALIKLAR** **Oturum Başkanları:** *Dr. Göksal Keskin, Dr. Süleyman Serdar Koca, Dr. Didem Arslan* **- Sistemik Skleroz'da PAH Yönetimi ve Antifibrotik Tedavi Yaklaşımı** *Dr. Ali Akdoğan* **- Nadir İnflamatuar Hastalık (NIH) Konsepti ve NIH Yaklaşım** *Dr. Abdurrahman Tufan* **- FMF'te AA Amiloidozu: Başlamadan Önleyebilir Miyiz?** *Dr. Serdal Uğurlu*

16:10 – 17:10	**ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA KİME NASIL TEDAVİ?** **Oturum Başkanları:** *Dr. Ayşe Cefle, Dr. Halil Zeki Tonbul, Dr. Hamide Kart Köseoğlu* **- Hiperürisemi olmadan Gut: Yeni Bir Klinik Alt Tür mü?** *Dr. Lütfi Akyol* **- Biyobenzerler ve Biyolojik ürünler: Uzun Vadeli Etkililikte Gerçekten Eşdeğerler mi?** *Dr. Emre Bilgin* **- Lupus'ta Kompleman Sistemini Hedeflemek: Kompleman İnhibitörlerine Hazır mıyız?** *Dr. Neslihan Yılmaz*
17:10 – 17:20	**KAHVE ARASI**
17:20 – 18:00	**UYDU SEMPOZYUM-2** **Simponi ile 10 Yılda Tedavide Sağ Kalım & Radyografik Yanıtın İzleri** **Oturum Başkanı:** *Dr. Süleyman Özbek* **Konuşmacılar:** *Dr. Sibel Bakırcı, Dr. Emine Duygu Ersözlü* Johnson&Johnson Innovative Medicine
18:00 – 18:30	**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU – 1** **Oturum Başkanları:** *Dr. Selman Parlak, Dr. Mustafa Çağrı Ergün, Dr. Büşra Varman*
18:00 – 18:05	**SS-001** Romatoid Artrit Hastalarında İlaç ve Egzersiz Uyumunu Belirleyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma ***Dr. Büşra Varman***
18:05 – 18:10	**SS-002** Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında Apendektomi Öyküsü Neyi İfade Ediyor? ***Dr. Özlem Kılıç***
18:10 – 18:15	**SS-003** Romatoid Artrit Hastalarında HALP Skorunun Hastalık Prognozu ve Biyolojik İlaç Kullanımına Etkisi ***Dr. Özlem Karakaş***
18:15 – 18:20	**SS-004** Romatoloji Polikliniğinden Miyopati Ön Tanısı ile EMG'ye Yönlendirilen Hastalarda Demografik, Laboratuvar ve EMG Bulgularının Analizi ***Dr. Hasan Kara***
18:20 – 18:25	**SS-005** Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrısı Olan Hastalarda Ağrıyı Başlatan Faktörlerin Değerlendirilmesi ***Dr. Dilek Baday Keskin***
18:25 – 18:30	**SS-006** Geriatrik Dönem Romatoid Artrit Hastalarında DAS28 ile Malnutrisyon ve Depresyon İlişkisi ***Dr. Muhammet Limon***
18:30 – 18:35	**SS-007** Bağ Dokusu Hastalıklarına Bağlı İAH'da Nintedanib Kullanımı: Gerçek Yaşam Verileriyle Klinik Deneyimimiz ***Dr. Tuğba Kahraman Denizhan***
18:35 – 18:40	**SS-008** Türkiye'de Ankilozan Spondilit Hakkında Dijital Bilgi Arama Eğilimleri: Google Trends Verilerinin Analizi (2015–2025) ***Dr. Büşra Varman***
18:40 – 18:45	**SS-009** Granülomatöz Polianjit Hastalarında Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksinin Prognostik Rolü ***Dr. Zehra Karaman Ongun***

18:45 – 18:50	**SS-010** 2001–2025 Yılları Arasında Osteoartrit Tedavisinde Kök Hücre Uygulamalarına Yönelik Bilimsel Yayınların Bibliyometrik Analizi ***Dr. Lütfiye Parlak***

13 EYLÜL 2025, CUMARTESİ	
08:15 – 09:15	**TUTULUM BÖLGESİNE GÖRE ROMATİZMAL HASTALIKLAR** **Oturum Başkanları:** *Dr. Vedat Hamuryudan, Dr. Nevsun İnanç, Dr. Ali Şahin* **Romatoloijik Hastalık ve İntestinal Tutulum** *Dr. Metin Başaranoğlu* **Romatoloijik hastalıklarda göz tutulumu** *Dr. Müge Pınar Çakar Özdal* **Romatoloijik hastalıklarda cilt tutulumu** *Dr. Fatma Aslı Hapa*
09:15 – 09:30	**KAHVE ARASI**
09:30 – 10:10	**UYDU SEMPOZYUM-3** **Romatoid Artritin Tedavisinde Standart ve Sonrası** **Oturum Başkanı:** *Dr. Soner Şenel* **Romatoid Artritin Tedavisinde Bio-Naif Hastada HUMIRA** *Dr. Müge Aydın Tufan* **Romatoid Artritin Tedavisinde İlk TNFi Yetersizliğinde RINVOQ** *Dr. Adem Ertürk* abbvie
10:10 – 11:10	**PSÖRİATİK ARTRİT – 1** **Oturum Başkanları:** *Dr. Ahmet Omma, Dr. Emine Figen Tarhan, Dr. Aykut Selami Temiz* **PsA'da HLA ve Non-HLA Genetik Biyobelirteçler** *Dr. Umut Kalyoncu* **PsA'da Daktilit ve Entezit: Farklı Patofizyolojik Varlıklar mı?** *Dr. Meryem Can* **PsA'da Kemik İliği Ödemi: Yapısal Hasarın Habercisi mi Yoksa Geri Dönüşümlü Bir Olgu mu?** *Dr. Berna Yurttaş*
11:10 – 11:20	**KAHVE ARASI**
11:20 – 12:00	**UYDU SEMPOZYUM-4** **Spondiloartropati Yönetiminde Secukinumab Etkililiği ve Güvenliliği** **Oturum Başkanı:** *Dr. Sedat Kiraz* **Konuşmacılar:** *Dr. Berkan Armağan, Dr. Sevinç Can Sandıkçı* FARMANOVA
12:00 – 13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**
13:00 – 14:00	**PSÖRİATİK ARTRİT – 2** **Oturum Başkanları:** *Dr. Murat Turgay, Dr. Ayten Yazıcı, Dr. Hilal Ecesoy* **IL-17 İnhibitörleri mi, IL-23 İnhibitörleri mi? Hangisini ve Ne zaman Seçmeli?** *Dr. Dilek Solmaz* **Biyolojiklerin Ötesinde: PsA Tedavisinde JAK İnhibitörleri ve TYK2 İnhibitörleri** *Dr. Melih Pamukçu* **PsA'da İkili Biyolojik Tedavi: Gelecek, Kombinasyon Tedavisinde mi?** *Dr. Gökhan Sargın*
14:00 – 14:10	**KAHVE ARASI**
14:10 – 14:50	**UYDU SEMPOZYUM-5** **Romatoid Artrit Tedavisinde Barisitinib ve Psöriyatik Artrit Tedavisinde Ixekizumab Etkililik ve Güvenlilik Verileri**

BİLİMSEL PROGRAM

	Oturum Başkanı: *Dr.Yusuf Karabulut* **Konuşmacılar:** *Dr. Emrah Koç, Dr. İsmail Uçar*
14:50 - 15:00	**KAHVE ARASI**
15:00 – 15:40	**UYDU SEMPOZYUM-6** **Romatizmal Hastalıkların Tedavisinde Fark Yaratan Seçenek** **Oturum Başkanı:** *Dr. Yusuf Karabulut* **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Adalimumab** *Dr. Mete Kara* **Romatoid Artrit Tedavisinde Adalimamumab** *Dr. Mete Pekdiker*
15:40 – 16:40	**SPONDİLOARTRİTLERDE TANI TEDAVİ – 1** **Oturum Başkanları:** *Dr. Servet Yolbaş, Dr. Ali İhsan Ertenli, Dr. Nedim Selçuk Yılmaz* **Sakroiliitsiz Aksiyel Spondiloartrit: Yeni Bir Klinik Alt Küme mi?** *Dr. Servet Akar* **AS HLA-B27'nin ötesinde: Genetik ve Biyomarker Keşiflerinin Yeni Nesli** *Dr. Levent Kılıç* **AS Görüntülemede Yeni Sınırlar: Tüm Vücut MRI'ı Erken Teşhisi Geliştirebilir mi?** *Dr. Ahmet Karataş*
16:40 – 17:00	**KAHVE ARASI**
17:00 – 18:00	**SPONDİLOARTRİTLERDE TANI TEDAVİ – 2** **Oturum Başkanları:** *Dr. Fatoş Önen, Dr. Emel Gönüllü, Dr. Atalay Doğru* **Biyolojiklerin Ötesinde: Kinaz İnhibitörleri AS Yönetiminde Yeni Bir Dönem mi?** *Dr. Duygu Tecer* **AS'de IL-17 ve IL-23'ün Rolü: Daha Erken Hedeflemeli miyiz?** *Dr. Hamit Küçük* **Periferik ve Aksiyel Tutulumlu AS Hastasında Tedavide Ne Gibi Farklılıklar Var?** *Dr. Suade Özlem Badak*
18:00 – 19:00	**SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 2** **Oturum Başkanları:** *Dr. Fatih Sarıtaş, Dr. Oğuz Gürler, Dr. Serpil Ergülü Eşmen*
18:00 – 18:05	**SS-011** Otoenflamasyonun Yeni Yüzü: Ailevi Akdeniz Ateşi'nde Serum TWEAK Düzeylerinin Klinik Önemi ve Hastalık Aktivitesi ile İlişkisi ***Dr. Şerife Çoşkun Sağırkaya***
18:05 – 18:10	**SS-012** Sistemik Lupus Eritematozus İlişkili Üveit ***Dr. Utku Şentosun***
18:10 – 18:15	**SS-013** Antinötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) İlişkili Vaskülitler Dışındaki Hastalıklarda ANCA Pozitifliği ***Dr. Sümeyra Atçı Ufacık***
18:15 – 18:20	**SS-014** Dev Hücreli Arterit ve Polimiyalji Romatika birlikteliği; Tek Merkez Retrospektif Deneyim ***Dr. Gül Sandal Uzun***

18:20 – 18:25	**SS-015** Romatoid Artrit'e Bağlı İnterstisyel Akciğer Hastalığı'nda Cinsiyete Göre Farklılıklar ***Dr. Zehra Özsoy***
18:25 – 18:30	**SS-016** ANCA ile İlişkili Renal Vaskülitte DANGER Skoru ile Mortalite Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi ***Dr. Pınar Akyüz Dağlı***
18:30 – 18:35	**SS-017** Romatizmal Akciğer Hastalıklarında Nintedanib Kullanımına Yönelik Yayınların Bibliyometrik Analizi ***Dr. Selman Parlak***
18:35 – 18:40	**SS-018** Nöral Terapi ile Akupunktur Uygulanan Fibromiyalji Sendromlu Hastalarin Retrospektif Analizi ***Dr. Melek Aykut Selçuk***
18:40 – 18:45	**SS-019** Nadir Bir Hastalık Olan Tekrarlayan Polikondrit Hastaların Özellikleri; Tek Merkez Deneyimi ***Dr. Ezgi Çimen Güneş***
18:45 – 18:50	**SS-020** Dev Hücreli Arteritte Tanı Anında Anevrizma Tespit Edilen Hastalar En Mortal Grubu Mu Oluşturuyor? Tek Merkez Deneyimi ***Dr. Elif Akyazı Şener***
18:50 – 18:55	**SS-021** Romatoid Artrit Hastalarında Disfaji Sıklığının EAT-10 Testi ile Değerlendirilmesi ***Dr. Zeynep Tüzün***
18:55 – 19:00	**SS-022** Türkiye'de 10 Yıllık Google Trends Verilerinin İncelenerek Gut Hastalığı ile İlgili Arama Verilerinin Analiz Edilmesi ***Dr. Betül Ergün***
19:00 – 19:05	**SS-023** Türkiye ve Dünyada Büyük Damar Vaskülitleri ile İlgili 2014-2024 Yılları Arası Google Trends Arama Verilerinin Analizi ***Dr. Mustafa Çağrı Ergün***
19:05 – 19:10	**SS-024** Hedefe Yönelik JAK İnhibitörü veya Anti-TNF Tedavileri Alan Romatoid Artrit Hastalarında Subklinik Derin Ven Trombüs Varlığının Araştırılması ***Dr. Gülşah Soytürk***

BİLİMSEL PROGRAM

14 EYLÜL 2025, PAZAR	
08:30 – 09:30	**ROMATOİD ARTRİTTE TANI VE TEDAVİ – 1** **Oturum Başkanları:** *Dr. Şükran Erten, Dr. Taşkın Şentürk, Dr. Timuçin Kaşifoğlu* **RA'da Epigenetik Terapi: İmmünsüpresyon Olmadan Enflamasyonu Yeniden Programlayabilir miyiz?** *Dr. Önay Gerçik* **Otoantikorların Yokluğunda RA: Ne Kaçırıyoruz?** **Konuşmacı:** *Dr. Orhan Zengin* **RA' da Fibroblast Aktivasyonunun Rolü: Bağışıklık Sistemini Hedeflemek Yerine Sinoviyal Fibroblastları Hedefleyebilir miyiz?** *Dr. Bengisu Aslan*
09:30 – 09:40	**KAHVE ARASI**
09:40 – 10:25	**ROMATOİD ARTRİTTE TANI VE TEDAVİ – 2** **Oturum Başkanları:** *Dr İsmail Doğan, Dr. Sercan Gücenmez, Dr. Abdulsamet Erden* **RA'da Kronoterapi: İlaçları Maksimum Etkinlik İçin Zamanlayabilir miyiz?** *Dr. Duygu Kurtuluş* **RA ve Kardiyovasküler Risk: Geleneksel Risk Skorları Tehlikeyi Küçümsemekte mi?** *Dr. İpek Türk* **RA'da Yapay Zeka: Alevlenmeleri Olmadan Önce Tahmin Etme – Hassas Tedavi İçin Makine Öğrenimi Modelleri** *Dr. Hakan Babaoğlu*
10:25 – 10:35	**KAHVE ARASI**
10:35 – 11:20	**PEDİATRİK ROMATOLOJİK HASTALIKLAR** **Oturum Başkanları:** *Dr.Müşerref Kasap Cüceoğlu, Dr. Yaşar Karaaslan, Dr. Koray Ayar* **JİA'nın Uzun Vadeli Sonuçları: Erken Biyolojik Kullanımı Prognozu Değiştiriyor mu?** *Dr. Özge Altuğ Gücenmez* **Sistemik JİA'da Makrofaj Aktivasyon Sendromu: Erken Teşhis İçin Yeni Biyomarkerler** *Dr. Betül Sözeri* **Kolşisin dirençli FMF: Sonraki Tedavi Seçenekleri Nelerdir?** *Dr. Nuray Aktay Ayaz*
11:20 – 12:05	**ÖZEL DURUMLARDA TEDAVİ (Akılcı İlaç Oturumu)** **Oturum Başkanları:** *Dr. Fatma Alibaz Öner, Dr. Mustafa Turgut Yıldızgören, Dr. Ahmet Merih Birlik* **RA' da Optimum MTX Dozu Ne Olmalı?** *Dr. Mehmet Engin Tezcan* **Kanser Riski Taşıyan Romatizmal Hastalarda Tedavi** *Dr. Veli Yazısız* **Behçet Hastalığında Oral Aftın Tedavisine Yaklaşım** *Dr. Gülen Hatemi*
12:05 – 14:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[SS-001]

Romatoid Artrit Hastalarında İlaç ve Egzersiz Uyumunu Belirleyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma

Ramazan Yılmaz[1], Savaş Karpuz[1], İlhan Çağlar Kaya[1], Büşra Varman[2], Selman Parlak[2], Raikan Büyükavcı[1], Lütfiye Parlak[3], Halim Yılmaz[1]
[1]Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği
[2]Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği
[3]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD

Amaç: Bu çalışmada, romatoid artrit (RA) hastalarında ilaç uyumunu ve buna etki eden faktörleri değerlendirmeyi; ayrıca nonfarmakolojik tedavinin bir bileşeni olarak hastalara ev egzersiz programlarının uygulanma sıklığını ve uyum düzeyini araştırmak amaçladı.
Yöntem: Bu prospektif kesitsel çalışmaya, Şubat 2024 – Temmuz 2025 tarihleri arasında romatoloji ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran, ardışık olarak seçilmiş 125 RA hastası (ortalama yaş: 56,5 ± 11,4 yıl) dâhil edildi. İlaç uyumu, Medical Adherence Report Scale (MARS) ve Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ile değerlendirildi. Reçete edilen egzersizlere uyum ise Exercise Adherence Rating Scale (EARS) ile ölçüldü. İlişkili klinik, fonksiyonel ve psikolojik değişkenler korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizleri ile incelendi.
Bulgular: MARS'a göre hastaların %79'unda, MMAS'a göre ise %64'ünde yüksek ilaç uyumu saptandı. Katılımcıların %30'unda depresif semptomlar (BDI >=17) mevcuttu ve Health Assessment Questionnaire (HAQ) puanları orta düzeyde yetersizlik ile uyumduydu. Regresyon analizi, yüksek ağrı düzeyinin (VAS-ağrı), artmış yorgunluğun (VAS-yorgunluk) ve fonksiyonel yetersizliğin (HAQ) bağımsız olarak düşük ilaç uyumu ile ilişkili olduğunu ortaya koydu ($p < 0.05$). Dikkat çekici olarak, hastaların yalnızca %10'una ev egzersiz programı önerilmişti ve bu hastalarda EARS ile ölçülen uyum düşük bulundu. Korelasyon ve regresyon analizlerinde egzersiz uyumu ile klinik veya demografik değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmadı.
Sonuç: Ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel kısıtlılık, RA hastalarında ilaç uyumunun önündeki önemli engellerdir. Egzersiz tedavisinin nonfarmakolojik tedavinin önemli bir bileşeni olmasına rağmen, düşük reçete edilme oranı ve düşük hasta uyum düzeyi, RA yönetiminde nonfarmakolojik stratejilere daha fazla önem verilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, ilaç uyumu, egzersiz

[SS-002]

Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarında Apendektomi Öyküsü Neyi İfade Ediyor ?

Özlem Kılıç
SB Üniversitesi, Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Ankara

Arka plan/Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşinde (AAA) peritonit atakları genellikle acil servis başvurularına neden olur. Tipik bir peritonit atağını akut karının cerrahi nedenlerinden ayırmak zordur. Bu nedenle, özellikle apendektomi olmak üzere abdominal cerrahi öyküsü AAA hastalarında çok yaygındır. Ancak, apendektomi öyküsü aynı zamanda AAA'nın erişkinlikteki seyri hakkında bazı ipuçları da verebilir. Bu çalışma, apendektomi öyküsünün AAA'nın erişkinlikteki hangi faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymak için yapıldı.
Gereç ve Yöntemler: Tersiyer bir romatoloji merkezinde retrospektif çalışma yürütüldü. Tel Hashomer kriterlerini karşılayan 221 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, AAA hastalık özellikleri, eşlik eden hastalıklar, geçmiş tıbbi öykü, hastalık komplikasyonları, laboratuvar özellikleri ve genotip verileri hasta dosyalarından alındı. Hastalar apendektomi öyküsü olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı ve karşılaştırmalı analizler yapıldı.
Bulgular: Apendektomi öyküsü 44 (%19,9) hastada mevcuttu. Apendektomili hastalarda hastalık süresi daha uzun, hastalık başlagıç ve tanı yaşı daha erkendi (p<0,05). Atak özelliklerini karşılaştırdığımızda ateş, plörit, artrit, erizipel benzeri eritem, ve ishal apendektomili hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). Apendektomili hastalar son bir yılda neredeyse iki kat daha sık atak bildirmişlerdi (p<0,001). Apendektomili hastalarda hastalık şiddet skorları daha yüksekti (p<0,001). Apendektomi hastaları hastalığı kontrol altına almak için daha yüksek günlük kolşisin dozları kullanmışlardı (p<0,001). Yeni tanı kolşisin direnci ve kolşisin direnci nedeniyle biyolojik tedavi kullanımı apendektomi olan hastalarda daha yaygındı (p <0,001) (tablo 1). Apendektomi olan hastalarda son kontrollerinde sedimentasyon, CRP, ve fibrinojen daha yüksek lenfosit ise daha düşük saptandı (p<0,05) (tablo 2). Apendektomi öyküsü ile ilişkili klinik özellikleri araştırmak için yapılan lojistik regresyon analizinde ailede AAA öyküsü, homozigot mutasyon varlığı, ebeveyn akrabalığı, kolşisin direnci nedeniyle biyolojik tedavi kullanımı, son 1 yıldaki atak sayısının fazla olması ilişkili faktörler olarak belirlendi (tablo 3).
Sonuç: Apendektomi öyküsü AAA hastalarında yaygındır. Erişkinlikte sık ataklar ve farklı bölge tutulumlarıyla ilişkilidir. Bu hastalar erişkinlikte daha fazla kolşisin dozları ve biyolojik tedaviye ihtiyaç duyarlar. Apendektomi öyküsü olan hastaların düzenli takibi ve ilaç doz optimizasyonlarının sağlanması komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, Apendektomi, Kolşisin direnci

Tablo 1 Apendektomi olan ve olmayan grupların klinik özellikler

Parametreler	Apendektomi olan (n=44)	Apendektomi olmayan (n=177)	p
Yaş, yıl*	34,5 (15,5)	32 (20,5)	0,995
Semptom başlangıç yaşı, yıl*	7 (6)	17 (18)	<0,001
Tanı yaşı, yıl*	14,5 (14)	20 (16)	0,001
Hastalık süresi, yıl*	17,5 (16)	12 (12,5)	0,002
Semptomdan tanıya kadar geçen süre, yıl*	4 (9,7)	2 (7)	0,104
VKI**	25,3±4,5	24,5±4	0,255
İş kolunda çalışma durumu, n (%)	39 (88,6)	115 (65)	0,002
Semptom başlangıcı <=7 yıl, n (%)	29 (65,9)	42 (23,7)	<0,001
Komorbidite, n (%)	15 (34,1)	45 (25,4)	0,247

Cinsiyet, kadın, n (%)	22 (50)	117 (66.1)	0,048
Halen sigara içme durumu, n (%)	18 (40,9)	56 (31,6)	0,244
Ailede AAA öyküsü, n (%)	43 (97,7)	130 (75,1)	<0,001
Ebeveyn akrabalığı, n (%)	19 (43,2)	40 (22,6)	0,006
Klinik bulgular, n (%)			
Peritonit	42 (95,5)	164 (92,7	0,509
Plörit	31 (70,5)	66 (37,3)	<0,001
Ateş	44 (100)	152 (85,9)	0,008
Artrit	22 (50)	38 (21,5)	<0,001
Febril miyalji	17 (38,6)	47 (26,6)	0,114
Erizipel benzeri eritem	29 (65,9)	53 (29,9)	<0,001
İshal	23 (52,3)	38 (21,5)	<0,001
Amiloidoz, n (%)	3 (6,8)	3 (1,7)	0,095
Mevcut kolşisin direnci, n (%)	8 (18,2)	13 (7,3)	0,028
Kolşisin yanıtı, n (%)	15 (34,1)	133 (75,1	<0,001
Kolşisin uyumsuzluğu, n (%)	4 (9,1)	19 (10,7)	0,749
Biyolojik tedavi kullanan, n (%)	17 (58,6)	12 (6,8)	<0,001
Kolşisin dozu, mg/gün	2 (1)	1,5 (0,5)	<0,001
Atak süresi, gün	1 (2)	1 (1)	0,047
Atak sayısı/yıl	2 (5,75)	1 (0,5)	<0,001
Hastalık şiddeti (ISSF skoru)*	2 (2)	1 (2)	<0,001
F-SS-2 skoru*	3,5 (2)	1 (3)	<0,001
ISSF >= 4, n (%)	14 (31,8)	24 (13,6)	0,004
F-SS-2 >= 4, n (%)	22 (50)	38 (21,5)	<0,001

** Ortanca (çeyrekler arası aralık), **Ortalama ± standart sapma; AAA: Ailesel Akdeniz Ateşi, ISSF: FMF için Uluslararası Şiddet Skoru, F-SS: FMF- Severity Score, VKI: vücut kitle indeksi*

Tablo 2 Çalışma gruplarına göre AAA hastalarının laboratuvar sonuçları ve MEFV gen mutasyonları

Parametreler	Apendektomi olan (n=44)	Apendektomi olmayan (n=177)	p
ESR, mm/h*	14 (16)	10 (15)	0,044

CRP, mg/L*	3,7 (8,8)	2 (3,4)	0,001
Hemaglobin, g/dL *	13,7 (3,1)	13,8 (2,1)	0,960
WBC, 109/L*	6,8 (2,5)	6,8 (2,1)	0,699
Lenfosit, 109/L*	1,7 (0,9)	2,1 (0,9)	0,007
Nötrofil, 109/L*	4,6 (2,6)	4 (2)	0,078
Platelet, 109/L*	244 (70,75)	253 (75)	0,159
Fibrinojen, mg/dL*	298 (118)	249 (84,5)	0,018
Ure, mg/dL*	24 (8)	23 (7,35)	0,159
Serum kreatinin, mg/dL*	0,82 (0,2)	0,76 (0,2)	0,339
ALT, U/L*	17 (22)	19 (13)	0,159
AST, U/L*	21 (14)	20 (9,5)	0,432
MPV (fL)*	10,1 (1,7)	10,1 (1,8)	0,798
RDW-CV (%)*	13,7 (1,5)	13,6 (1,2)	0,438
CRP yüksekliği, n (%)	15 (34,1)	35 (19,8)	0,042
MEFV gen mutasyonları, n (%)			
Exon 10/Exon10	27 (61,4)	45 (25,4)	<0,001
Exon 10/-	15 (34,1)	90 (50,8)	0,046
Exon 10/Exon 2	1 (2,3)	8 (4,5)	0,691
Homozigot mutasyon	22 (52,4)	27 (15,3)	<0,001
M694V pozitifliği	33 (75)	76 (42,9)	<0,001
Exon 2/ -	1 (2,3)	30 (17,1)	0,011

** Ortanca (çeyrekler arası aralık); AAA: Ailesel Akdeniz Ateşi, MEFV: Mediterranean FeVer gene, ALT: Alanine aminotransferase, AST: Aspartate aminotransferase, WBC: White blood cell, ESR: erythrocyte sedimentation rate; MPV: mean platelet volume; RDW-CV: red cell distribution width- coefficient of variation; CRP: C-reactive protein*

Tablo 3 AAA hastalarında apendektomi öyküsü ile ilişkili klinik özellikleri araştırmak için tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri

Parameters		Univariate analysis			Multivariate analysis	
	OR	95% CI	p value	OR	95% CI	p value
Semptom başlangıç yaşı	0,90	0,85-0,94	<0,001			

Tanı yaşı	0,94	0,91-0,98	0,002			
Hastalık süresi	1,04	1,01-1,08	0,005			
Kolşisin dozu	4,20	1,57-11,21	0,004			
Semptom başlangıcı <=7 yaş	6,21	3,04-12,67	<0,001			
Ailede AAA öyküsü	15,54	2,08-116,08	0,007	13,99	1,19-163,76	0,036
Ebeveyn akrabalığı	2,60	1,30-5,20	0,007	0,04	0,007-0,289	0,001
Plörit	4,01	1,96-8,20	<0,001			
Artrit	3,65	1,83-7,30	<0,001			
Erizipel benzeri eritem	4,52	2,24-9,12	<0,001			
İshal	4,00	2,00-8,00	<0,001			
Exon 10/Exon10	4,65	3,32-9,33	<0,001			
Homozigot mutasyon	6,11	2,94-12,69	<0,001	4,25	1,13-15,89	0,031
M694V pozitifliği	3,98	1,89-8,39	<0,001			
Mevcut kolşisin direnci	2,80	1,08-7,26	0,034			
Biyolojik tedavi kullanımı	8,65	3,72-20,12	<0,001	32	5,2-196,7	<0,001
Atak sayısı/yıl	1,28	1,15-1,44	<0,001	3,19	2,03-5,03	<0,001
F-SS-2 >= 4	3,65	1,83-7,30	<0,001			
ISSF >= 4	2,97	1,38-6,40	0,005			

OR: odds ratio, CI: confidence interval, CRP: C-reactive protein, AAA: Ailesel Akdeniz Ateşi; ISSF: FMF için Uluslararası Şiddet Skoru, F-SS: FMF- Severity Score

[SS-003]

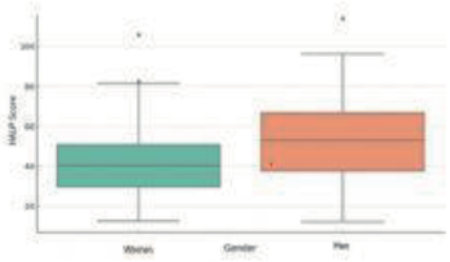
Romatoid Artrit Hastalarında HALP Skorunun Hastalık Prognozu ve Biyolojik İlaç Kullanımına Etkisi

Özlem Karakaş
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD

Amaç:
Romatoid artrit (RA), eklemlerde kalıcı hasara neden olabilen, sistemik inflamasyonla seyreden, kronik ve otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın seyri boyunca inflamatuar aktivitenin doğru biçimde değerlendirilmesi ve uygun tedavi stratejilerinin seçilmesi, fonksiyon kaybının önlenmesinde kritik rol oynamaktadır. Son yıllarda, hem inflamasyon hem de beslenme durumunu aynı anda yansıttığı düşünülen HALP (hemoglobin, albümin, lenfosit, trombosit) skoru, çeşitli maligniteler ve kronik inflamatuvar hastalıklarda prognostik bir belirteç olarak araştırılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, HALP skorunun RA hastalarında hastalık aktivitesi (DAS28), hastalık süresi ve tedavi tercihleriyle olan ilişkisini değerlendirmektir. Ayrıca, HALP skorunun biyolojik tedavi ihtiyacını öngörme potansiyeli araştırılmıştır.
Gereç-Yöntem:
Kesitsel ve retrospektif olarak planlanan bu çalışmaya, 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre RA tanısı almış ve en az 6 aydır takipte olan toplam 130 hasta dahil edilmiştir. Hastalara ait demografik veriler, tanı anındaki laboratuvar sonuçları, tedavi şekli ve hastalık süresi kaydedilmiştir. HALP skoru tanı anındaki hemoglobin (g/L), albümin (g/L), lenfosit (/L) ve trombosit (/L) değerleri kullanılarak hesaplanmıştır. Hastalık aktivitesi DAS28 skoru ile değerlendirilmiş ve hastalar remisyon/düşük aktivite ile orta/yüksek aktivite olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Tedavi grupları ise yalnızca DMARD, yalnızca biyolojik tedavi ve kombine tedavi şeklinde sınıflandırılmıştır. İstatistiksel analizler Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ANOVA ve korelasyon testleri ile gerçekleştirilmiştir.
Bulgular:
Katılımcıların %72.3'ü kadın (n=94), %27.7'si erkek (n=36) olup, ortalama yaş 56.8 ±11.46 yıl olarak bulunmuştur. HALP skoru erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (53.59 ±24.20) (p=0.010) ve bu durum cinsiyete göre inflamatuvar ve beslenme durumundaki farkı işaret etmektedir. HALP skoru ile yaş, tanı yaşı ve hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05). DAS28 skoru yalnızca DMARD kullanan hastalarda, biyolojik veya kombine tedavi alanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0.018), bu da biyolojik tedavinin hastalık aktivitesini daha etkili kontrol edebildiğini göstermektedir. Ancak HALP skoru ile DAS28 arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir (p=0.949) ve HALP skoru ile tedavi türü arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.260).
Sonuç:
HALP skoru RA hastalarında cinsiyete göre değişiklik göstermesine rağmen, hastalık aktivitesi veya tedavi tercihlerine dair anlamlı bir öngörü sağlamamıştır. Bu nedenle HALP skorunun RA tedavi yönetiminde tek başına belirleyici bir biyobelirteç olarak kullanımı sınırlı görünmektedir. Ancak HALP skoru ucuz, kolay uygulanabilir ve invaziv olmayan bir yöntem olduğu için, daha geniş örneklemli, prospektif ve çok merkezli çalışmalarla değeri yeniden değerlendirilmelidir.

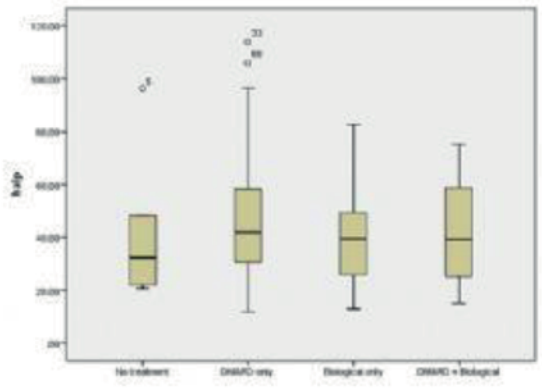
Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, HALP skoru, hastalık aktivitesi

Şekil 1.



Cinsiyete göre HALP skoru dağılımı

Şekil 2.



Tedavi gruplarına göre HALP skoru

[SS-004]

Romatoloji Polikliniğinden Miyopati Ön Tanısı ile EMG'ye Yönlendirilen Hastalarda Demografik, Laboratuvar ve EMG Bulgularının Analizi

Hasan Kara
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Bu çalışmanın amacı, romatoloji polikliniğinden "miyopati" ön tanısı ile elektromiyografi (EMG) tetkikine yönlendirilen hastalarda demografik, biyokimyasal ve serolojik parametrelerin EMG bulgularıyla ilişkisini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, 01.01.2022 - 30.06.2025 tarihleri arasında miyopati ön tanısıyla EMG'ye yönlendirilen 59 hasta dahil edilmiştir. Hasta verileri elektronik kayıt sisteminden elde edilmiş; yaş, cinsiyet, romatolojik tanılar, kreatin kinaz (CK), laktat dehidrogenaz (LDH), C-reaktif protein (CRP), antinükleer antikor (ANA) düzeyleri ve otoantikor profilleri ile EMG sonuçları değerlendirilmiştir. EMG sonuçları düşük amplitüdlü, kısa süreli, polifazik motor ünite aksiyon potansiyelleri ve interferens patern özellikleri temel alınarak "pozitif" veya "negatif" olarak sınıflandırılmıştır. İstatistiksel analizlerde, SPSS 26.0 yazılımı kullanılmış; anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 59 hastanın %81,4'ü kadın olup, yaş ortalaması 53,2 ± 13,6 yıl idi. EMG ile doğrulanmış miyopati 7 hastada (%11,9) saptanmış ve tamamı kadın idi (Tablo 1). Hastaların %47,5'inde romatolojik tanı mevcut değilken, polimiyozit, romatoid artrit ve ankilozan spondilit en sık tanılar arasındaydı. EMG pozitif grupta en sık tanı polimiyozit (%42,9) olup, bunu dermatomyozit, romatoid artrit, FMF ve sarkoidoz izledi (Tablo 2). Otoantikor profillerinde tüm kohortta en sık Anti-PM/Scl (%22) ve Anti-Mi-2 (%22) pozitifliği saptanırken, EMG pozitif grupta en sık antikor Anti-PM/Scl idi (%28,6). CK, LDH ve CRP yüksekliği sırasıyla tüm grupta %22, %25,4 ve %33,9 oranlarında bulunmuş; EMG pozitif grupta CK ve LDH yüksekliği %42,9 oranında saptanmıştır. Ancak CK, LDH, CRP ve otoantikor düzeylerinin EMG pozitifliği ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi gösterilememiştir (tüm $p>0,05$). ANA pozitifliği EMG pozitif hastalarda daha yüksek oranda izlenmiş (%85,7), ancak bu fark anlamlılık sınırında kalmıştır ($p=0,091$))(Tablo 3).

Tartışma: EMG'nin, inflamatuvar miyopatilerin tanısında önemli bir araç olduğu bilinmekle birlikte, çalışmamızda EMG pozitiflik oranının düşük olması (%11,9) sevk kriterlerinin gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. EMG, sadece klasik miyozitlerde değil; FMF, RA ve sarkoidoz gibi hastalıklarda da kas tutulumunun değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. CK ve LDH gibi kas enzimlerinin EMG ile uyumsuz bulunması, bu parametrelerin erken veya subklinik evrelerde sınırlı tanısal değer taşıdığını düşündürmektedir. Otoantikor pozitifliği, özellikle Anti-PM/Scl ve ANA, EMG pozitif grupta daha yüksek oranda saptansa da istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterilmemiştir. Bu bulgular, otoimmün belirteçlerin tanısal yorumunun dikkatle ve multidisipliner yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. EMG, seçici olarak uygun klinik ve laboratuvar bulgularla yönlendirilen hastalarda kullanılmalı, gereksiz tetkiklerden kaçınılmalıdır.
Sonuç olarak, romatoloji polikliniklerinden miyopati ön tanısı ile EMG'ye yönlendirilen hastaların çoğunda miyopatik bulgu saptanmamıştır. EMG pozitifliği ile biyokimyasal ve serolojik parametreler arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Ancak otoimmün belirteçlerin EMG pozitif grupta daha sık görülmesi dikkate değerdir. Klinik pratikte EMG endikasyonları dikkatle belirlenmeli; multidisipliner değerlendirme esas alınmalıdır. Geniş örneklemli ve prospektif çalışmalarla bulguların doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Elektromiyografi, İnflamatuvar miyopatiler, Romatoloji

Tablo 1: Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Grup	Hasta Sayısı	Kadın Sayısı (%)	Erkek Sayısı (%)	Yaş Ortalaması (±SD)
Tüm Katılımcılar	59	48 (%81,4)	11 (%18,6)	53,2 ± 13,6
EMG Pozitif	7	7 (%100)	0 (%0)	52,0 ± 10,8

Tablo 2: Romatolojik tanılar

Tüm Katılımcılar	Tüm Katılımcılar	Tüm Katılımcılar	EMG pozitif grup	EMG pozitif grup	EMG pozitif grup
Tanı	Hasta Sayısı(n)	Yüzde	Tanı	Hasta Sayısı(n)	Yüzde
Romatolojik tanı yok	28	47,5	Polimiyozit	3	42,9
Romatoid Artrit	8	13,6	Romatoid Artrit	1	14,3
Polimiyozit	5	8,5	Dermatomiyozit	1	14,3
Ankilozan Spondilit	4	6,8	Ailesel Aksdeniz Ateşi	1	14,3
Dermatomiyozit	3	5,1	Sarkoidoz	1	14,3
Bağ Doku Hastalığı	3	5,1			
Ailesel Aksdeniz Ateşi	2	3,4			
Behçet Hastalığı	2	3,4			
Sarkoidoz	1	1,7			
Sistemik Lupus Eritematozus	1	1,7			
Sjogren Sendromu	1	1,7			
Sistemik Skleroz	1	1,7			
Total	59	100		7	100

Tablo 3: EMG Pozitifliği ile Serolojik ve Biyokimyasal Parametreler Arasındaki İlişki

Parametre (n)	EMG Pozitiflik yüzdesi (n)	Pearson Ki-kare (p)	Fisher Exact (p)
CK yüksekliği (13)	%23.1 (3)	0,157	0,173
LDH yüksekliği (15)	%20.0 (3)	0,259	0,355
CRP yüksekliği (20)	%10.0 (2)	0,751	1
ANA pozitifliği (33)	%18.2 (6)	0,091	0,121
Anti-Mi-2 pozitifliği (13)	%7.7(1)	0,598	1
Anti-PM/Scl pozitifliği (13)	%15.4 (2)	0,657	0,643
Anti-SCL70 pozitifliği (5)	%20.0 (1)	0,557	1
Anti-Jo-1 pozitifliği (7)	%0.0 (0)	0,301	0,582
Anti-Ku pozitifliği (2)	%0.0 (0)	0,598	1

[SS-005]

Kronik Kas İskelet Sistemi Ağrısı Olan Hastalarda Ağrıyı Başlatan Faktörlerin Değerlendirilmesi

Dilek Baday Keskin
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.B.D.

Amaç: Çalışmanın amacı kronik kas iskelet sistemi ağrısını başlatan faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem: Araştırmaya Ekim 2022-Nisan 2025 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri en az bir kronik kas iskelet sistemi bölgesinde ağrısı olup ağrıyı başlatan faktörlerinin dosyasında kayıtlı olduğu 46 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Malignite öyküsü, böbrek ve karaciğer yetmezliği, nörolojik hastalıklar, gebelik, psikoz ve major travma öyküsü olan hastalar dışlandı. Hastaların demografik verileri, kas iskelet sistemi ağrı bölgesi/bölgeleri, ağrı süresi, ağrıyı başlatan faktörler/olaylar, ağrı nedeniyle daha önce almış olduğu tedaviler, ağrı nedeniyle izin/rapor varlığı, ağrının ev işlerine engel olup olmadığı, ağrı nedeniyle doktor başvurusu olup olmadığı hastane bilgi sisteminden ve hasta takip formundan taranarak kaydedildi. Ayrıca eşlik eden baş ağrısı, karın ağrısı/gastroözefageal reflü (GÖR)/kabızlık, yorgunluk, sabah yorgun uyanma, unutkanlık şikayetleri olup olmadığı kaydedildi. Ağrı şiddeti (numerik derecelendirme skalası (NRS)) ve laboratuvar tetkik sonuçları kaydedildi. Yeni inflamatuar belirteçler olan monosit-lenfosit oranı (MLR), platelet-lenfosit oranı (PLR), nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ve CRP-albumin oranı(CAR) hesaplandı.

Bulgular: Katılımcıların ortanca yaşı 40.5 yıl (IQR, 34.0-47.0) idi. Katılımcıların %58.7'si kadın, %41.3'ü erkek idi. Katılımcıların %54.3'ünde boyun ağrısı, %10.9'inde dirsek ağrısı, %2.2'sinde el/el bilek ağrısı, %17.4'ünde omuz ağrısı, %65.2'sinde sırt ağrısı, %58.7'sinde bel ağrısı, %26.1'sinde kalça ağrısı, %13'ünde diz ağrısı, %4.3'ünde ayak/ayak bileği ağrısı şikayeti mevcuttu. Ortanca ağrı süresi 18 ay (IQR, 6.5-66.0) idi. Ortalama NRS değeri 5.98±2.21 idi. Hastaların %82.6'sında ağrıyı başlatan en az bir faktör mevcuttu. Hastaların %56.5'i ağrısının emosyonel stres ile başladığını bildirilmiştir. Ağrıyı başlatıcı faktörün emosyonel stres olduğunu belirten hastaların %23.1'i iş ortamında stres, %3.8'i işten ayrılma, %30.8'i ailesel sorunlar, %15.4'ü okul/sınav stresi, %3.8'i hastalık kaygısı, %3.8'i eşinden ayrılma, %7.7'si yakın kaybı, %3.8'i ise pandemi dönemi stresi ile ağrılarının başladığını bildirilmiştir. Katılımcıların %8.7'si kötü postürde çalışmak, %6.5'i hasta/yaşlı bakımı, %2.2'si enfeksiyon, %13.0'ı overuse, %13.0'ı ağır kaldırmak, %2.2'si menopoz, %2.2'si uzun seyahat, %2.2'si doğumun ağrıyı başlatıcı faktörler olduğunu bildirilmiştir. Hastaların %37'si ağrı nedeniyle izin/rapor aldığını, %71.7'si ağrısının ev işlerine engel olduğunu, %82.6'sı daha önce bu şikayeti nedeniyle doktora başvurduğunu bildirmiştir. Hastaların %80.4'ünde baş ağrısı, %54.3'ünde karın ağrısı/GÖR/kabızlık, %71.7'sinde unutkanlık, %93.5'inde yorgunluk, %79.5'inde sabah yorgun uyanma, %63.0'sında uyku bozukluğu şikayeti mevcuttu. Ağrıyı başlatan emosyonel stres faktörü olduğunu bildiren hastalarda CRP [1.4 (IQR, 1.0-5.7) vs. 1.1 (IQR, 0.5-1.6), sırasıyla] ve CAR [0.32 (IQR, 0.24-1.35) vs. 0.23 (IQR, 0.10-0.39), sırasıyla] değerleri emosyonel stres faktörü olmayan hastalara göre daha yüksekti (p=0.033 ve p=0.020,sırasıyla).

Sonuç: Kronik kas iskelet sistemi ağrısı olan hastalarda ağrıyı başlatan faktörlerin veya olayların ayrıntılı olarak sorgulanması tanı ve takip sürecinde hastaların daha kapsamlı şekilde değerlendirilmesine, bireye özel tedavi planlanmasına ve yaşam tarzı modifikasyonuna olanak sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: kronik ağrı, kas iskelet sistemi ağrısı

[SS-006]

Geriatrik dönem romatoid artrit hastalarında DAS28 ile malnutrisyon ve depresyon ilişkisi

Muhammet Limon
Muhammet Limon,Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,Romatoloji Bilim Dalı,Mersin

Amaç: Romatoid artrit(RA) kas iskelet sistemini etkileyen kronik inflamatuar bir hastalıktır.RA hastalarının yaklaşık %30 oranında 60 yaş üstüdür. Bu çalışmada bölümüzde takipli geriatrik RA hastaların hastalık aktivitesi, komorbidite, beslenme durumu ve depresyon üzerine etkileri araştırılmıştır.
Gereç-Yöntem: Bu çalışma retrospektif olarak Ocak 2025-Haziran 2025 arasında ve EULAR 2010 RA tanı kriterlerine uyan 65 yaş üstü 50 hasta ile yapıldı. Hastaların RF, CCP, hemoglobin, CRP, sedimentasyon,plazma albümin değerleri, sigara kullanma durumu, vücut kitle indeksi, hastalık süresi, komorbid hastalıkları ve aldıkları medikal tedaviler kayıt edildi. Beslenme durumu mini nutrisyonel değerlendirme(MNA) ile depresyon durumu geriatrik depresyon skalası 15(GDS15) ile ölçüldü. RA, hastalık aktivite ölçümü DAS 28 ile yapıldı.
Bulgular: Hastaların %68(34) kadın,%32 (16) erkekti. Hastaların en küçüğü 65, en büyüğü 86 yaşında olup yaş ortalaması 70.9 olarak bulundu (Tablo 1). RF pozitifliği %66,CCP pozitifliği %74 olarak gözlendi. Komorbid durumları değerlendirildiğinde en sık hipertansiyon %60 sıklıkta görülmüştür. Medikal tedavileri değerlendirildiğinde en sık leflunomid %56 olup daha sonra metotreksat %32 sıklıkta kullanıldığı görüldü (Tablo 2). Hastalarda değerlendirilen ölçütlerden DAS28 ve MNA'nın GDS15 skoru ile arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu. DAS 28 skoru yüksek olanların MNA değeri düşük, GDS 15 skoru yüksek bulundu. Hastaların yaş, BMI, CRP, sedimentasyon, Hgb değerleri MNA ile ilişkili olup GDS 15 skoru ile anlamlı ilişkili bulunmadı (Tablo 3).
Tartışma: Kronik inflamasyon, nutrisyonel ihtiyacın artmasına neden olmakta ve besin alımını azaltmaktadır. Bunun yanında ekonomik zorluklarla bağlı yiyecekleri satın alma ve pişirmedeki fiziksel zorluklar, ilaç tedavisine bağlı gelişen gastrointestinal intolerans ve iştahsızlık RA hastalarının beslenme durumunu olumsuz etkilemektedir.RA'da beslenme durumu hastalığın seyri ve fonksiyonel durum ile ilişkilendirilmiştir. Gómez-Vaquero ve arkadaşları, RA hastalarının beslenme durumunun değerlendirdikleri çalışmalarında serum albumin düzeyini hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulmuşlardır. Helliwell ve arkadaşları, RA'li bireylerde malnutrsiyonu %26'sıklıkta bulmuşlardır ve malnütrisyonlu hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı ile CRP düzeylerinin beslenme durumu iyi olan hastalara göre daha yüksek seyrettiğini belirtmişlerdir. Joan M Nolla ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı kadın RA hastalarında malnutrisyon sıklığını %49 olarak bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda malnutrisyon sıklığı %26 olarak bulunmuştur. Otoimmün hastalıklar ve depresyon ilişkisi uzun zamandır bilinen bir gerçektir.Toplumda depresyon sıklığı %14-48 arasında değişmektir.RA hastalarında depresyon sıklığı %18.8 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda depresyon sıklığı %38 olarak bulunmuştur. Hastalarda değerlendirilen ölçütlerden DAS28 ve MNA'nın GDS15 skoru ile arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu. DAS 28 skoru yüksek olanların MNA değeri düşük, GDS 15 skoru yüksek bulundu. Hastaların yaş, BMI, CRP, sedimentasyon, Hgb değerleri MNA ile ilişkili olup GDS 15 skoru ile anlamlı ilişkili bulunmadı.
Sonuç: DAS 28 skoru yüksek olan hastaların depresyon ve malnutrisyon riski artmaktadır. Bu nedenle hastaların medikal takibini yaparken sadece ilaç tedavisine odaklanmayıp beslenme durumu ve ruhsal durumu da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: DAS28, geriatrik depresyon skalası, romatoid artrit

Tablo 1

Tablo 1: RA hastalarının laboratuvar parametreleri ve hastalık ölçütleri

	N	Minimum	Maximum	Mean	Standart sapma
Yaş	50	65,00	86,00	70,9400	5,53066
BMI	50	15,00	50,00	27,7400	5,98232
Hgb(gr/dl)	50	8,00	16,00	12,3520	1,49724
CRP (mg/l)	50	1,00	38,00	8,9920	8,52243
Sedimentasyon (mm/s)	50	2,00	80,00	26,1400	16,85110
Albumin(gr/dl)	50	2,80	4,70	3,9122	,40447
MNA	50	6,00	14,00	12,2600	1,81614
GDS15	50	1,00	12,00	4,5400	2,68944
DAS28	50	1,30	5,40	2,7520	1,09530

Tablo 2

Tablo 2: Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri ve medikal tedavileri

	n/%
Cinsiyet K/E	34 (%68) 16 (%32)
Sigara	11 (%22)
Obezite(BMI>25 VE ÜSTÜ)	33 (%66)
DAS 28(>2.6)	24 (%48)
MNA(<12)	13 %26
GDS 15(>5)	19 (%38)
RF pozitifliği	33 (%66)
CCP pozitifliği	37 (74)
Hipertansiyon	30 (%60)
Diabetes mellitus	7 (14)
Koroner arter hastalığı	17 (34)
Osteoporoz	20 (40)
Kronik böbrek yetmezliği	4 (8)
KOAH	8 (16)
Hipotroidi	6 (12)
Metotreksat	16 (32)
Lelflunomid	28 (56)
Sülfasalazin	5 (10)
Hidroksiklorokin	15 (30)
Biyolojik tedavi	6 (12)
Kortikosteroid	27 (54)

GDS15:Geriatrik depresyon skalası 15(0-5 normal ,>5:Depresyon)

MNA.Mini nütrisyonel değerlendirme(12-14 normal,8-11 malnutrisyon riskli,0-7 malnutrisyon)

DAS 28:Hastalık aktivite skor(<2.5 remisyon ,>2.5 aktif hastalık)

Tablo 3

Tablo 3: Hastaların DAS 28 ile GDS 15 ve MNA ilişkisi

	GDS		MNA	
	r	p	r	p
MNA	**-0,443**	**0,001**	-	-
DAS 28	**0,285**	**0,045**	-0,213	0,137
YAŞ	-0,038	0,796	**-0,352**	**0,012**
BMI	0,032	0,827	**0,358**	**0,011**
CRP	0,100	0,488	**-0,304**	**0,032**
Sedimentasyon	0,165	0,252	**-0,351**	**0,013**
Hastalik süresi	0.053	0,714	0,047	0,745
Albumin	-0,28	0,849	0,271	0,060
Hgb	-,0197	0,171	**0,339**	**0,016**

[SS-007]

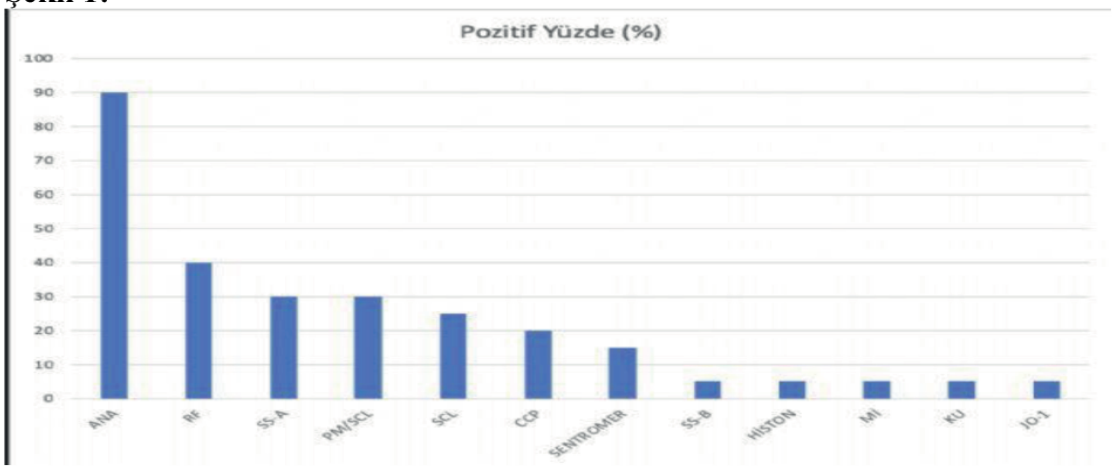
Bağ Dokusu Hastalıklarına Bağlı İAH'da Nintedanib Kullanımı: Gerçek Yaşam Verileriyle Klinik Deneyimimiz

Tuğba Kahraman Denizhan, A. Soner Şenel
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Romatoloji BD, Kayseri

Amaç: Bağ dokusu hastalıkları (BDH), sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit ve sistemik skleroz gibi otoimmün hastalıkları kapsamakta olup, bu hastalıklarda interstisyel akciğer hastalığı (İAH) sık görülen, mortaliteyi artıran önemli bir komplikasyondur [1]. En yaygın histopatolojik paternler NSIP ve UIP'dir [2]. Son yıllarda, anti-fibrotik tedavilerden nintedanib'in, BDH ile ilişkili progresif fibrotik İAH (PF-İAH) olgularında hastalık progresyonunu yavaşlattığı gösterilmiştir [3]. Tirozin kinaz inhibitörü olan nintedanib, fibroblast aktivasyonu ve matriks birikimini baskılar [4]. Biz de bu çalışmamızda, İAH'da nintedanib kullanımıyla ilgili klinik deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.
Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ile ortak izlenen ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tedavisi kapsamında nintedanib kullanan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar verileri, akciğer tutulum paternleri, eş zamanlı uygulanan immünsupresif tedaviler ve nintedanib tedavisini tolere edebilme durumları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.
Bulgular: Nintedanib tedavisi verilen 20 bağ dokusu hastalığına bağlı İAH tanılı hastanın klinik ve tedavi özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş ortalaması 59,7 yıl olup, hastaların %65'i kadındı. En sık sistemik skleroz (%65) görülürken, Sjögren sendromu, romatoid artrit ve dermatomiyozit daha az sıklıktaydı.Hastaların diğer özellikleri ve nintedanib kullanımı Tablo 1 de belirtilmiştir. Hastaların antikor pozitiflik dağılımı Şekil 1'de gösterilmiş olup, en yüksek pozitiflik ANA (%90), RF (%40) ve SS-A (%30) antikorlarında saptanmıştır. HRCT'de 10 hastada NSIP, 10 hastada UIP paterni izlendi. Ortalama hastalık süresi 8,6 yıl, nintedanib kullanım süresi ise 1,9 yıl olarak hesaplandı. Tedavi dozu çoğunlukla 2×150 mg olup, 10 hastada çeşitli nedenlerle tedavi sonlandırılmıştı. Tedavi kesilme nedenleri tolere edememe, takipsizlik, PAH ve malignite idi. GIS yan etkileri 9 hastada gözlendi. Eşlik eden immünsüpresif tedaviler arasında MMF (%45) en sık tercih edilen ajan olurken; rituksimab, azatioprin, leflunomid ve tosilizumab da kullanılmıştı.
Sonuç: Çalışmamız, BDH-İAH'li hastalarda nintedanib tedavisinin gerçek yaşam koşullarında klinik kullanımına dair önemli veriler sunmaktadır. Özellikle ileri yaşlı ve uzun hastalık süresine sahip bireylerde, tedavinin tolere edilebilirliği değişkenlik göstermektedir. En sık karşılaşılan kesilme nedeni olan gastrointestinal yan etkiler, tedavi sürekliliğini sınırlayan temel faktörlerden biridir. MMF ile kombinasyonun sık tercih edilmesi, güncel kılavuzlarla uyumlu olsa da, bu kombinasyonun GİS toksisitesi açısından risk taşıyabileceği gözlemlenmiştir. Bu nedenle, tedaviye düşük dozla başlanması (örneğin 2×100 mg) ve olası yan etkilerin multidisipliner ekiplerle yakın takibi, hem tedavi süresini uzatabilir hem de hasta konforunu artırabilir. Bulgularımız, nintedanib'in seçilmiş BDH-İAH olgularında dikkatli izlem ve uygun doz ayarlamaları ile etkili ve sürdürülebilir bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel akciğer hastalığı, Nintedanib, Bağ dokusu hastalıkları

Şekil 1:



Hastaların otoantikor pozitiflikleri

Hasta Özellikleri ve Nintedanib Tedavi Verileri

Özellik	Değer
Toplam hasta sayısı (n)	20
Yaş ortalaması (yıl)	59,7
Cinsiyet (K/E) n(%)	13 (%65) / 7 (%35)
Ortalama hastalık süresi (yıl)	8,6
Sigara kullanımı n (%)	3(%15)
Nintedanib kullanım süresi (ortalama)(yıl)	1,9
Nintedanib dozu	15 hasta: 2×150 mg 5 hasta: 2×100 mg
Akciğer tutulum paterni	10 hasta: NSIP 10 hasta: UIP
GIS yan etki gelişen hasta sayısı	9 hasta (6'sı tedaviyi bıraktı)
Mevcut bağ dokusu hastalıkları (n)	13 hasta Ssc 3 hasta SjS 3 hasta RA 1 hasta DM

NSIP: Non-Spesifik İnterstisyel Pnömoni UIP: Usual İnterstisyel Pnömoni Ssc: Sistemik Sklerozis Sjs:Sjögren Sendromu RA: Romatoid Artrit DM: Dermatomiyozit

[SS-008]

Türkiye'de Ankilozan Spondilit Hakkında Dijital Bilgi Arama Eğilimleri: Google Trends Verilerinin Analizi (2015–2025)

Büşra Varman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Konya

Amaç:
Ankilozan spondilit (AS), hem bireysel yaşam kalitesini hem de sağlık sistemleri üzerindeki yükü etkileyen kronik romatolojik hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de AS ile ilgili dijital bilgi arama davranışlarını Google Trends verileri aracılığıyla analiz ederek hastalık farkındalığı ve dijital bilgi ihtiyacını değerlendirmektir.
Yöntem:
Google Trends üzerinden Temmuz 2015 – Temmuz 2025 tarihleri arasında "ankilozan spondilit" anahtar kelimesiyle yapılan aramaların zamansal, bölgesel ve içeriksel dağılımı incelendi. Arama hacmi verileri SPSS programına aktarılarak mevsimsel değişkenlik Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi. Ayrıca ilişkili sorgular, kavramlar ve yükselen terimler nitel olarak incelenmiştir. Bu çalışma, anonim ve herkese açık Google Trends verileri kullanılarak yapıldığından etik kurul onayı gerektirmemektedir.
Bulgular:
AS arama hacmi, 10 yıllık süreçte zaman içinde dalgalanma göstermiş ve özellikle Mart 2020'de pandemi döneminde en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Mevsimsel dağılımda belirgin eğilimler gözlenmişse de fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Coğrafi analizde en yüksek arama hacmi Sivas, Bayburt ve Amasya'da; en düşük hacim ise Şırnak, Mardin ve Şanlıurfa'da tespit edilmiştir. En sık aranan terimler arasında "ankilozan spondilit nedir?", "belirtileri", "tedavi" gibi temel sağlık bilgisi arayışları yer alırken; "engelli raporu", "alevlenme dönemi", "ankilozan spondilit hastalarına müjde" gibi sosyal haklar ve hastalık yönetimiyle ilgili ifadelerin popülaritesi son yıllarda anlamlı şekilde artmıştır.
Sonuç:
AS'ye ilişkin dijital bilgi arama eğilimleri, halkın hastalık farkındalığını ve bilgi ihtiyacını ortaya koymaktadır. Google Trends, dijital veri analizine dayalı halk sağlığı yaklaşımları için değerli bir araç olup, bölgesel farkındalık düzeylerini haritalandırma, hedefli bilgilendirme kampanyaları planlama ve hasta odaklı sağlık iletişimi stratejileri geliştirme açısından faydalı bir araç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Google Trends, Sağlıkta İnternet Kullanımı

Zaman içinde arama hacmindeki değişim



[SS-009]

Granülomatöz Polianjit Hastalarında Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksinin Prognostik Rolü

Zehra Karaman Ongun, Emine Uslu, Serdar Sezer, Müçteba Enes Yayla, Tahsin Murat Turgay, Aşkın Ateş
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı; Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Granülomatöz polianjit (GPA) en sık akciğer, böbrek ve üst hava yollarını tutan küçük-orta çaplı damarları etkileyen nekrotizan bir vaskülittir. GPA'da hastalık prognozunu değerlendirmek amacıyla Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru (BVAS) ve Beş Faktör Skoru (FFS) gibi çeşitli skorlama sistemleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu skorların, özellikle uzun dönem klinik sonuçları ve bireyselleştirilmiş tedavi planlamasını öngörme konusundaki yetersizlikleri dikkat çekmektedir. Günümüzde tedavi seçeneklerinin artmasıyla birlikte, hastaya özgü prognozu daha doğru şekilde belirleyebilecek yeni skorlama sistemlerine duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır (1-3). Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII), ilk olarak 2014 yılında hepatoselüler karsinom hastalarında prognostik amaçla tanımlanmış olup, periferik nötrofil, lenfosit ve trombosit sayıları kullanılarak hesaplanan bir inflamatuvar belirteçtir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bu indeksin maligniteler, otoimmün hastalıklar ve vaskülitlerde hastalık aktivitesi ve prognoz tayininde kullanılabileceğini göstermektedir (4-6). Bu çalışmada, merkezimizde takip edilen GPA tanılı hastalarda SII prognostik değerini araştırmayı amaçladık.
Gereç-Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı'nda Ocak 2010-Mayıs 2024 tarihleri arasında 2022 ACR/EULAR kriterlerine göre GPA olarak sınıflandırılan 106 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi (7). SII periferik nötrofil, lenfosit ve trombosit sayıları kullanılarak hesaplandı (4). SII hesaplanabilen 63 hasta analize dâhil edildi.
Bulgular: Analize dâhil edilen hastaların tanı anındaki klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Prognoza yönelik olarak relaps, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) ve mortalite analiz edildi. Relaps gelişen ve gelişmeyen hastalar arasında SII median değerleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı [2377(3042) vs 1758(2240); p=0,457]. Benzer şekilde, SDBY gelişen hastalar ile gelişmeyenler arasında da SII düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı [2232(2883) vs 4631(0); p=0,272]. Mortalite açısından değerlendirildiğinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark izlenmedi [1959(2890) vs 3266(4302); p=0,112]. Her üç grup için yapılan ROC analizinde; relaps açısından AUC %45 olup p=0,457, SDBY açısından AUC %50 olup p=0,272 ve mortalite açısından AUC %68 olup p=0,112 olarak bulundu. Ancak hiçbir grupta istatistiksel anlamlılık elde edilememesi nedeniyle Youden indeksi hesaplanmadı. SII, tanı sırasında hesaplanın BVAS ile orta düzeyde korele bulundu (r=0,505; p=0,0001).
Sonuç: Çalışmamızda, GPA tanılı hastalarda SII'nin relaps, SDBY ve mortalite ile ilişkisini araştırdık. Ancak sınırlı örneklem büyüklüğü ve özellikle bazı alt gruplardaki dengesiz dağılım nedeniyle, SII'nin bu klinik sonlanımları öngörmedeki prognostik değerini istatistiksel olarak anlamlı bulmadık. Bulgular, mevcut verilerle SII'nin bağımsız bir belirteç olarak kullanımı konusunda yeterli kanıt sunmadı, ancak BVAS ile korelasyon bulunması nedeni ile daha geniş hasta serileriyle yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: granülomatöz polianjitis, sistemik immün-inflamasyon indeksi

Hastaların tanı anındaki klinik ve laboratuvar özellikleri

	n=63
Yaş*	47,80±15,71
Cinsiyet, Kadın, n(%)	29(46,0)
Kreatinin (mg/dl)*	1,13±1,03
GFR (ml/dk/1,73m2)*	90,25±42,16
CRP (mg/dl)*	103,17±95,05
ESH (mm/st)*	70,82±35,59
İdrar Proteini (mg/gün)*	710,49±835,76

ANCA (IFA), n(%) PR3-ANCA* (U/ml)*	48(76,2) 173,15±300,99
Pulmoner, n(%) Renal, n(%) ÜSY, n(%) Cilt, n(%) Göz, n(%) Tromboz, n(%) PSS, n(%) SSS, n(%)	39(61,9) 31(49,2) 34(54,0) 13(20,6) 9(14,3) 3(4,8) 2(3,2) 3(4,8)
BVAS*	16,81±7,70
Relaps, n(%)	33(52,4)
SDBY, n(%)	2(3,2)
Ölüm, n(%)	8(12,7)

*GFR: Glomerüler filtrasyon hızı, CRP: C reaktif protein, ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı, ÜSY: Üst solunum yolu, PSS: Periferik sinir sistemi, SSS: Santral sinir sistemi, BVAS: Birmingham Vaskülit Aktivite Skoru, SDBY: Son dönem böbrek yetmezliği *Ortalama±Standart sapma*

[SS-010]

2001–2025 Yılları Arasında Osteoartrit Tedavisinde Kök Hücre Uygulamalarına Yönelik Bilimsel Yayınların Bibliyometrik Analizi

Lütfiye Parlak, Funda Levendoğlu
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Bu çalışmanın amacı; osteoartrit (OA) alanında kök hücre temelli rejeneratif tedaviler üzerine yapılan bilimsel yayınların yıllara göre dağılımını, ülkeler ve kurumlar arası iş birliklerini, atıf ağlarını ve tematik eğilimleri bibliyometrik analiz yoluyla incelemektir.

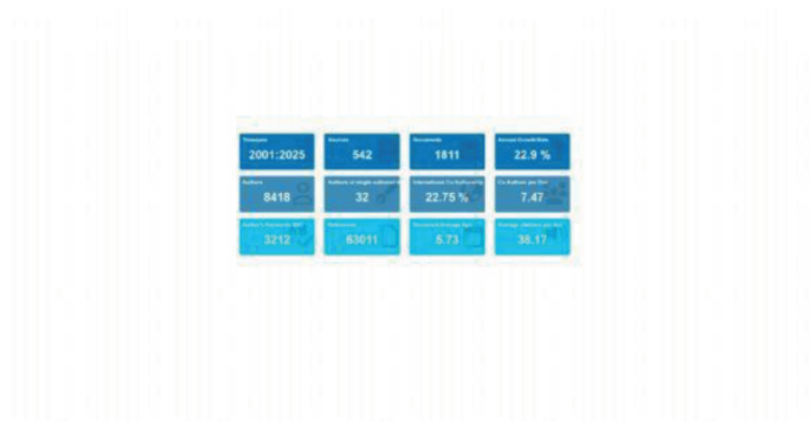
Gereç-Yöntem: Web of Science Core Collection veri tabanında, yalnızca İngilizce dilinde yayımlanmış orijinal makale ve derleme türündeki çalışmalar 26 Temmuz 2025 tarihinde tarandı. "Osteoartrit" ve "kök hücre" temalı 1811 kayıt indirildi. Veriler Biblioshiny (Bibliometrix R paketi) ve VOSviewer programlarıyla analiz edildi. Yıllara göre yayın sayısı, en üretken yazarlar, en çok atıf alan çalışmalar, anahtar kelime kümeleri, eş atıf ve ülke - kurum iş birliği haritaları oluşturuldu.

Bulgular: 2010 yılı sonrasında yayın sayısında belirgin bir artış izlenmiş ve 2021 yılında en yüksek seviyeye ulaşılmıştır. Yıllık büyüme oranı %22,9 olarak hesaplanmıştır (Şekil 1). En fazla yayın üreten kurumlar arasında Sichuan University (151), Zhejiang University (134) ve Tokyo Medical and Dental University (97) öne çıkmıştır. Ülkeler arası iş birliği analizinde en yoğun yayın faaliyeti Çin ve ABD tarafından yürütülmüş olup, bu ülkeler geniş uluslararası bağlantı ağı ile dikkat çekmektedir. Avrupa ülkeleri daha çok karşılıklı iş birlikleriyle kümelenmişken, Çin'in iş birliği ağı daha çok Asya-Pasifik ülkeleriyle sınırlıdır. Türkiye ise özellikle Almanya, Çin ve ABD ile sınırlı düzeyde iş birlikleri geliştirmiştir (Şekil 2).
En sık atıf alan makaleler arasında Dominici et al. (2006), Pittenger et al. (1999) ve Jo et al. (2014) yer almıştır.
Anahtar kelime analizine göre, osteoartrit, kıkırdak, mezenkimal kök hücreler ve rejenerasyon gibi kavramların literatürde en sık kullanılan terimler olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, kök hücre tedavilerinin esas olarak kıkırdak tamiri ve osteoartrit patofizyolojisi bağlamında ele alındığını göstermektedir.(Şekil 3)

Sonuç: OA alanında kök hücre temelli yaklaşımlar üzerine yapılan yayınlar, moleküler ve biyomalzeme temelli yeni teknolojilere paralel olarak hem niceliksel hem de niteliksel anlamda artış göstermektedir. Bu çalışma, alandaki yayın eğilimlerini ortaya koymakla kalmayıp, temporomandibular eklem OA gibi az çalışılan konulara dikkat çekmekte ve gelecekteki araştırmalar için stratejik bir yol haritası sunmaktadır.

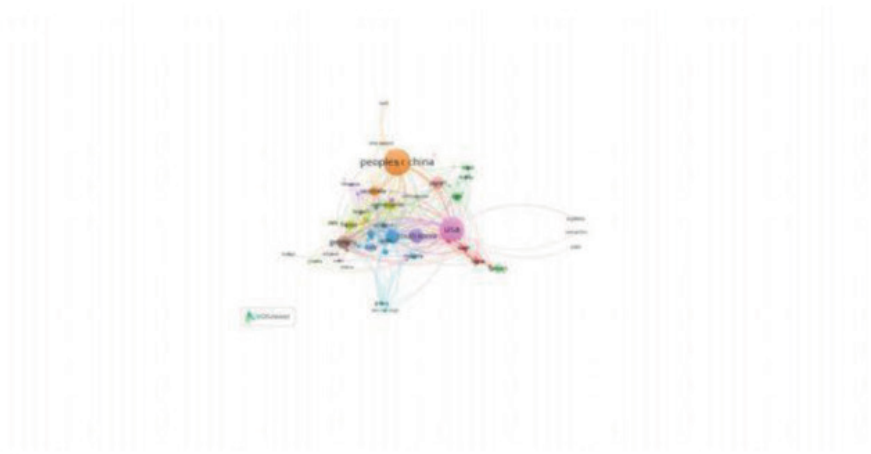
Anahtar Kelimeler: Bibliometrik analiz, Kök Hücre tedavisi, Osteoartrit

Şekil 1



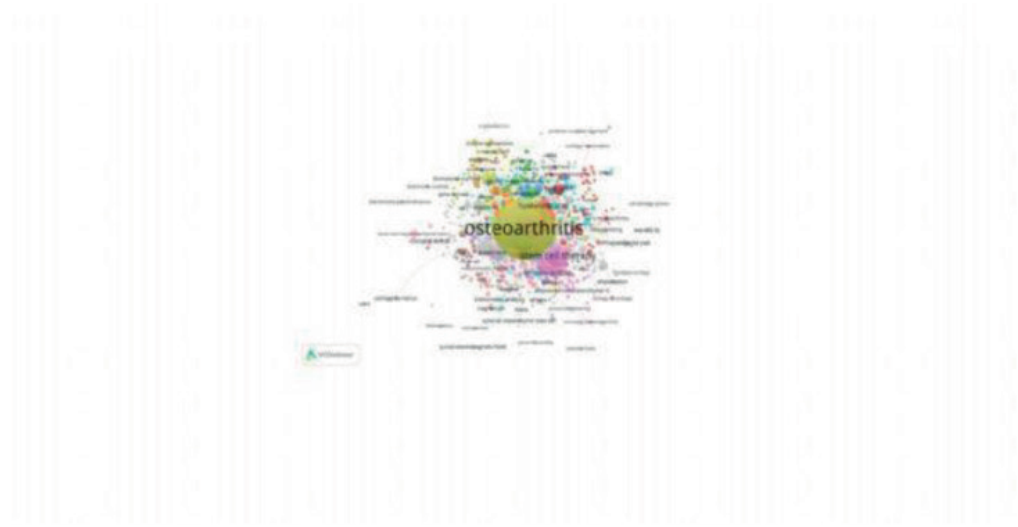
Bibliometrik Genel Göstergeler (Biblioshiny)

Şekil 2



Ülkeler arası iş birliği ağı (VOSviewer)

Şekil 3



Anahtar Kelimelerin Kümelenme Haritası (VOSviewer)

[SS-011]

Otoenflamasyonun Yeni Yüzü: Ailevi Akdeniz Ateşi'nde Serum TWEAK Düzeylerinin Klinik Önemi ve Hastalık Aktivitesi ile İlişkisi

Şerife Çoşkun Sağırkaya[1], Batuhan İzci[3], Esra Fırat Oğuz[3], Ayşe Berna Berna Cengiz[5], Emine Sena Sözen[2], Burak Can Cengiz[5], Gözde Sevgi Kart Bayram[6], Yıldız Yıldırımer[4], Elif Akyazı Şener[1], Şükran Erten[1], Kevser Orhan[1], Yüksel Maraş[1]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Ankara
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Tıbbi Biyokimya Bilim Dalı, Ankara
[4]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği, Ankara
[5]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Afyon
[6]Hacettepe Üniversitesi Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), tekrarlayan ateş ve serozal inflamasyon ataklarıyla karakterize, otozomal resesif geçişli bir otoinflamatuar hastalıktır. Son yıllarda, inflamatuar süreçlerin daha iyi anlaşılmasıyla birlikte, çeşitli sitokin ve sinyal yolağının bu hastalığın patogenezinde rol oynayabileceği öne sürülmüştür.
Tümör nekroz faktörü (TNF) süper ailesinin bir üyesi olan TWEAK (TNF-like weak inducer of apoptosis) proteininin; hücre proliferasyonu, apoptoz, anjiyogenez ve özellikle inflamasyonun düzenlenmesinde önemli roller üstlendiği gösterilmiştir. Özellikle TWEAK/Fn14 sinyal yolağı romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus ve Behçet hastalığı gibi otoimmün/inflamatuar hastalıklarda patogenezle ilişkilendirilmiştir.
Bu bilgiler ışığında, çalışmamızda FMF hastalarında serum TWEAK düzeylerini ölçerek, bu düzeylerin inflamatuar belirteçler ve hastalık aktivitesi ile olası ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza, Ocak 2024 - Mayıs 2025 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Romatoloji ve İç Hastalıkları kliniklerinde ayaktan veya yatarak takip edilen 18 yaş ve üzerindeki erişkin FMF hastaları ile kontrol grubu olarak benzer yaş dağılımına sahip sağlıklı gönüllüler dahil edilmiştir. Kontrol grubuna dahil edilen bireylerde FMF tanısı, otoimmün hastalık, malignite, aktif tromboembolitik hastalık, tromboz öyküsü, aktif enfeksiyon, kronik böbrek hastalığı veya gebelik bulunmaması kriteri aranmıştır. Çalışmaya katılan tüm hastalar ve gönüllülere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş, yazılı onamları alınmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi etik ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.
Çalışma süresince FMF hastaları ve sağlıklı kontrol grubundan alınan venöz kan örneklerinde, ELISA yöntemi kullanılarak ve ELABSCIENCE® kiti ile serum TWEAK (TNF-like weak inducer of apoptosis) protein düzeyleri (pg/ml) analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 76 FMF hastası ile 51 sağlıklı gönüllü dahil edilmiştir. FMF hastalarının 42'si ataksız dönemde, 22'si atak evresinde ve 12'si subklinik inflamasyon durumundadır. Gruplar arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,052).Kolşisin kullanım oranları gruplar arasında benzer bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,404). IL-1 antagonisti kullanım oranlarında ise gruplar arasında anlamlı fark gözlenmiştir (p=0,012). Özellikle subklinik inflamasyon grubunda anakinra kullanımı (%27,3) diğer gruplara kıyasla daha yüksek saptanmıştır.
Serum TWEAK düzeyleri ile çalışmada incelenen diğer inflamatuvar ve klinik parametreler arasında genel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak dikkat çekici bir bulgu olarak, fibrinojen düzeyi ile serum TWEAK düzeyi arasında zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif korelasyon bulunmuştur (r = 0,374, p = 0,038). Bu durum, TWEAK'in inflamatuvar süreçlerde fibrinojen üretimiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.
Sonuç: Bu çalışma, FMF hastalarında serum TWEAK düzeylerinin klasik inflamatuvar belirteçlerle anlamlı bir ilişki göstermediğini, ancak fibrinojen ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon içinde olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, TWEAK'in akut inflamasyon yerine dokuya özgü inflamatuvar yanıtlar veya fibrotik süreçler ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. FMF'de TWEAK'in potansiyel rolünü daha iyi anlayabilmek için, bu ilişkiyi doku düzeyinde inceleyen, daha geniş örneklemli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: FMF, Serum Tweak protein, Otoenflamasyon

Tablo 3: Tweak proteini ile bazı demografik ve laboratuvar parametreleri arasındaki korelasyon analiz sonuçları

r(p)	Yaş	CRP	ESR	Fibrinojen	Serum Amiloid A	Ayda atak sayısı	ISSF Skoru	Serum TWEAK
Yaş	1,0 (.)	-,121 (0,300)	0,018 (0,879)	-0,107 (0,567)	-,083 (0,546)	0,001 (0,993)	0,177 (0,138)	0,173 (0,139)
CRP		1,0 (.)	-0,526* (<0,001)	0,794* (<0,001)	0,820* (<0,001)	0,231 (0,051)	0,349 (0,003)	0,166 (0,155)
ESR			1,0 (.)	0,666 (<0,001)	0,489 (<0,001)	0,158 (0,193)	0,381 (<0,001)	0,090 (0,458)
Fibrinojen				1,0 (.)	0,617 (<0,001)	0,231 (0,220)	0,319 (0,086)	**0,374 (0,038)**
Serum Amiloid A					1,0 (.)	0,164 (0,233)	0,220 (0,107)	0,142 (0,302)
Ayda Atak Sayısı						1,0 (.)	0,522 (<0,001)	0,078 (0,514)
ISSF Skoru							1,0 (.)	0,090 (0,451)
Serum TWEAK								1,0 (.)

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının demografik özellikleri

	FMF Ataksız (n=42)	FMF Atak (n=22)	Subklinik inflamasyon (n=12)	Kontrol (n=51)	p
Yaş (median (IQR))	39,5 (22,75)	30 (21,50)	39 (19,50)	33(12,00)	0.052*
Cinsiyet					0,017**
Kadın (%)	33 (78,60)	13(59,10)	4(33,30)	38(74,50)	
Erkek (%)	9 (21,40)	9(40,90)	8(66,70)	13(25,50)	
Medeni durum					0,376**
Bekar (%)	17 (40,50)	7(33,30)	7(58,30)	26(51,00)	
Evli (%)	25(59,50)	14(66,70)	5(41,70)	25(49,00)	

**Kruskal-Wallis test, **Ki-Kare test*

Tablo 2.Hastaların kullanmakta oldukları mevcut tedavi dağılımları

	Ataksız Hasta (n=42)	Atak (n=21)	Subklinik inflamasyon (n=12)	p
Kolşisin (%)	40 (95,2)	21 (100,0)	11 (91,7)	0,404*
Yurt dışı Kolşisin (%)				0,234*
IL-1 Antagonisti (%)	12(30,0)	7 (33,3)	6 (60,0)	0,012*
Kanakinumab	2 (4,8)	2 (9,5)	1 (9,1)	
Anakinra	1 (2,4)	1 (4,8)	3 (27,3)	

**Ki-Kare test*

[SS-012]

Sistemik Lupus Eritematozus İlişkili Üveit

Utku Şentosun, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE), birçok organı etkileyen kronik otoimmün inflamatuar bir bağ dokusu hastalığı olup hastalarının üçte birinde göz tutulumu görülebilir. Göz bulguları arasında keratokonjuktivitissikka, episklerit, sklerit, optik nöropati, retinalvaskülit ve üveit bulunmaktadır. SLE ilişkili üveit nadir olup, üveitli hastalarda SLE prevalansı %0,1-4,8 olarak bildirilmiştir (1). Bizim amacımız, SLE hastalarında üveit bulgularını değerlendirmektir.
Gereç-Yöntem: Son 7 yıl içerisinde kliniğimize başvuran ve 2019 ACR/EULAR sınıflamasına göre SLE tanısı konulan 277 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait veriler retrospektif olarak dosya kayıtlarından elde edildi. SLE ilişkili üveiti olan hastalara ait demografik, klinik, laboratuvar ve hastalık indeksleri (anti-dsDNA, anti-Sm/RNP, anti nükleer antikor, anti-sm, komplemanlar, ek organ tutulumu, aldığı tedaviler) değerlendirildi. İstatistiksel veri analizi, SPSS 25 (IBM Corp. Armonk, NY) kullanılarak gerçekleştirildi. Değişkenler ortalama, ortanca, frekans ve yüzde olarak gösterildi.
Bulgular: Çalışmada toplam 277 SLE hastası değerlendirildi ve bunların 7'sinde (%2,5) üveit saptandı. Çalışmamız üveit oranı %2,5 olarak tespit edildi. Üveiti olan hastaların 5'i (%71,4) kadın ve 2'si (%28,6) erkekti. Yaş ortalaması 52,3 yıldı. İki hastada anteriorüveit, iki hastada posteriorüveit ve üç hastada panüveit saptandı. 3 hastada sol, 2 hastada sağ ve2 hastada bilateral göz tutulumu vardı. ANA paterni en sık granüler (n=4), ardından benekli (n=1) ve nükleoler (n=1) olarak saptandı. Bir hastada anti-dsDNA, bir hastada anti-Sm ve 4 hastada anti-Sm/RNP pozitifliği (%57) vardı. Sedimentasyon ortalaması 33,3 mm/saat (min: 5, maks: 63) ve CRP ortalaması 21 mg/L idi. Eşlik eden klinik bulgular plevral effüzyon (n=2), lupus nefriti (n=1), osteonekroz (n=1) ve miyozit (n=1) idi. Tedavide hastalık şiddetine göre lokal steroid, metilprednizolon, hidroksiklorokin, azatiopyrin, sikloporin ve mikofenolatmofetil kullanıldı.
Sonuç: SLE'de üveitile ilgili kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. SLE, üveitin nadir bir nedeni olup görmeyi tehdit eden ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Erken tanı, etkin tedavi açısından multidispliner yaklaşım ve oküler iyileşme için sistemik tutulumunu kontrol etmek kritik öneme sahiptir (2).

Kaynaklar
1) Shoughy SS, et al. Ocularfindings in systemiclupuserythematosus. Saudi J Ophthalmol. 2016;30:117-121.
2) Peponis V, et al. Ocularmanifestations of systemiclupuserythematosus: a clinicalreview. Lupus. 2006;15:3-12.

Anahtar Kelimeler: üveit, sistemik lupus eritematozus, anti nükleer antikor

[SS-013]

Antinötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) İlişkili Vaskülitler Dışındaki Hastalıklarda ANCA Pozitifliği

Sümeyra Atçı Ufacık, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Anti nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA), ANCA ilişkili vaskülitlerin (AAV) tanı, takip ve prognozunda kullanılmaktadır. ANCA, vaskülitler dışında ülseratif kolit (%50-70), Crohn hastalığı (%20-40), SLE (%25), interstisyel akciğer hastalığı (%5), enfeksiyonlar ve malignitelerde pozitif olabilir (1). AAV dışındaki hastalıklarda test pozitifliği ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Biz burada ANCA pozitifliği saptanan hastalarda vaskülitik olmayan diğer durumları değerlendirmeyi amaçladık.
Gereç-Yöntem: Son 10 yılda kliniğimize başvuran ve çeşitli nedenler ile ANCA testi istenmiş olan tüm hastalar kayıtlardan retrospektif olarak tarandı. Toplam 133 hastada ANCA pozitifliği saptandı. AAV tanısı olan 66 hasta çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların yaş, cinsiyet, akut faz değerleri, otoantikorları ve eşlik eden hastalıkları değerlendirildi. İstatistiksel analiz, SPSS 25 kullanılarak gerçekleştirildi. Değişkenler ortalama, frekans ve yüzde olarak gösterildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 44'ü (%65,7) kadın ve 23'ü (%34,3) erkekti. Hastaların yaş ortalamaları 58,7 yıldı (min-max:30.0-87.0). Hastaların 56'sı (%83,6) p-ANCA, 9'u (%13,4) c-ANCA, 2'si (%3) atipik ANCA paternindeydi. Ortalama 2,14 (min:0,5-max:7) yıl içinde hastaların 31'inde (%46,3) tekrar ANCA kontrolü yapıldı ve 25'inde (%37,3) ANCA negatif saptandı. 55 (%82,1) hastada sedimentasyon ve 46 (%68,6) hastada CRP normalin üzerindeydi. 38 (%56,7) hastada ANA, 17 (%25,3) hastada Rf, 11 (%16,4) hastada anti-CCP ve 2 (%3) hastada HLA-B27 pozitifliği saptandı. Hastaların 5'inde (%7,5) herhangi bir hastalık bulunmazken 62'sinde (%92,5) vaskülit dışı hastalıklardan en az biri mevcuttu (Tablo 1).
Sonuç: ANCA pozitifliği, vaskülit dışındaki bir çok durumda atipik ANCA ve p-ANCA şeklindedir. AAV dışında en sık gözlenen durumlar gastrointestinal sistem hastalıkları, RA, SLE, malignite, enfeksiyon ve ilaçlardır (2). AAV kliniği olmayan hastalarda tekrarlayan testlerde negatiflik saptanabilir. Ancak yine de bu hastaların pulmo-renal ve vaskülit ilişkili klinik özellikler açısından takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antinötrofil Sitoplazmik Antikor, Vaskülit Dışı Nedenler

ANCA pozitifliği saptanan vaskülit dışı hastalıklar

Hastalıklar	n (%)
Romatizmal hastalıklar	
• Romatoid artrit	20 (%29,8)
• Sistemik lupus eritematozus	12 (%17,9)
• Sjögren hastalığı	8 (%11,9)
• Undiferansiye bağ doku hastalığı	6 (%8,9)
• Spondiloartropati	3 (%4,5)
• Gut	3 (%4,5)
• Behçet hastalığı	1 (%1,5)
• Ailevi Akdeniz ateşi	1 (%1,5)
• Polimiyaljia romatika	1 (%1,5)
Gastrointestinal sistem hastalıkları	
• Primer bilier kolanjit	3 (%4,5)

• Primer sklerozan kolanjit	2 (%2)
• Ülseratif kolit	1 (%1,5)
Otoimmun hastalıklar	
• Hashimato tiroiditi	4 (%6)
• Myastenia gravis	1 (%1,5)
İnterstisyel akciğer hastalığı	12 (%17,9)
Cilt hastalıkları	8 (%11,9)
Maligniteler	8 (%11,9)
Enfeksiyonlar	6 (%8,9)
İlaç ilişkili	3 (%4,5)

[SS-014]

Dev Hücreli Arterit ve Polimiyalji Romatika birlikteliği; Tek Merkez Retrospektif Deneyim

Gül Sandal Uzun
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA), kraniyal ve extrakraniyal (izole büyük damar tutulumu) ile başlıca iki subfenotipe ayrılan primer olarak 50 yaş üstünü etkileyen inflamatuvar romatizmal hastalıktır. DHA tanısına %40-60 oranında polimiyalji romatika (PMR) tanısı eşlik ettiği bilinmektedir [1]. Özellikle atipik PMR semptomları ile başvuran DHA hastalarında görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen büyük damar tutulumunun daha sık olduğu ve bu grupta daha sık alevlenme ve tedaviye direnç olduğunu vurgulayan çalışmalar vardır [2]. Biz de çalışmamızda üçüncü basamak bir romatoloji kliniğinde takipli DHA hastalarına eşlik eden PMR olması durumunda tutuşlum yeri farklarını ve klinik özellikleri vurgulamayı amaçladık.
Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Eylül 2016 ile Haziran 2025 tarihleri arasında International Classification of Diseases (ICD) -10 tanı koduna göre dev hücreli arterit tanısı konulan 37 hasta dahil edildi. Hasta notları ve görüntüleme yöntemleri gözden geçirildiğinde 3 hasta yalnızca PMR tanısı olması ve bir hasta da 2 hastanın eksik notları olması sebebi ile çalışmadan dışlandı. Analize dahil edilen 32 DHA hastasının demografik ve klinik özellikleri, tanı anındaki akut faz reaktanları (C-reaaktif protein ve sedimentasyon), hemoglobin ve lökosit değerleri dökümente edildi. Hastaların komorbid hastalık öyküleri ve tedaviye yönelik aldıkları spesifik tedaviler de ayrıca kaydedildi. Hastalar PMR tanısı eşlik eden ve etmeyen DHA olmak üzere iki gruba ayrıldı ve aradaki klinik farklar gözden geçirildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen DHA hastalarının tanı yaşı 66,2 (9,7) ve %53,1'i erkek cinsiyetti. Bu hastaların 17'sinde (%53,1) DHA tanısına PMR eşlik ediyordu. PMR ve DHA olan hastalarda erkek cinsiyette PMR eşlik etmeyen gruba göre daha sıktı. PMR+DHA grubunun %6 (35.2)'unda tutulum şekli izole büyük damar tutulum şeklindeydi ve olmayanlara göre istatistiksel oranda daha sıktı (p=0,02). Yine PMR+DHA hasta grubunda halsizlik yorgunluk ve kilo kaybı gibi sistemik semptomlar olmayanlara göre daha yüksekti. Komorbid hastalıklardan hipertansiyon PMR+DHA hasta grubunda olmayanlara göre istatistiksel oranda yüksekti (12 (70,6)'e karşın 5 (33,3), p=0,01). Tanı anında ortanca glukokortikoid dozu PMR+DHA hastalarında olmayanlara göre daha yüksekti (38 (16-48)'e karşın 15.5 (4-60), p=0,01)(Tablo)
Sonuç: DHA seyrine tanı anında PMR eşlik etmesi durumunda hastalığın klinik prezentasyonu olmayan hastalara göre farklılık gösterebilir. Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda bu hasta grubunda izole büyük damar tutulumunun daha yüksek, tanı anında kullanılan glukokortikoid dozu yüksek ve hipertansiyon sıklığının daha yaygın olduğunu vurgulamaktadır. Bu açıdan tanı anındaki klinik subfenotipleri belirlemek hastalık yönetiminde ve komorbid hastalıkların farkındalığının oluşması amacı ile klinisyenlere yol gösterici olabilir.

Kaynaklar
1. Tomelleri, A., et al., Disease stratification in GCA and PMR: state of the art and future perspectives. Nat Rev Rheumatol, 2023. 19(7): p. 446-459.
2. Prieto-Peña, D., et al., Predictors of positive 18F-FDG PET/CT-scan for large vessel vasculitis in patients with persistent polymyalgia rheumatica. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 2019. 48(4): p. 720-727.

Anahtar Kelimeler: Dev hücreli Arterit, Polimiyalji Romatika

Tablo. Dev hücreli arterit hastalarının klinik ve demografik özellikleri ve PMR varlığına göre farkların karşılaştırılması

Demografik ve Klinik veriler	Tüm DHA hastaları n =32	DHA-PMR tanısı eşlik eden n =17	DHA-PMR tanısı eşlik etmeyen n =15	P*
Tanı yaşı	66,2 (9,7)	65,2 (9.6)	67,3 (10,0)	0,55
Cinsiyet, erkek, n (%)	17 (53,1)	6 (37,5)	11(73,3)	0,049
Subfenotip, n (%) Kraniyal İzole büyük damar tutulumu Kraniyal+izole büyük damar tutulumu	 24 (75) 8 (18,7) 2 (6,2)	 12 (70.6) 6 (35.2) 1 (5,9)	 12 (80) 2 (13,3) 1 (6,7)	 0,7 0,02 0,56
DHA ilişkili klinik semptomlar, n (%)				
Baş ağrısı	25 (78,1)	12 (70,6)	13 (86,7)	0,25
Çene kladikasyosu	11 (34,5)	6 (35,3)	5 (33,3)	0,60
Skalp hassasiyeti	4 (12,5)	1 (5,9)	3 (20)	0,25
Görme kaybı	16 (50)	7 (41,2)	9 (60)	0,24
Extremite kladikasyosu	3 (9,3)	3 (17,6)	0	0,13
Ateş	4 (12,5)	2 (11,8)	2 (13,3)	0,65
Halsizlik, yorgunluk	10 (31,5)	8 (47)	2 (13,3)	0,03
Kilo kaybı	7 (21,8)	6 (35,3)	1 (6,6)	0,01
Kas iskelet semptomları	22 (68,7)	14 (82,4)	8 (53,3)	0,08
TA, extremite arası nabız farkı	2 (6,5)	1 (5,9)	1 (7,1)	0,70
Temporal arterde hassasiyet, nodülarite	12 (18,7)	6 (35,3)	6 (40,0)	0,53
Laboratuvar bulguları, n (%)				
CRP	31 (96,8)	17 (100)	14 (93,3)	9,67
Sedimentasyon	28 (87,5)	17 (100)	11 (66,7)	0,02
Anemi varlığı	19 (59,3)	12 (75,0)	7 (46,6)	0,29
Hemoglobin, g/dL, (SS)	11.4 (1,25)	10.6 (1.5)	11.2 (1,7)	0,71
Lökositoz	14 (43,7)	6 (37,5)	8 (53,3)	0,12
Lökosit, mm^3, (SS)	13,259 (2,316)	1,.480 (1,892)	14.832(2,145)	0,48
Komorbid hastalıklar, n (%)				
Diyabetes Mellitus	13 (40,6)	9 (52,9)	4 (26,7)	0,12
Hipertansiyon	17 (53,1)	12 (70,6)	5 (33,3)	0,03
Dislipidemi	9 (28,1)	4 (23,5)	5 (33,3)	0,41
Aterosklerotik kalp hastalığı	8 (25)	5 (29,7)	3 (20)	0,42
Malignite	3 (9,3)	1 (5,9)	2 (13,3)	0,45
Kronik böbrek yetmezliği	8 (25)	5 (29.7)	3 (20)	0,38
Kronik obtroktif akciğer hastalığı/Astım	1 (3,1)	1 (5,9)	0	0,53
DHA yönelik tedavi, n (%)				
Başlangıç glukokortikoid dozu, ortanca (en küçük-en büyük)	28 (4-60)	38 (16-48)	15,5 (4-60)	0,01
Pulse steroid, n (%)	8 (25)	5 (29,4)	3 (20)	0,32
Metotreksat, n (%)	21 (65,6)	12 (70,5)	9 (60)	0,44
Leflunomid, n (%)	2 (6.2)	2 (11,7)	0	0,12
Mikofenolat mofetil, n (%)	1 (3.1)	0	1 (6,6)	0,56

**p, Dev hücreli arterit-PMR eşlik eden grup ile dev-hücreli arteri-PMR eşlik etmeyen grubu karşılaştırılması DHA; Dev Hücreli Arterit, SS, Standart sapma, CRP; C-reaktif protein; PMR; Polimiyalji Romatika*

[SS-015]

Romatoid Artrit'e Bağlı İnterstisyel Akciğer Hastalığı'nda Cinsiyete Göre Farklılıklar

Zehra Özsoy
Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Amaç: Romatoid artrit (RA), çoğunlukla eklemleri etkilemekle birlikte multisistem organ tutulumu ile karakterize,kronik sistemik inflamatuar bir hastalıktır (1). İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) ve plevra tutulumu, solunum sistemi tutulumunun en yaygın biçimleridir. Akciğer tutulumu, romatoid artritli hastalarda morbidite ve mortaliteye önemli ölçüde katkıda bulunur (2). Erkek cinsiyet, sigara kullanımı, şiddetli artrit, aşırı yüksek RF ve/veya anti-CCP titreleri RA'lı hastalarda İAH gelişimini arttırdığı durumlardır (3). Sıklıkla hastalığın ilk 5 yılında ortaya çıkar (4). %10-20 solunum semptomları eklem semptomlarının başlamasından önce ortaya çıkabilir (5). HRCT tulum paterni olarak en sık usual interstitial pneumonia (UIP) olup bunu nonspesifik interstisyel pnömoni (NSIP) izler (6).
Çalışmamızda pulmoner RA'da pulmoner tutulumun özellikleri ve cinsiyete göre farklılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 1 Aralık 2023 tarihinden 1 Temmuz 2025 tarihine kadar göğüs hastalıkları kliniğinden romatoloji kliniğine İAH tanısı ile yönlendirilen 2010 ACR/EULAR Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri'ne göre RA tanısını karşılayan 51 hasta çalışmaya dahil edildi.
Hastaların başlangıç HRCT bulguları 2 farklı göğüs hastalıkları ve bir radyoloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Akciğer tutulum paternleri cellular NSIP (c-NSIP), fibrotik NSIP (f-NSIP), UIP, organize pnömoni (OP), sınıflandırılamayan olarak kategorize edildi. Tutulan bölge, yaygınlık, tutulum şekli ve solunum fonksiyon testleri kaydedildi. Hastaların kullanmakta oldukları immunsupresif ve antifibrotik ilaçlar not edildi.
Hastalar cinsiyete göre iki gruba ayrıldı. Klinik, laboratuvar, akciğer tutulum özellikleri yönünden karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların %60.8'i kadındı.
HRCT patern dağımı sıklık sırası ile NSIP (%68.6), sınıflandırılamayan (%17.6), UIP (%11.8), OP (%2) şeklinde idi. Alt lob 32 (%62.7), orta lob 14 (%27.5) ve üst lob 4 (%7.8), diffüz 15 (%29.4), iki lob 14 (%27.5), tek lob 22 (%43.1), intertisyel izde belirginleşme 49 (%96.1), retiküler görünüm 43 (%84.3), buzlu cam 36 (%70.6), interlobüler septal kalınlaşma 33 (%64.7), traksiyon bronşiektazisi 25 (%49), bal peteği 21 (%41.2), mozaik perfüzyon bozukluğu 10 (%19.6), nodül 7 (%13.7), kist 3 (%5.9), konsolidasyon 2 (%3.9) saptandı.
Erkek ve kadın cinsiyetin yaş, IAH hastalık süreleri benzer olmakla birlikte kadınların RA hastalık takip süreleri daha uzundu. Komorbiditelerden hiperlipidemi (5 (%25) vs 1 (%3.2), p: 0.01); malignite (3 (%15) vs 0 (%0), p:0.02); sigara kullanma öyküsü ve Anti-siklik sitrulinlenmiş peptid antikoru (ACPA) pozitifliği erkeklerde daha fazla idi. f-NSIP paterni, buzlu cam (26 (%83.9) vs 10 (%50), p: 0.01), tek lob tutulumu (23 (%74.2) vs 6 (%30), p: 0.002) kadınlarda; orta lob tutulumu (18 (%58.1) vs 19 (%95), p: 0.004), iki lob tutulumu (18 (%58.1) vs 19 (%95), p: 0.004) erkeklerde daha sıktı. Artrit erkeklerde, myalji kadınlarda daha sıktı. Cinsiyetler arasında immünsüpresif ve antifibrotik tedaviler arasında fark yoktu ancak kadın hastalar daha fazla tedavi edilmişti. (Tablo)

Sonuç: Etiyolojisi bilinmeyen akciğer hastalığı olan bir hastayı değerlendirirken, pulmonoloğun bağ dokusu hastalığına işaret eden belirti ve semptomları tanıması ve hastayı bir romatoloğa yönlendirmesi esastır. Uzun hastalık süresi olan kadın hastalar ve sigara kullanan, ACPA pozitif, artriti olan erkek hastalar İAH açısından dikkatli sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Cinsiyet

Hastaların Cinsiyete Demografik ve Klinik Bulguları, Oto-Antikorları, HRCT'ye Göre Tutulum Paternleri ve Tedavilerinin Karşılaştırılması

		Tüm 51 (%100)	Kadın 31 (%60.8)	Erkek 20 (%39.2)	P

Demografik Özellikler	Yaş (yıl)	69.4 (42.7-85)	67.5 (42.7-83)	72.3 (46.7-85)	0.55
	RA hastalık süresi (ay)	59.5 (0.7-306)	81.1 (1.5-306)	14.5 (0.7-138)	0.05
	İAH hastalık süresi (ay)	15.7 (1.3-114)	15.2 (1.5-114)	16.2 (1.3-65.3)	0.55
	Sigara Öyküsü	27 (52.9)	11 (35.5)	16 (80)	0.002
Klinik Bulgular	Kilo Kaybı	4 (7.8)	3 (9.7)	1 (5)	0.54
	Artrit	38 (74.5)	20 (64.5)	18 (90)	0.04
	Miyalji	31 (60.8)	24 (77.4)	7 (35)	0.002
	Sabah Tutukluğu	33 (64.7)	20 (64.5)	13 (65)	0.97
	Sikka Semptomları	22 (43.1)	12 (38.7)	10 (50)	0.42
Oto-Antikorlar	ANA*	13 (25.5)	7 (22.6)	6 (30)	0.55
	RF	39 (76.5)	24 (77.4)	15 (75)	0.84
	ACPA	33 (64.7)	16 (51.6)	17 (85)	0.01
	Yüksek Pozitif Titre RF**	22 (56.4)	13 (54.2)	9 (60)	0.72
	Yüksek Pozitif Titre ACPA**	25 (75.8)	13 (81.8)	12 (70.6)	0.47
Tedaviler	tedavi edilen	38 (74.5)	26 (83.9)	12 (60)	0.05
	Mikofenolat Mofetil	8 (15.7)	7 (22.6)	1 (5)	0.09
	Azatioprin	3 (5.9)	3 (5.9)	0 (0)	0.15
	Glukokortikoid	33 (64.7)	23 (74.2)	10 (50)	0.07
	Ritüksimab	7 (13.7)	6 (19.4)	1 (5)	0.14
	Abatasept	1 (2)	0 (0)	1 (5.6)	0.18
	Tofasitinib	1 (2)	1 (3.2)	0 (0)	0.41

	Tosilizumab	2 (3.9)	1 (3.2)	1 (5)	0.75
	Antifibrotik	7 (14)	4 (13.3)	3 (15)	0.86
HRCT'ye Göre Tutulum Paternleri	c-NSIP	19 (37.3)	11 (35.5)	8 (40)	0.74
	f-NSIP	16 (31.4)	13 (41.9)	3 (15)	0.04
	NSIP	35 (68.6)	24 (77.4)	11 (55)	0.09
	UIP	6 (11.8)	2 (6.5)	4 (20)	0.09
	Sınıflandırılamayan	9 (17.6)	5 (16.1)	4 (20)	0.72
* İmmünofloresansla ANA ⩾1:320 titrede ANA pozitifliği. **Normalin üç katından yüksek					

[SS-016]

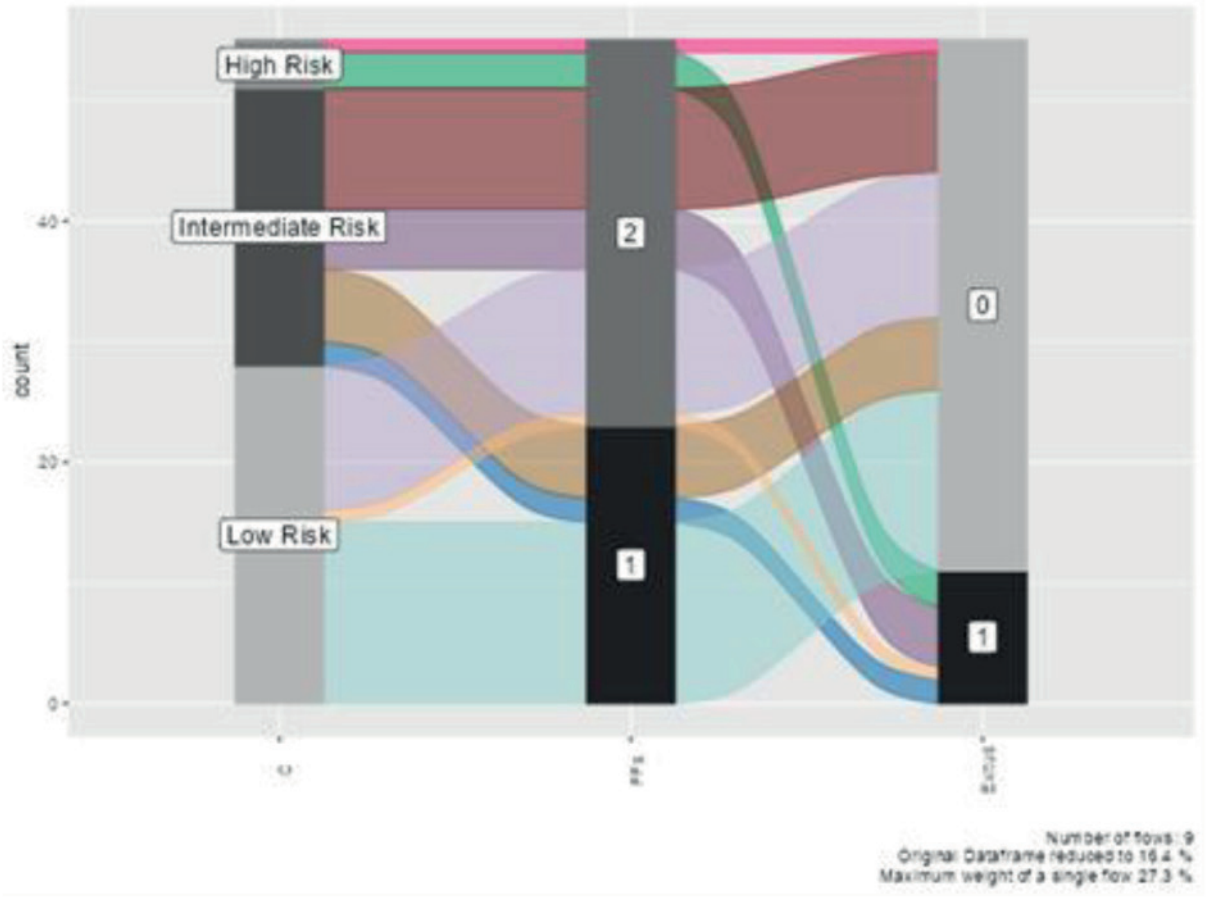
ANCA ile İlişkili Renal Vaskülitte DANGER Skoru ile Mortalite Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi

Pınar Akyüz Dağlı[1], Hakan Babaoğlu[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Amaç: Antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülitler (AAV), renal tutulum varlığında artmış morbidite ve mortalite riski taşır. Son dönemde geliştirilen DANGER (Death in ANCA Glomerulonephritis–Estimating the Risk) skoru, ANCA ilişkili glomerülonefritli hastalarda mortalite riskini öngörmeye yönelik spesifik bir prognostik araç olarak önerilmiştir. Bu çalışmada, DANGER skorunun prognostik değerini, renal tutulumlu AAV hastalarından oluşan tek merkezli bir kohortta değerlendirmeyi amaçladık.
Gereç-Yöntem: Aralık 2022'ye kadar merkezimizde ANCA ile ilişkili renal vaskülit tanısı almış 55 hasta retrospektif olarak incelendi. Klinik, laboratuvar ve histopatolojik veriler ile uygulanan tedavi yaklaşımları kaydedildi. Hastalar, tanı anındaki DANGER skorlarına göre düşük, orta ve yüksek riskli gruplara ayrıldı. DANGER skoru; yaş, hipertansiyon varlığı, kardiyak hastalık öyküsü, serum kreatinin düzeyi ve hemoglobin düzeyini içeren beş değişken temelinde hesaplandı. Ayrıca, tanı anında Five Factor Score (FFS) hesaplanarak kaydedildi. Mortalite durumları kaydedilerek, DANGER skoru ile mortalite arasındaki ilişki araştırıldı.
Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 57,1 yıl olup %43,6'sı erkekti. Renal biyopsi yapılan 46 hastanın yarısında (%50,9) Kresentrik tip Glomerulonefrit saptandı. İzlem süresince 11 hastada (%20) mortalite meydana geldi; bunların 9'u (%82) enfeksiyona bağlıydı. DANGER skoruna göre hastaların 28'i (%50.9) düşük, 23'ü (%41,8) orta, 4 'ü (%7,3) yüksek risk grubunda yer aldı. Mortalitenin DANGER skoru ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptandı ($p < 0,01$). Yüksek risk grubundaki mortalite oranı %75 olarak belirlendi. FFS ile mortalite arasındaki ilişki ise anlamlılık sınırında bulundu ($p = 0,082$).
Sonuç: Bu tek merkezli retrospektif çalışmada, DANGER skoru yüksek olaran ANCA ile ilişkili renal vaskülitli hastalarda mortalite oranının istatistiksel anlamlı daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mortalite öngörüsünde etkili bir prognostik belirteç olabileceği hipotezini desteklemektedir. Özellikle yüksek risk grubundaki hastalarda saptanan yüksek mortalite oranı, bu skorun klinik karar süreçlerinde rehber olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Bulgularımızın çok merkezli ve daha geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, DANGER skoru, mortalite

Şekil 1: DANGER Skoru, Five Factor Skoru (FFS) ve Mortalite Durumu Arasındaki Geçişleri Gösteren Alluvial Diyagram



Tablo 1:Tablo 1: Hastaların demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri

Tablo 1: Hastaların demografik, laboratuvar ve klinik özellikleri	
	Toplam hasta (n=55)
Cinsiyet, erkek, n (%)	31 (43.6)
Yaş, mean (SD)	57,18 (18-91)
En az bir komorbidite, n (%)	42(76.4)
Hipertansion	23(41.8)
Diyabet	12 (21.8)
Kalp Hastalığı	14 (25.4)
KBH	10 (18.2)
KBY, HD	12 (21.8)
Takip süresi, ay (min-max)	48.1 (9-170)
ANCA tipi, n (%)	
Anti-MPO	18 (32.7)
Anti-PR3	36(65.5)
Negative	1 (1.8)
BWAS skoru, mean (min-max)	16,54 (8-25)
FFS, mean (min–max)	1.58 (1–2)
Renal biyopsi, n (%)	46 (83.6)
Berden histopatolojik sınıflandırma	
Fokal, n(%)	4 (7.3)
Kresentrik, n (%)	28 (50.9)
Mix, n (%)	6 (10.9)
Sklerotik, n (%)	6 (10.9)
Diğer Organ tutulumları, n (%)	
Konstitüsyonel semptom	24 (43.6)
Cilt tutulumu	7 (12.7)
KBB tutulumu	19 (34.5)
Göz tutulumu	8 (14.5)
Pulmoner tutulum	38 (69.1)
Periferik sinir tutulumu	5 (9.1)
İndüksiyon tedavisi, n (%)	
Pulse Steroid	54 (98.2)
Siklofosfamid	52 (87.3)
Ritüksimab	5 (9.1)
Mikofenolat mofetil	1 (1.8)
Plazmaferez	31 (56.4)
IVIG	7 (12.7)
Idame tedavisi, n (%)	
Mikofenolat Mofetil	8 (14.5)
Ritüksimab	22 (40.0)
Azatiyopürin	18 (32.7)
Tüm takip süresince ölüm, n (%)	11(20)
Ölüm zamanı, n (%)	
1 yıl içinde	4 (7.3)
3 yıl içinde	5 (9.1)
5 yıl içinde	1 (1.8)
>5 yıl	1 (1.8)
VDI	0,96 (0-3)

Tablo 2:Tablo 2: AAV-GN'de ölüm tahmini için değişkenler ve DANGER skoru

Tablo 2: AAV-GN'de ölüm tahmini için değişkenler ve DANGER skoru	
AAV-GN'de ölüm tahmini için değişkenler	
Yaş	53,64 (16-90)
Hipertansiyon	23(41.8)
Kalp Hastalığı	14 (25.4)
Kreatinin, mg/dL ,mean (min-max)	3,52 (0,6-16,5)
Hemoglobin, g/dL , mean (min-max)	9,9 (7,10-13,4)
DANGER kümülatif ölüm insidansı, n (%)	
Düşük düzeyde ölüm riski	28 (50.9)
Orta düzeyde ölüm riski	23 (41.8)
Yüksek düzeyde ölüm riski	4 (7.3)
1 yıllık tahmin %	5,22 (0-47,1)
3 yıllık tahmin %	9,14 (0,1-71)
5 yıllık tahmin %	11,27 (0,10-82,30)

Tablo 3: DANGER Skoru Risk Gruplarına Göre Mortalite ve FFS Dağılımı

	Düşük risk (n:28)	Orta risk (n:23)	Yüksek risk (n:4)	P value
Mortalite	1 (3%)	7 (30%)	3 (75 %)	$X^2_2 = 13.85$, $p<0.01$
FFS: 1	15 (54%)	8 (35%)	0	$X^2_2 = 4.93$, $p = 0.082$
FFS:2	13 (46%)	15 (65%)	4 (100%)	$X^2_2 = 4.93$, $p = 0.082$

1Kruskal-Wallis. 2Pearson. 3Wilcoxon

[SS-017]

Romatizmal Akciğer Hastalıklarında Nintedanib Kullanımına Yönelik Yayınların Bibliyometrik Analizi

Selman Parlak
SBÜ Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Konya

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Web of Science (WoS) veri tabanında yayımlanmış İngilizce dilindeki makale ve derlemeler ışığında, Nintedanib'in romatizmal akciğer hastalıklarındaki kullanımına ilişkin bilimsel üretkenliği, iş birliklerini, etkili yazar ve kurumları, ana tematik alanları ve araştırma boşluklarını bibliyometrik yöntemlerle analiz etmektir.

Gereç-Yöntem: 26 Temmuz 2025 tarihinde WoS veri tabanında, ("Nintedanib") AND ("rheumatic disease" OR "rheumatoid arthritis" OR "systemic sclerosis" OR "scleroderma" OR "systemic lupus erythematosus" OR "SLE" OR "interstitial lung disease" OR "ILD" OR "connective tissue disease" OR "CTD" OR "pulmonary fibrosis") sorgusu yapılmıştır. Sadece İngilizce dilindeki özgün araştırma makaleleri ve derleme türündeki yayınlar dahil edilmiştir. Veriler R studio yazılımı üzerinden bibliometrix paketi ve biblioshiny arayüzü ile analiz edilmiş; VOSviewer ile görsel haritalar oluşturulmuştur.

Bulgular: Toplam 1552 yayın analiz edilmiştir. Yayın sayısı 2014 yılından itibaren artış göstermiş, özellikle 2019 sonrası hızla yükselmiştir. En fazla yayın üreten ülkeler arasında ilk sırada Amerika Birleşik Devletleri (ABD) yer almakta olup, bunu sırasıyla Çin, Japonya, İtalya ve İngiltere izlemektedir. Grafik analizlerine göre, ABD ve Çin hem tek ülke kaynaklı yayınlarda hem de çok uluslu iş birlikli yayınlarda yüksek sayılarla öne çıkmış olup Distler O., Maher T. ve Oelzner P. en etkili yazarlardır. En üretken kurumlar arasında Sichuan Üniversitesi (89), Michigan Üniversitesi (88), İmperial College London (77) ve Cattolica del Sacro Cuore Üniversitesi (77) yer almaktadır. Türkiye'den toplam 6 yayın saptanmıştır. Bunların büyük kısmı 2020 sonrası yayımlanmış olup; sistemik skleroz ve İAH konuludur. Türkiye merkezli yayınlarda Almanya ve İtalya ile ortaklıklar gözlenmiştir. Buna karşın Türkiye kaynaklı yayınların toplam içindeki oranı % 0,3 düzeyinde kalmış ve atıf etkisi düşük bulunmuştur. Anahtar kelime analizinde `pirfenidon', `nindetanib', `etkinlik' ve `idiopatik pulmoner fibrozis (IPF)' en sık kullanılan terimlerdir. Bu durum daha çok IPF hastalarında pirfenidon ile etkinlik karşılaştırma çalışmalarının yapıldığını göstermektedir.

Sonuç: Bibliyometrik veriler, mevcut literatürün yönünü belirlemekle kalmayıp; gelecek araştırmalar için hedef alanların tanımlanmasına da katkı sağlar. Nintedanib ile ilgili romatizmal akciğer hastalıklarının bibliometrik verileri özellikle sistemik skleroz ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı alanında yoğunlaşmış durumdadır. Bu alan dışındaki romatizmal hastalıklarda akciğer tutulumuna dair çalışmalar sınırlıdır ve bu konular araştırma açısından geniş bir potansiyel sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: bibliyometrik analiz, interstisyel akciğer hastalığı, nintedanib

[SS-018]

Nöral terapi ile akupunktur uygulanan fibromiyalji sendromlu hastalarin retrospektif analizi

Melek Aykut Selçuk[1], Gülseren Demir Karakılıç[2]
[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara
[2]Yozgat Bozok Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi, Yozgat

Amaç: Bu çalışmada nöral terapi ile akupunktur uygulanan fibromiyalji sendromlu (FMS) hastaların retrospektif analizini yapmaktır.
Gereç-Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışma, Temmuz 2023 – Temmuz 2025 tarihleri arasında FMS nedeniyle başvuran ve tedavi amacıyla akupunktur veya nöral terapi uygulanan 18-65 yaş arasındaki 63 kadın hastayı kapsamaktadır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, daha önce uygulanan tedavi yöntemleri, uygulanan seans sayısı, ek hastalıklar, kullanılan ilaç türleri ve tedavi sonrası fayda düzeyi (tam fayda >%50, kısmi fayda %30–50, fayda yok <%30) gibi değişkenleri kayıt altına alınmıştır. Sadece FMS tanısı olan ve ek tanısı bulunan hastalar gruplar içinde ayrı olarak değerlendirilmiştir.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 63 hastanın tamamı kadındı. Nöral terapi uygulanan grup 32 hasta, akupunktur uygulanan grup ise 31 hastadan oluşmaktaydı. Her iki grup arasında yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p=0,086, Mann–Whitney U testi). FMS'ye eşlik eden ek hastalıkların görülme oranı akupunktur grubunda daha fazlaydı (p=0,025). En sık görülen ek hastalıklar arasında nöral terapi grubunda IBS+anksiyete (%9,4), meme kanseri (%6,3), myom (%6,3), tiroidit+hiperlipidemi (%3,1) yer alırken; akupunktur grubunda DM+hiperlipidemi+migren (%6,5), HT+DM+venöz yetmezlik (%6,5), DM (%3,2) ve RA (%3,2) öne çıkmaktaydı. Uygulanan seans sayısı, nöral terapi grubunda ortalama 7,19 ± 3,36, akupunktur grubunda ise 5,35 ± 2,09 olarak saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,031, Mann–Whitney U testi). En sık kullanılan ilaçlar nöral terapi grubunda duloksetin (%21,9), pregabalin (%12,5) ve çeşitli kombinasyonlar şeklinde olurken; akupunktur grubunda duloksetin (%16,1), pregabalin (%12,9) ve antidiyabetik/antihiperlipidemik ilaçlar (%9,7) öne çıktı. Tedavi sonrası fayda açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Nöral terapi grubunda hastaların %53,1'i "tam fayda", %21,9'u "kısmi fayda" ve %25'i "fayda yok" şeklinde değerlendirilirken; akupunktur grubunda bu oranlar sırasıyla %54,8, %25,8 ve %19,4 idi (p=0,845)
Sonuç: Bu çalışmada akupunktur ve nöral terapi grubunda tedaviye yanıt düzeyleri benzer bulunmuş ve hastaların yaklaşık yarısı tedaviden belirgin fayda görmüştür. Bu bulgular, akupunktur ve nöral terapi yöntemlerinin özellikle farmakolojik tedaviye yanıtı sınırlı olan fibromiyalji hastalarında etkili ve bireyselleştirilebilir bir alternatif olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, nöral terapi, akupunktur

Nöral terapi ve Akupunktur Uygulanan Hastaların Analizi

Özellik	Nöral terapi	Akupunktur	P değeri
Yaş (Ort. ± SS)	52,13 ± 9,16	56,23 ± 6,52	0.086a
Cinsiyet	32 kadın (%100)	31 kadın (%100)	-
Sadece FMS tanısı olan hasta	25 (78,1%)	16 (51,6%)	0.025b
FMS + diğer tanılar	7 (21,9%) (RA, AS, migren vb.)	15 (48,4%) (omuz ağrısı, lipödem vb.)	0.025b
Daha önce GETAT uygulanan	4 hasta (%12,5) (ozon, proloterapi)	0 hasta	0.126 b

Akupunktur tipi	-	Vücut+YNSA (65,6%) Vücut (12,5%) Vücut+kulak+YNSA (12,5%) Vücut+kulak %9,4	—
Uygulanan Seans Sayısı (Ort. ± SS)	7,19 ± 3,36	5,35 ± 2,09	0.031b
Tam fayda (% >50)	17 (53,1%)	17 (54,8%)	0.845 b
Kısmi fayda (% 30–50)	7 (21,9%)	8 (25,8%)	0.845 b
Fayda yok (% <30)	8 (25%)	6 (19,4%)	0.845 b
Ek hastalığı olmayan hasta sayısı	14 (%43,8)	17 (%54,8)	0.442 b
En sık görülen ek hastalıklar	- İBS+Anksiyete (9,4%) - Meme Ca (6,3%) - Myom (6,3%) - Tiroidit+Hiperlipidemi (3,1%)	- DM+Hiperlipidemi+Migren (6,5%) - HT+DM+Venöz Yetmezlik (6,5%) - DM (3,2%) - RA (3,2%)	0.442b
İlaç kullanmayan hasta	10 (%31,3)	12 (%38,7)	0.421b
En sık kullanılan ilaçlar	- Duloksetin (21,9%) - Pregabalin (12,5%) - Duloksetin kombinasyonları (>=12%)	- Duloksetin (16,1%) - Pregabalin (12,9%) - Antidiyabetik/Antihiperlipidemik (>=9,7%)	0.421b

a Mann–Whitney U testi, b Pearson Ki-Kare Testi

Akupunktur tipi	-	Vücut+YNSA (65,6%) Vücut (12,5%) Vücut+kulak+YNSA (12,5%) Vücut+kulak %9,4	—
Uygulanan Seans Sayısı (Ort. ± SS)	7,19 ± 3,36	5,35 ± 2,09	0.031b
Tam fayda (% >50)	17 (53,1%)	17 (54,8%)	0.845 b
Kısmi fayda (% 30–50)	7 (21,9%)	8 (25,8%)	0.845 b
Fayda yok (% <30)	8 (25%)	6 (19,4%)	0.845 b
Ek hastalığı olmayan hasta sayısı	14 (%43,8)	17 (%54,8)	0.442 b
En sık görülen ek hastalıklar	- İBS+Anksiyete (9,4%) - Meme Ca (6,3%) - Myom (6,3%) - Tiroidit+Hiperlipidemi (3,1%)	- DM+Hiperlipidemi+Migren (6,5%) - HT+DM+Venöz Yetmezlik (6,5%) - DM (3,2%) - RA (3,2%)	0.442b
İlaç kullanmayan hasta	10 (%31,3)	12 (%38,7)	0.421b
En sık kullanılan ilaçlar	- Duloksetin (21,9%) - Pregabalin (12,5%) - Duloksetin kombinasyonları (>=12%)	- Duloksetin (16,1%) - Pregabalin (12,9%) - Antidiyabetik/Antihiperlipidemik (>=9,7%)	0.421b

a Mann–Whitney U testi, b Pearson Ki-Kare Testi

[SS-019]

Nadir bir hastalık olan tekrarlayan polikondrit hastaların özellikleri; Tek merkez deneyimi

Ezgi Çimen Güneş
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Tekrarlayan polikondrit (TP), vücudun her yerinde özellikle kulaklar, burun, gözler, eklemler ve solunum yolu olmak üzere vücuttaki kıkırdaklı yapıları ve diğer dokuları etkileyen, immun aracılı, sistemik inflamatuar bir hastalıktır. Sıklıkla 40-60 yaşları arasında görülür. Erkekler ve kadınlar eşit olarak etkilenir. Bu çalışmanın amacı nadir bir hastalık olan TP hastalarının demografik özelliklerini ve tedavilerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 2016-2024 yılları arasında üçüncü basamak bir romatoloji kliniğinde TP tanısıyla takip edilen 11 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak incelendi. Tanıda McAdam kriterleri kullanıldı. Tanı altı kriterden üçünün pozitif olmasıyla kesinleşti. Kriterleri karşılamayan ve aurikuler kondrit ile başvuran hastalar ise olası TP olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma süresi boyunca 11 hasta TP tanısı aldı. Üç hasta tanı kriterini karşılarken, diğer hastalar muhtemel TP olarak sınıflandırıldı. Ortalama hasta yaşı 45,5±12,1 idi. İlk semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süre ortanca 6 (1-12) aydı. Kadın erkek oranı 6:5 idi. En sık rastlanan klinik bulgu aurikuler kondrit (9 hasta, %81,8) ve artritti (9 hasta, %81,8). Onbir hastaya tedavileri sırasında en az bir kez glukokortikoid, 6 hastaya metotreksat, 5 hastaya azatiopürin ve 3 hastaya siklofosfamid tedavisi verildi. Hastaların dördünde takibe gelmemeleri nedenli hastalık seyri değerlendirilemedi, bir hastada takip süresince remisyon sağlanamadı. Bir hastada ise meme kanseri nedenli eksitus görüldü (Tablo 1). Hastaların romatolojik serolojik tetkikleri negatifti. Bir hasta dışında eşlik eden ek hastalık yoktu. Hastalarda inflamatuar belirteçlerden sedimantasyon ortanca 51,0 mm/h (22,0-75,0) iken C-reaktif protein (CRP) ortanca 12,4 mg/dl (1,5- 90,0) bulundu (Tablo 2). TP hastaları 11 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ESR ve CRP düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,008$). Ayrıca hemogram parametrelerinden nötrofil, lenfosit, nötrofil/lenfosit (NLR), trombosit/lenfosit (PLR) ve ortalama eritrosit hacmi (MCV) değerlerinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla $p=0,031$, $p=0,002$, $p=0,007$, $p=0,047$, $p=0,047$).

Sonuç: TP klinik seyri değişken nadir görülen sistemik, inflamatuar ve dejeneratif bir hastalıktır. TP'nin etiyolojisi net bilinmemektedir. Hastalığın tanısında biyopsi olmadığı durumlarda klinik ve laboratuvar (özellikle inflamatuvar belirteçler ve hemogram) yol gösterici olabilmektedir. Bu nedenle erken teşhis, hastalık seyri ve tedavisine yönelik ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan polikondrit, Auriküler kondrit, Artrit

Tablo 1. Tekrarlayan polikondrit hastaların demografik, kinik ve laboratuvar özellikleri (n=11)

No	Yaş	Cinsiyet	Semptom	Tanı Öncesi Süre (ay)	ESR (mm/h) CRP (mg/dl)	Tedavi	Sonuç (Son vizit)
1	34	Erkek	Nefes darlığı, Ses kısıklığı (Solunum yolu kondriti), Artrit	8	ESR:12,4 CRP:42,0	AZA, GK, CYC	Remisyon
2	50	Kadın	Nefes darlığı, Ses kısıklığı, (Solunum yolu kondriti), Artrit	3	ESR:1,5 CRP:38,0	AZA, MTX, GK, CYC	Exitus (meme ca)

3	43	Kadın	Sağ auriküler kondrit, Artrit	10	ESR:10,0 CRP:52,0	AZA, MTX, GK	Remisyon
4	32	Kadın	Sağ auriküler kondrit, Artrit	8	ESR:19,0 CRP:36,0	MTX, GK	Remisyon
5	60	Kadın	Sol auriküler kondrit, Artrit	12	ESR:6,0 CRP:46,0	GK	Takipsiz
6	70	Erkek	Bilateral auriküler kondrit, Üveit	1	ESR:90,0 CRP:66,0	AZA, GK	Remisyon
7	34	Erkek	Sol auriküler kondrit, Döküntü, Artrit	5	ESR:19,4 CRP:51,0	MTX, GK	Takipsiz
8*	50	Erkek	Sağ auriküler kondrit, Konjuktivit, Artrit	3	ESR:4,3 CRP:22,0	MTX, GK	Remisyon
9	35	Erkek	Bilateral auriküler kondrit, Artrit	6	ESR:35,0 CRP:53,0	GK	Takipsiz
10*	42	Kadın	Sağ auriküler kondrit, Burunda çökme, Ses kısıklığı (Solunum yolu kondriti)	7	ESR:2,0 CRP:72,0	AZA, GK, CYC	Takipsiz
11*	50	Kadın	Bilateral auriküler kondrit, Artrit, Nefes darlığı, Ses kısıklığı (Solunum yolu kondriti)	2	ESR:59,0 CRP:75,0	MTX, GK	Remisyonda değil

**McAdam tanı kriterini karşılayan hasta ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-Reaktif Protein, MTX: Metotreksat, AZA:Azatiopürin, GK: Glukokortikoid, CYC:Siklofosfamid*

Tablo 2. Tekrarlayan polikondrit hastalarının bazı özelliklerinin kontrol grubu ile kıyaslanması (n=22).

Özellik	Hasta 11 (50,0)	Kontrol 11 (50,0)	p-değeri
Yaş	45,5±12,1	53,2±10,6	0,129*
Cinsiyet			
Erkek	5 (50,0)	5 (50,0)	1,000**
Kadın	6 (50,0)	6 (50,0)	
Laboratuvar			
CRP	12,4 (1,5-90,0)	2,8 (0,4-16,9)	0,008***
ESR	51,0 (22,0-75,0)	10,0 (3,0-52,0)	<0,001***
Lökosit	8,7±3,3	7,1±1,6	0,176*

Hemoglobin	14,4±1,1	14,1±1,8	0,645*
Trombosit	242,5±50,8	279,7±89,3	0,247*
MCV	89,8±3,1	88,8±2,2	0,389*
Nötrofil	6,3±3,3	3,8±0,9	0,031*
Lenfosit	1,7±0,4	2,6±0,7	0,002*
RDW	14,6 (4,8-16,3)	13,4 (12,4-14,6)	0,047***
NLR	3,8±2,3	1,5±0,5	0,007*
PLR	140,5 (92,4-220,0)	91,7 (72,5-217,1)	0,047***

**Student's T-test, **Yates düzeltmeli ki-kare, ***Mann-Whitney U test Veriler n (%), Ort±SS ve ortanca (min-mak) şeklinde ifade edilmiştir. Satır yüzdesi verilmiştir. ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı, CRP: C-Reaktif Protein, MCV: Ortalama eritrosit hacmi, RDW: Eritrosit dağılım aralığı, NLR: Nötrfil/Lenfosit oranı, PLR: Trombosit/lenfosit oranı*

[SS-020]

Dev Hücreli Arteritte Tanı Anında Anevrizma Tespit Edilen Hastalar En Mortal Grubu Mu Oluşturuyor? Tek Merkez Deneyimi

Elif Akyazı Şener, Şerife Çoşkun Sağırkaya, Şükran Erten, Hakan Babaoğlu
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Dev hücreli arterit (DHA), büyük ve orta boy damarların tutulumu ile seyreden en sık görülen idiyopatik sistemik vaskülittir. DHA ekstrakranial büyük damarları tutabilir ve bunun sonucunda aortun etkilenmesi en ciddi komplikasyonları oluşturur. Aort tutulumu genellikle asemptomatik (%77,1). DHA inflamatuar sürecinde elastik liflerin hedef alınması ve kronik dönemde gelişen medial nekroz anevrizmatik sürecin patolojik destekcileridir. Bu histolojik değişikliklerin aort rüptürü veya diseksiyonuna yatkınlık yaratabileceği ve bununda mortaliteyi arttıracağı üzerinde durulmuş. Hatta genel popülasyondan farklı olarak daha küçük anevrizma çaplarında mortal koplikasyonlar gelişebileceği öne sürülmüştür. DHA anevrizması nedeni ile opere edilen hastalar incelendiğinde büyük bir çoğunluğun başlangıçta asemptomatik (%77,5) ve ilgisiz bir hastalık için yapılan görüntüleme çalışmaları sırasında tesadüfen anevrizma tespit edildikten sonra tanı aldığı görülmüştür. Aort anevrizması gelişimindeki kronik süreç düşünüldüğünde bu asemptomatik dönemin ne kadar sürdüğü ve inflamasyonun ne şiddetle devam ettiği aşikar değildir. DHA ölümleri daha çok aort anevrizması ve diseksiyonu ile ilişkilendirildiği için tanıda aort anevrizması olan hastaların en ciddi komplikasyonların ve mortalitenin ön görücüsü olabileceği düşüncesi çalışmamızın ana amacını oluşturmuştur.
Gereç-Yöntem: Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde 3/2019-6/2025 tarihlerinde Dev Hücreli Arterit (GCA) tanısı almış 33 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalardan tanı anında aort boyutu herhangi bir segmentte 35 mm üstünde olan hastalar ana çalışma grubumuzu oluşturmuştur.
Bulgular: 33 hastadan 4 hastada aort boyut 35 mm üstündeydi. Bu hastalardan 3'ünde konstisyonel ve iskemik semptomlar ile başvurup DHA tanısı ile eş zamanlı anevrizma tanısı aldı, 1 hasta ilgisiz nedenle bakılan görüntülemede anevrizması tespit edildi sonrasında DHA tanısı aldı. Hastaların hiç birinde öyküde aort anevrizması düşündürecek semptom yoktu. Tanı öncesinde değişik nedenlerle bakılan labaratuvar parametrelerinde 3 hastada ortalama 35 ay öncesinde başlayan inflamatuar belirteçlerde ara ara yükseklik olduğu ve Gut tanısı ile takip edildiği görüldü. Tanıda anevrizma olan hastaların kadın/erkek sayısı, tanı yaşı gecikme süresi genel DHA ile benzerdi. Tanıda anevrizması olmayan hastalarda mortalite 0 iken,tanı anında anevrizması olan hastalarda mortalite %50 olarak bulundu.
Sonuç: DHA tanısı anında aort anevrizması olmasının hastalık mortalitesinin en önemli belirleyicisi olduğunu düşünüyoruz. Çalımamızın en önemli sınırlayıcısı hasta sayısının azlığıdır. 'Anevrizmatik süreci destekleyen vaskülit dışı nedenlerden dolayı zaten hasarlı damar duvarında inflamasyon gelişmesi mi mortaliteyi hızlandırıyor yoksa kronik ama asemptomatik inflamasyon var tanı süreci mi gecikor?' bu soruların cevabı şu an için elimizde yok ama mortalite yüksekliği düşünüldüğünde her iki durumda da özellikli ve araştırmaya değer bir grup ile karşı karşıya olduğumuz aşikardır.

Anahtar Kelimeler: Dev Hücreli Arterit, Aort Anevrizması, Mortalite

Demografik bilgiler

	TÜM DHA(n:33)	TANI ANINDA ANEVRİZMA TESPİT EDİLENLER(n:4)	p-değeri
Tanı yaşı	67 (60–73)	68 (62–73)	0.96
Cinsiyet	E: 12 (%41) K: 17 (%59)	E: 3 (%75) K: 1 (%25)	0.31
Tanı gecikme süresi(hafta)	9 (2–17)	18 (14–39)	0.42
Klinik spektrum • Kranial • Büyük damar • Kranial + Büyük damar	 10 (%34) 14 (%48) 5 (%17)	 0 (%0) 3 (%75) 1 (%25)	>0.99
Aorttik tutulum	19 (%66)	4 (%100)	

Komorbidite ve Mortalite

	TANI ANINDA ANEVRİZMASI OLMAYANLAR(n:29)	TANI ANINDA ANEVRİZMA TESPİT EDİLENLER(n:4)	p-değeri
KOMORBİDİTE	Koroner Arter Hastalığı Hipertansiyon Diyabetes Mellitus Dislipidemi Kalp Yetmezliği Kronik Böbrek Hastalığı Diğer	Koroner Arter Hastalığı Hipertansiyon Diğer	0.12
MORTALİTE	0 (0%)	2 (50%)	0.011

Tanı anında anevrizması olan vakaların klinik özeti

	Tanı öncesi hikaye	Tanı anı tutulum alanları	Aortik lokasyon ve boyut(mm)	Cerrahi tedavi	Medikal tedavi	Mortalite
1.Vaka	Aralıklı AFR yüksek (54 ay) GUT Konstitüsyonel semptom	Ekstra kranial DHA	Asenden (36)	Yok	Orta doz steroid (takipsiz)	EX Ani kardiyak ölüm(36 ay)
2.Vaka	Eski değerler bilinmiyor Optik iskemik semptom	Ekstra Kranial + Kranial DHA	Asenden (47) Arcus (40)	Yok	Orta doz steroid+ DMARD	Sağ
3. Vaka	Aralıklı AFR yüksek (27 ay) GUT Konstitüsyonel Semptom	Ekstra kranial DHA	Asenden aort (40)	Yok	Orta doz steroid+ DMARD	Sağ
4. Vaka	Aralıklı AFR yüksek (25 ay) GUT Konstitüsyonel Semptom	Ekstra kranial DHA	Asenden (45) Arcus (42) Desenden (62) Abdominal (56)	TAGEV	Orta doz steroid (takipsiz)	EX Abdominal aort rüptürü(13 ay)

[SS-021]

Romatoid Artrit Hastalarında Disfaji Sıklığının EAT-10 Testi ile Değerlendirilmesi

Zeynep Tüzün, Burak Okyar

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Romatoid artrit (RA), eklem dışı sistemleri de etkileyebilen kronik inflamatuar bir hastalıktır. Krikoaritenoid eklem tutulumu, Temporomandibüler eklem(TME), servikal omurga instabilitesi veya sekonder Sjögren sendromu gibi durumlar nedeniyle disfaji (yutma güçlüğü) gelişebilir. Ancak disfaji RA'da rutin olarak taranmamaktadır. Bu çalışmada, RA hastalarında disfaji sıklığını Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) anketi ile belirlemek amaçlandı.

Yöntem:

Kesitsel tasarıma sahip bu çalışmaya, ACR/EULAR 2010 kriterlerine göre RA tanısı almış toplam 82 hasta dahil edildi. Katılımcılar, Türkçe geçerliliği yapılmış EAT-10 anketini doldurdu[1]. EAT-10 puanı ≥3 olan hastalar disfaji açısından riskli olarak kabul edildi. Demografik veriler, hastalık süresi, hastalık aktivitesi (DAS28), CRP ve ESR düzeyleri ve Health Assessment Questionnaire (HAQ) varlığı kaydedildi.

Bulgular:

Katılımcıların yaş ortalaması 48,3±9,8 yıl olup, %75,8'i kadındı. Disfaji varlığı ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,102). HAQ skorlarının ortalaması 0,55 ± 0,59 olarak hesaplandı. Disfaji sıklığı (EAT-10 ≥3) %20,7 (17/82) olarak bulundu. Disfaji saptanan hastalarda hastalık süresi anlamlı derecede daha yüksekti (p<0,05). Ancak DAS28CRP skorları iki grup arasında benzerdi(p=0,165). Disfaji saptanan grupta HAQ skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0,005).

Tartışma

Romatoid artrit (RA) hastalarında disfaji, yaygın ancak sıklıkla gözden kaçan bir semptomdur. Bu çalışmada EAT-10 ölçeği kullanılarak değerlendirilen 82 RA hastasının %20,7'inde disfaji riski saptanmıştır. Disfaji riski belirlenen hastalarda HAQ skorları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, yutma güçlüğü yaşayan RA hastalarının fonksiyonel açıdan da daha fazla kısıtlılık yaşadığını göstermekte ve disfajinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır.

RA, yalnızca periferal eklemleri değil, baş-boyun bölgesindeki küçük sinovyal eklemleri de tutabilen sistemik bir hastalıktır. Bu eklemlerden biri olan krikoaritenoid eklem, ses tellerinin hareketini sağlayarak solunum ve yutma fonksiyonlarında dolaylı ama hayati rol oynar. Bu bölgede gelişen inflamasyon ve fibrotik değişiklikler; ses kısıklığı, nefes darlığı ve özellikle disfaji gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Literatürde, krikoaritenoid tutulumu olan RA hastalarında disfaji geliştiğine dair olgu bildirimleri yer almaktadır[2]. Bu çalışmada doğrudan laringoskopik değerlendirme yapılmamış olsa da, ileri faz planlamada bu eklemin doğrudan muayenesi hedeflenmektedir.

Bunun yanı sıra, TME tutulumu da RA'da gözlenen ancak sıklıkla ihmal edilen bir durumdur. TME tutulumu; çiğneme sırasında ağrı, çene hareketlerinde kısıtlılık ve dolayısıyla yemek yeme sürecinde zorluklara neden olur. Çalışmalar, TME'nin romatoid artrit hastalarında sık tutulduğunu göstermektedir. Örneğin Çeliker ve arkadaşlarının CT/MRG kullandığı küçük bir seride RA hastalarının %45'inde TME tutulumu tespit edilmiştir[3]. Bu durum da disfaji riskini artırabilir. Çalışmamızda EAT-10 ile saptanan disfaji varlığı, dolaylı olarak TME ve krikoaritenoid eklem tutulumu ile ilişkili olabilir. Özellikle HAQ skorlarının yüksekliği, disfajinn fonksiyonel kısıtlılık ile birlikte arttığını göstermektedir.

EAT-10, kolay uygulanabilir ve geçerli bir tarama aracı olarak, RA gibi sistemik hastalıklarda disfaji değerlendirmesine katkı sağlayabilir. Bu çalışmanın bulguları, RA hastalarında disfajinin rutin klinik değerlendirmeye dâhil edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın ikinci aşamasında, disfaji saptanan hastalarda laringoskopi ile krikoaritenoid eklem değerlendirmesi ve fizik muayene ile TME tutulumunun objektif olarak araştırılması planlanmaktadır. Böylece anatomik tutulum ile fonksiyonel bozulma ve öznel semptomların daha güçlü ilişkisi ortaya konabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, disfaji, EAT-10, yutma güçlüğü, hastalık aktivitesi, Sjögren sendromu

Kaynakça

1) Demir, N., Serel Arslan, S., İnal, Ö., & Karaduman, A. A. (2016). Reliability and Validity of the Turkish Eating Assessment Tool (T-EAT-10). *Dysphagia*, *31*(5), 644–649. https://doi.org/10.1007/s00455-016-9723-9

2) Hamdan A-L, Khalifee E, Berjawi G. Unilateral Cricoarytenoid Joint Ankylosis in Rheumatoid Arthritis. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2019;99(1):11-12. doi:10.1177/0145561319825734

3) Celiker, R., Gökçe-Kutsal, Y., & Eryilmaz, M. (1995). Temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis. Relationship with disease activity. *Scandinavian journal of rheumatology*, *24*(1), 22–25. https://doi.org/10.3109/03009749509095149

[SS-022]

Türkiye'de 10 yıllık Google trends verilerinin incelenerek gut hastalığı ile ilgili arama verilerinin analiz edilmesi

Betül Ergün
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Gut ataklarla seyreden kronik, inflamatuar bir hastalıktır. Tekrarlayıcı ataklar sonucunda kişide deformitelere yol açabilir ve bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı gut hastalığı ile ilgili google trends verilerini kullanarak hastaların digital veriye duydukları ihtiyacı analiz etmektir.
Gereç-Yöntem: 01.01.2014-31.12.2024 yılları arasında Google trends arama motoruna "gut", "gut beslenme" ve "ürik asit yüksekliği "yazılarak zamansal açıdan sonuçlar incelendi. Spss programı kullanılarak sonuçlar analiz edildi. Bu çalışma Google trends verileri kullanılarak yapılmıştır ve Google trends verileri herkese açık olduğundan etik kurul onayı gerektirmemektedir. Çalışma hastaların yeni tanı alma ya da atak geçirme sıklıklarının artması ile ilişkili olarak Google trends verilerine ihtiyaç duymuş olabilecekleri düşünülerek tasarlanmıştır.
Bulgular: google trends verilerine bakıldığında 13.294 arama yapıldığı görüldü. Veriler normal dağılmadığından çoklu veri analizi açısından Kruskal Wallis kullanıldı. Çalışmamızda 2018-2024 arası verilere bakıldığında yaz mevsiminde skorlarda ciddi bir artış olduğu görülmüştür. Ancak istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
Tartışma: Literatüre baktığımızda gut ataklarının yaz aylarında veya ilkbahar aylarında daha çok olduğu ile ilgili çalışmalar olduğu görülmektedir[1]. Bu durumun sıcaklık, nem değişimleri, dehidratasyon,vitamin d seviyesi ile ilgili olabileceği öne sürülmüştür. Bizim çalışmamızda 2018-2024 arası verilere bakıldığında yaz mevsiminde skorlarda ciddi bir atış olduğu görülmüştür. Ancak istatiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Çalışmamızda 2015-2016 yıllarına bakıldığında sonbahar mevsimindeki skorların yaz mevsimiyle neredeyse aynı olduğu görülmüştür. Bu yıllarda kurban bayramının sonbahar mevsimine denk gelmesinin etkili olmuş olabileceği düşünülmüştür. 2020 yılında kış ayında arama skorunun yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun covid 19 salgını nedeni ile kişilerin sürekli evde bulunmalarından kaynaklı beslenme alışkanlıklarının değişmesi ya da sağlıklarına daha çok dikkat etmek istemeleri nedeni kaynaklı olabilir.
Sonuç: Dini bayramlar,salgın dönemleri gibi toplumsal olayların ve çevresel faktörlerin hastalıklar üzerinde etkisi olduğu unutulmamalıdır. Çalışmamızın gut hastalarında beslenme farkındalığının artmasına katkı sağlayacağını umuyoruz.
Kaynakça
[1] H. J. Choi et al., "Seasonality of gout in Korea: A multicenter study," J Korean Med Sci, vol. 30, no. 3, pp. 240–244, 2015, doi: 10.3346/JKMS.2015.30.3.240,

Anahtar Kelimeler: Gut, ürik asit, google trends

Aylara göre "gut", "hiperürisemi" ve "gut ve beslenme" aranma Verisi

1.ay	2.ay	3.ay	4.ay	5.ay	6.ay	7.ay	8.ay	9.ay	10.ay	11.ay	12.ay	p değeri
100,4	106,1	98,9	93,3	113,5	112,5	130,0	120,7	119,8	114,3	109,6	110,3	0,556

**Kruskal Wallis Test, Mean değeri verilmiştir.*

Mevsimlere Göre "gut", "hiperürisemi" ve "gut ve beslenme" Aranma Verisi

ilkbahar	yaz	sonbahar	kış	p değeri
305,7	652,4	343,5	316,8	0,595

**Kruskal Wallis Test, Mean değeri verilmiştir.*

[SS-023]

Türkiye ve dünyada büyük damar vaskülitleri ile ilgili 2014-2024 yılları arası Google trends arama verilerinin analizi

Mustafa Çağrı Ergün
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Vaskülitler her boyuttan damarı etkileyebilen, damar duvarında inflamasyon ile seyreden, çoğunlukla ciddi olan bazen de mortal olabilen kronik hastalıklardır. Büyük damar duvarında inflamasyonla seyreden temporal arterit ve takayasu hastalığı vardır. tutulan damara göre organlar etkilenmekte kişinin gündelik yaşamını etkilemekte ve bir çok kronik sorunu beraberinde getirmektedir. Hastaların tanı alma zamanlarında ya da şikayetlerinin arttığı zamanlarda arama yaptıkları düşüncesinden yola çıkılarak çalışma planlanmıştır. Bu çalışmanın amacı google trends verilerinin kullanılarak hastaların hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyaç duydukları zamanları mevsimsel olarak incelemektir. Bu durumun hem hasta hem de hekim farkındalığına katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.
Gereç-Yöntem: Bu çalışma Google trends üzerinden 01.01.2014-01.01.2024 yılları arasında arama motoruna "takayasu","dev hücreli arterit" ve "temporal arterit" yazılarak veriler elde edilmiş olup mevsimsel olarak ilişkisi incelenmiştir. Spss programı kullanılmıştır. Veriler normal dağılmadığından Kruskal Wallis ile çoklu veri analizi yapılmıştır. Bu çalışma yazılırken Google trends verileri kullanılmış olup etik kurul onayı gerektirmemektedir.
Bulgular: Temporal arteritte dünya arama verileri aylara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Takayasu Türkiye verileri ve Temporal arterit verileri anlamlı bulunmamıştır.
Tartışma: Takayasu hastalığının mevsim ile ilişkisi araştırıldığında literatürde bununla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Dev hücreli arterit ile yapılan çalışmalarda yaz mevsiminde artış olduğunu gösteren çalışmalar olsada anlamlı fark olmadığını söyleyen çalışmalarda mevcuttur[1], [2]. Biz çalışmamızda takayasu hastalığı ile ilgili türkiye de yapılan çalışmalarda mevsim ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark bulmadık. Ancak küresel yapılan verilere baktığımızda takayasu hastalığının mart ve mayıs aylarında diğer aylardan yüksek olduğu bulunmuştur. ($p<0.005$) bu aylar kuzey yarım kürede ilkbahar mevsimi iken güney yarım kürede sonbahar mevsimine denk gelmektedir. bu durum hastalığın tetiklenmesindeki çevresel faktörlerin etkili olmasından kaynaklı olarak enfeksiyon veya uv ışınları ilişkili olabilir. Çalışmamızda "dev hücreli arterit" ya da "temporal arterit" ile yapılan arama verilerine baktığımızda hem türkiyede hem de dünyada mevsimsel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum daha önce yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir.
Sonuç:
Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç takayasu hastalığının mart -mayıs aylarında dünya genelinde daha çok araştırıldığını göstermektedir. Türkiye de anlamlı fark saptanmamıştır. Temporal arteritte hem dünyada hem Türkiye de fark saptanmamıştır. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır:

KAYNAKÇA:
[1] E. Hysa et al., "A seasonal pattern in the onset of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis? A systematic review and meta-analysis," Semin Arthritis Rheum, vol. 50, no. 5, pp. 1131–1139, Oct. 2020, doi: 10.1016/j.semarthrit.2020.05.023.
[2] E. B. Kønig et al., "Seasonal variation in biopsy-proven giant cell arteritis in Eastern Denmark from 1990-2018," Acta Ophthalmol, vol. 99, no. 5, pp. 527–532, Aug. 2021, doi: 10.1111/AOS.14675,

Anahtar Kelimeler: takayasu, google trends, dev hücreli arterit

Aylara Göre Türkiye ve Dünyada Temporal Arterit Aranma Verisi

	1.ay	2.ay	3.ay	4.ay	5.ay	6.ay	7.ay	8.ay	9.ay	10.ay	11.ay	12.ay	p değeri
Türkiye	46,6	50,4	52,1	49,0	42,9	50,5	42,7	34,3	42,9	51,3	53,7	58,0	0,158
Dünya	60,1	66,9	69,4	63,4	61,0	63,6	58,0	52,5	59,6	66,7	64,7	65,1	0,478

**Kruskal Wallis Test, Mean değeri verilmiştir.*

Aylara Göre Türkiye ve Dünyada Takayasu Aranma Verisi

	1.ay	2.ay	3.ay	4.ay	5.ay	6.ay	7.ay	8.ay	9.ay	10.ay	11.ay	12.ay	p değeri
Türkiye	38.2	38,5	42,4	36,6	34,7	34,1	30,8	35,3	38,4	41,3	41,3	41,3	0,682
Dünya	78,6	81,9	87,5	80,3	86,2	80,0	76,9	75,7	83,6	81,9	83,7	73,2	0,01

**Kruskal Wallis Test, Mean değeri verilmiştir.*

[SS-024]

Hedefe Yönelik JAK İnhibitörü veya Anti-TNF Tedavileri Alan Romatoid Artrit Hastalarında Subklinik Derin Ven Trombüs Varlığının Araştırılması

Gülşah Soytürk[1], Kevser Orhan[1], Betül Akdal Dölek[2], Amet Kor[3], Mustafa Ekici[4], Halil İbrahim Altunbulak[5], Serdar Can Güven[1], Hatice Ecem Konak[1], Rezan Koçak Ulucaköy[1], İhsan Ertenli[4], Sedat Kiraz[4], Yüksel Maraş[6]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
[3]Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi,İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji, Aksaray, Türkiye
[4]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
[5]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
[6]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye.

Amaç: Romatoid artrit (RA), sistemik inflamasyonla seyreden kronik bir otoimmün hastalıktır ve VTE riski özellikle hastalığın erken döneminde artmaktadır [1–3]. Bu risk, inflamasyonun kontrol altına alınmasıyla zamanla azalmakla birlikte; obezite, sigara, cerrahi girişimler ve bazı ilaçlar (COX-2 inhibitörleri, glukokortikoidler) gibi ek faktörlerle artabilmektedir [4–8].
JAK inhibitörlerinin VTE riskine etkisi ise net değildir. Barisitinib çalışmaları yüksek dozda artmış risk bildirirken [9], bazı meta-analizlerde plaseboya kıyasla anlamlı fark bulunmamıştır [10]. Tofasitinib ile yapılan ORAL Surveillance çalışmasında da yüksek dozda VTE ve PE riski artışı izlenmiş, bu durum EMA ve FDA'nın özellikle riskli gruplarda dikkatli kullanım uyarısı yapmasına yol açmıştır [11–12].
Bu nedenle, JAK inhibitörlerinin tromboz riski yönünden diğer tedavi rejimleriyle karşılaştırılması önemlidir. Bu çalışmada RA tanılı hastalarda csDMARD, bDMARD ve tsDMARD (JAK inhibitörleri) kullanan gruplar alt ekstremite derin ven trombozu açısından karşılaştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde yürütülen kesitsel bir araştırmadır. Çalışmaya, 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre RA tanısı almış ve en az 6 aydır izlenen 92 hasta dâhil edilmiştir. Hastalar; csDMARD (n=30), bDMARD (n=30) ve tsDMARD (n=32) kullananlar olmak üzere üç gruba ayrılmıştır.
Demografik veriler, hastalık süresi, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve laboratuvar sonuçları (inflamasyon, biyokimya, immünoloji, koagülasyon parametreleri) kaydedilmiştir. Hastalık aktivitesi DAS28-CRP ve DAS28-ESR ile değerlendirilmiştir. Alt ekstremite derin ven trombozu, radyoloji uzmanları tarafından bilateral venöz Doppler ultrasonografi ile taranmış ve trombüs varlığı akut/kronik olarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya csDMARD (n=30), bDMARD (n=30) ve tsDMARD/JAK inhibitörü (n=32) kullanan toplam 92 RA hastası dâhil edilmiştir. Yaş, boy, kilo, VKİ ve tanı süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Sigara ve alkol kullanımı da benzerdi (p=0.510 ve p=0.678). Sadece hipertansiyon sıklığı gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (p=0.048) (Tablo 1). Laboratuvar parametrelerinden RF pozitifliği (p=0.012) ve lupus antikoagülan varlığı (p=0.033) tsDMARD grubunda daha yüksekti. Lipid profiline bakıldığında LDL (p=0.004) ve trigliserid (p=0.001) düzeyleri JAK grubunda anlamlı olarak yüksekti. Diğer parametreler açısından anlamlı fark yoktu(Tablo 2).
Hastalık aktivitesi DAS28-CRP ve DAS28-ESR ile değerlendirildiğinde, remisyonda olan hasta oranları ve aktivite düzeyleri gruplar arasında benzerdi (p=0.682 ve p=0.794).
Venöz Doppler sonuçlarına göre, trombüs varlığı gruplar arasında anlamlı fark göstermedi. Sağ RDUS'ta sadece JAK grubunda 1 (%3.1) hastada kronik trombüs izlendi (p=1.000), sol RDUS'ta csDMARD ve bDMARD gruplarında 2'şer, JAK grubunda 1 hastada kronik trombüs saptandı (p=0.218). Hiçbir grupta akut trombüs görülmedi (Tablo 3).

Sonuç: Bu bulgular, JAK inhibitörü kullanan hastalarda alt ekstremite derin ven trombozu sıklığının, konvansiyonel sentetik (csDMARD) ve biyolojik DMARD (bDMARD) tedavi gruplarına kıyasla anlamlı bir artış göstermediğini ortaya koymuştur. Bu durum, JAK inhibitörlerinin tromboz riski açısından csDMARD ve bDMARD ile karşılaştırıldığında benzer bir güvenlik profili sunduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: JAK inhibitörleri, Romatoid artrit, Venöz tromboembolizm

Tablo 1. Tedavi Gruplarının Demografik Özellikleri

	csDMARD (n=30)	bDMARD (n=30)	tsDMARD (JAKi) (n=32)	p
Yaş (Ort±SS)	54.53±10.50	49.97±13.21	48.25±12.06	0.111*
Boy (cm) (Ort±SS)	165.70±8.90	164.63±7.54	163.78±7.69	0.646*
Kilo (kg) (Ort±SS)	77.03±12.74	76.40±14.44	73.56±14.26	0.575*
VKİ (Ort±SS)	28.11±4.74	28.16±4.92	27.59±5.44	0.883*
Tanı süresi-ay (Ort±SS)	140.60±85.29	168.93±118.79	147.63±100.36	0.537*
Sigara				0,510**
Hiç içmemiş (%)	14 (46.7)	19 (63.3)	21 (65.6)	
Aktif içici (%)	10 (33.3)	5 (16.7)	6 (18.8)	
Bırakmış (%)	6 (20.0)	6 (20.0)	5 (15.6)	
Alkol				0,678**
Hiç içmemiş(%)	28 (93.3)	27 (90.0)	27 (84.4)	
Aktif içici (%)	1 (3.3)	1 (3.3)	4 (12.5)	
Bırakmış (%)	1 (3.3)	2 (6.7)	1 (3.1)	
Ek hastalık varlığı				
Hipertansiyon (%)	7 (23.3)	12 (40.0)	4 (12.5)	0.048**
DM (%)	5 (16.7)	5 (16.7)	2 (6.3)	0.339**
KAH (%)	3 (10)	2 (6.7)	0 (0)	0.203**
Malignite (%)	1 (3.3)	0 (0)	0 (0)	0.657**

*Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, DM: Diyabet Mellitus, KAH: Koroner Arter Hastalığı VKİ: Vücut Kitle İndeksi, *Anova, **Ki-Kare*

Tablo 2. Tedavi Gruplarının Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

	csDMARD (n=30)	bDMARD (n=30)	tsDMARD (JAKi) (n=32)	p
CRP (mg/L) (median (IQR))	6.5 (9.5)	7.0 (11.0)	5.0 (5.0)	0.158*
ESR (mm/saat) (median (IQR))	17.0 (13.25)	15.0 (17.0)	10.5 (12.0)	0.192*
VAS-Hasta (median (IQR))	30.0 (32.5)	40.0 (42.5)	40.0 (27.5)	0.487*

VAS-Doktor (median (IQR))	25.0 (40.0)	25.0 (40.0)	30.0 (30.0)	0.868*
DAS-28-CRP				0.682**
<2.6 – Remisyon	16 (53.3)	18 (60.0)	15 (46.9)	
2.6-3.2 – Düşük hastalık aktivitesi	4 (13.3)	3 (10.0)	8 (25.0)	
3.2-5.1– Orta hastalık aktivitesi	9 (30.0)	8 (26.7)	9 (28.1)	
>5.1– Yüksek hastalık aktivitesi	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0)	
DAS-28-Sedim				0.794**
<2.6 – Remisyon	16 (53.3)	15 (50.0)	14 (43.8)	
2.6-3.2 – Düşük hastalık aktivitesi	4 (13.3)	5 (16.7)	5 (15.6)	
3.2-5.1– Orta hastalık aktivitesi	9 (30.0)	8 (26.7)	13 (40.6)	
>5.1– Yüksek hastalık aktivitesi	1 (3.3)	2 (6.7)	0 (0)	
RF pozitifliği (%)	26 (86.7)	16 (53.3)	19 (59.4)	0.012**
CCP pozitifliği (%)	25 (83.3)	17 (56.7)	22 (68.8)	0.090**
ANA pozitifliği (%)	10 (34.5)	13 (44.8)	18 (56.3)	0.245**
ENA pozitifliği (%)	4 (13.3)	2 (6.9)	4 (12.5)	0.770 **
B2 glikoprotein-M pozitifliği (%)	0 (0)	1(3.3)	1 (3.1)	1.000**
Lupus antikoagülan pozitifliği (%)	0 (0)	0 (0)	4 (12.5)	0.033**
Hemoglobin (g/dl) (Ort±SS)	13.17±1.77	12.56±1.65	13.41±1.47	0.182***
Lökosit(µL) (Ort±SS)	7736.00±2425.39	7117.86±2004.16	6843.23±2270.26	0.257***
Trombosit (x103 /µL)(Ort±SS)	276.10±95.87	267.64±93.88	265.52±67.83	0.831***
Total kolesterol (mg/dL) (Ort±SS)	219.43±27.41	220.40±24.51	236.56±42.98	0.075***
LDL (mg/dL) (Ort±SS)	110.53±24.91	117.63±20.72	131.69±28.44	0.004***
HDL (mg/dL) (Ort±SS)	53.83±14.50	57.03±15.08	60.72±15.18	0.197***

Trigliserid (mg/dL) (Ort±SS)	185.77±27.69	198.03±28.12	219.78±44.39	0.001***
Kreatinin (mg/dL) (median (IQR))	0.71 (0.22)	0.65 (0.30)	0.76 (0.24)	0.388*
Ürik asit (mg/dL) (median (IQR))	4.20 (2.25)	4.00 (2.00)	4.60 (2.70)	0.785*
AST (U/L) (median (IQR))	20.00 (6.25)	17.50 (10.50)	22.00 (11.00)	0.054*
ALT (U/L) (median (IQR))	20.50 (9.50)	17.00 (14.00)	21.00 (21.00)	0.300*
ALP (U/L) (median (IQR))	79.00 (24.00)	76.00 (45.75)	65.00 (28.00)	0.035*
GGT (U/L) (median (IQR))	20.00 (21.25)	16.00 (20.75)	25.00 (20.00)	0.405*

*CRP: C-reaktif protein, ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı, VAS: Görsel Analog Skala, DAS28-CRP: CRP'ye dayalı 28 eklem üzerinden hesaplanan hastalık aktivite skoru, DAS28-ESR: Sedimentasyon değerine göre 28 eklem üzerinden hesaplanan hastalık aktivite skoru, RF: Romatoid Faktör, CCP: Sitrülinlenmiş Peptitlere Karşı Antikor, ANA: Antinükleer Antikor, ENA: Ekstrakte Edilebilir Nükleer Antijen Antikorları, LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein, HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, AST: Aspartat Aminotransferaz, ALT: Alanin Aminotransferaz, ALP: Alkalen Fosfataz, GGT: Gamma Glutamil Transferaz, IQR: Interquartile Range, Ort±SS: Ortalama ± Standart Sapma, *Kruskal-Wallis; **Ki-Kare; ***Anova*

Tablo 3. Tedavi Gruplarının Doppler Özellikleri

	csDMARD (n=30)	bDMARD (n=30)	tsDMARD (JAKi) (n=32)	p
Sağ-RDUS				1.000*
Akut trombüs varlığı (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Kronik trombüs varlığı (%)	0 (0)	0 (0)	1 (3.1)	
Trombüs yok (%)	30 (100)	30 (100)	31 (96.9)	
Sol-RDUS				0.218*
Akut trombüs varlığı (%)	0 (0)	2 (6.7)	0 (0)	
Kronik trombüs varlığı (%)	2 (6.7)	0 (0)	1 (3.1)	
Trombüs yok (%)	28 (93.3)	28 (93.3)	31 (96.9)	

*RDUS: Renkli Doppler ultrasonografi, * Ki-Kare*

POSTER BİLDİRİLER

[PS-001]

Romatoid Artrit ve Striatal El Deformitesi Birlikteliği

Yasemin Tombak[1], Ajda Bal[1], Merve Akın[1], Mehmet Fevzi Öztekin[2]
[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, FTR
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Nöroloji

Amaç: Striatal el terimi ilk olarak Charcot tarafından kullanılmıştır.Parkinson hastalığında erken evrede ve diğer Parkinson sendromlarında görülür. Striatum (kaudat ve putamen) olarak bilinen bazal ganglionların bir kısmındaki patolojiyle ilişkili olduğunu öne sürülür. Striatal deformitenin patofizyolojik kökenleri karmaşık görünmektedir ve kortikal, bazal ganglionlar ve spinal mekanizmaları içerir. Striatal el deformitesi elde ulnar deviasyon, interfalangeal eklemlerde ekstansiyon ve metakarpofalangeal eklemlerde fleksiyon ile kendini gösterir. Bazen bu bulgular ayakta da görülebilir ve striatal baş parmak olarak adlandırılır. Striatal deformiteler sıklıkla romatoid artritin el deformiteleriyle karışır, romatolojik bozuklukları taklit edebilir ve romatoid artrit ile karışıp yanlış tanı alabilir. Romatoid artritte oluşan eldeki deformiteler sıklıkla bilateral etkilenirken Parkinson Hastalığına bağlı oluşan deformiteler genellikle tek taraflı başlangıç gösterir. Striatal el deformitesi normal radyografik bulgulara sahiptir ve genellikle Parkinson Hastalığı belirtilerinin daha çok olduğu tarafta ortaya çıkar. Romatoid artritli elde MKF ve PİF eklemleri hemen her zaman tutulur, işaret parmağı ve orta parmak genel olarak daha fazla tutulan parmaktır. Yerleşmiş RA'da kuğu boynu deformitesi, Boutonnière deformitesi, ulnar kayma ile MKF subluksasyonu gibi deformiteler yer alır. Düğme iliği deformitesi, PİF'te düzeltilemeyen bir fleksiyon ve DİF'te hiperekstansiyondur.
Burada RA tanısı alan fakat kısa süre sonra Parkinson Hastalığı tanısı alan ve eldeki deformitenin bir striatal deformite olduğuna karar verilen bir hasta sunulacaktır.
Olgu: 69 yaşında kadın hasta 3 ay önce RA tanısı ile metotreksat tedavisi başlanmış. Hastanın o dönemde şiş eklemi yokken, bilateral sıkma testi pozitifmiş. MKF ve PIF eklemler hassas saptanmış. RF düşük titrede pozitif ve anti ccp negatif saptanmış. Hastanın tanı aldığı dönem ve öncesinde uzun süredir açıklanamayan CRP yüksekliği mevcutmuş. Hasta FTR servisine lomber spondiloz tanısı ile ağrı ve mobilizasyon amaçlı yatırıldı. Nörolojik muayesinde bradikinezi ve bilateral ellerde para sayma tarzında tremor saptandı. Hasta nöroloji bölümü ile konsülte edildi. Parkinson Hastalığı tanısı ile tedavisi düzenlendi. Hastanın muayenesinde bilateral metakarpofalangeal eklemlerde ulnar deviasyon, bilateral el baş parmaklarında düzeltilebilir Z deformitesi, bilateral metakarpofalangeal eklemlerde tepe vadi görünümü saptandı (Resim 1) Hastanın metotreksat tedavisi ile CRP düzeyinde azalma VAS-ağrı düzeyinde azalma, sabah tutukluğunda azalma ve hassas eklem sayısında azalma, sıkma testinde negatifleşme olduğundan dolayı RA ve striatal el deformitesi birlikteliği olduğuna karar verildi. Metotreksat tedavisine devam edildi.
Sonuç: Burada RA ve striatal el deforitesi birlikteliği sunuldu. Fakat hastada RA olmayıp sadece striatal el deformitesi de olabilirdi. Ayırıcı tanı için hasta mutlaka bütüncül bir şekilde değerlendirilmeli. Romatoloji hekimlerin nörolojik muayeneye de hakim olmaları ayırıcı tanı veya ek tanılar açısından dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Parkinson Hastalığı, romatoid artrit, striatal el deformitesi

Resim 1



[PS-002]

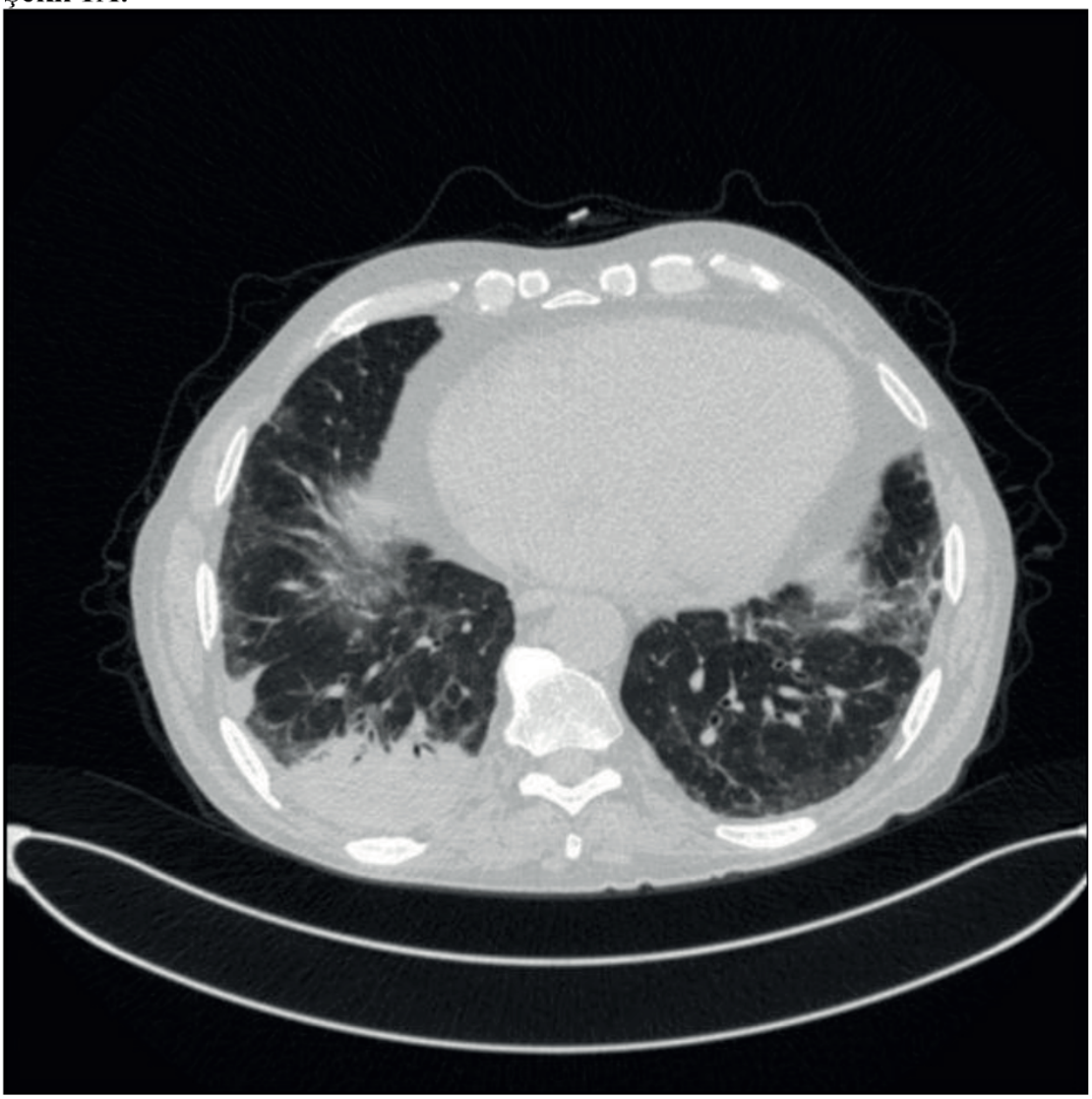
Malignite ile karışan sjögren akciğer tutulumu olgu sunumu

Seda Nur Göksu Karakuş, Atalay Doğru, Mehmet Şahin
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,Isparta

Giriş: Sjögren hastalığı, lakrimal ve tükürük bezi iltihabı, bunun sonucunda göz ve ağız kuruluğu ve glandüler büyüme ile karakterize kronik, multisistemli bir otoimmün hastalıktır. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), primer Sjögren sendromunda (pSS) sık görülen ve ciddi pulmoner komplikasyonlara neden olan bir durumdur. Ayrıca, non- Hodgkin lenfoma riski de artmıştır.
Olgu: Bilinen hipertansiyon tanısı olan 72 yaşında erkek hasta, bacaklarda şişme nedenli araştırılırken 24 saatlik idrarda 9.7 gram /gün proteinürisi olması üzerine nefrotik sendrom etyolojisine yönelik yapılan böbrek biyopsisi minimal değişiklik olarak raporlanmış. Hastanın o dönem ayırıcı tanı amaçlı yapılan tetkiklerinde romatoid faktör (RF), anti siklik sitrüllenmiş peptid (CCP), anti nötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) testleri negatif olarak sonuçlanmış. Anti nükleolar antikor (ANA) ve anti SSA testleri pozitif sonuçlanması üzerine,tarafımızca değerlendirilen hastanın ağız kuruğu da olması nedeniyle tükrük bezi biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu;belirgin fibrozis,fokus sayısı 3 olarak raporlanan hastaya Sjögren hastalığı tanısı ile hidroksiklorokin, azatioprin ve metilprednizolon tedavisi başlandı. Yapılan tetkiklerinde beyaz küre 7500/mm3 (3600-11200/mm3 referans), hemoglobin 12,5 g/dl (11,4-15,9 g/dl referans), platalet 292/mm3 (150-400/mm3 referans), kreatin 0,94 mg/dl (0,5-1 mg/dl referans), c-reaktif protein 34 mg/l (0-5 mg/l referans), eritrosit sedimantasyon hızı 77 mm/saat saptandı. Hastanın nefes darlığı, öksürük, kilo kaybı da olması üzerine çekilen akciğer tomografisinde bilateral alt loblarda daha belirgin subplevral alanlarda traksiyonel bronşektatik değişikliklerin eşlik ettiği retiküler tarzda dansite artımları ve buzlu cam opasiteleri görüldü. Ayrıca sağ akciğer alt lob posterobazalde plevra ile ilişkili yaklaşık 17 x 28 mm boyutlarda düzgün konfigürasyonlu round atelektazi -konsolidasyon ile uyumlu olabilecek görünüm saptanması üzerine hastaya antibiyotik tedavisi başlandı.Yeterli dozda ve sürede antibiyotik tedavisine rağmen şikayetleri gerilemeyen, crp yüksek seyreden hastaya göğüs hastalıkları önerisi üzerine kontrol tomografi çekildi. Hastanın sağ akciğer alt lob posterobazalde plevra ile ilişkili yaklaşık 44 x 67 mm boyutlarda içerisinde hava sıvı seviyelenmesi izlenen düzensiz konturlu kaviter lezyon boyutunda progresyon görüldü. Göğüs hastalıkları tarafından psödolenfoma ? malignite düşünülen hastaya pozitron emisyon tomografisi (PET) çekildi. Sağ akciğerdeki hipermetabolik kitlesel lezyonda yüksek florodeoksi glukoz (FDG) tutulumu saptandı. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu yapısal bozukluğa sebep olan fibrozis, amfizematöz değişiklikler ve inflamasyon olarak raporlandı. Ön planda idiopatik pulmoner fibrozis, usual intersitisyel pnömoni (IPF/UIP) gibi sistemik hastalıklar açısından değerlendirme önerildi. Hasta,sjögren akciğer tutulumu tedavisi düzenlenerek takibe alındı.
TARTIŞMA:Sjögren sendromunda akciğer tutulumu nadir görülmeyen bir durumdur.Çeşitli çalışmalar, akciğer tutulumu için risk faktörlerinin erkek cinsiyet, aktif sigara içicisi olmak, hastalığın geç başlaması ve uzun süreli hastalığa sahip olmak olduğunu ileri sürmektedir. Sjögren hastalığında genel popülasyona kıyasla non-Hodgkin lenfoma riski artmıştır. Malignite açısından uyarıcı semptomlar ve bulgular varsa uygun tetkikler yapılmalı, sjögren hastalarında lenfoma gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

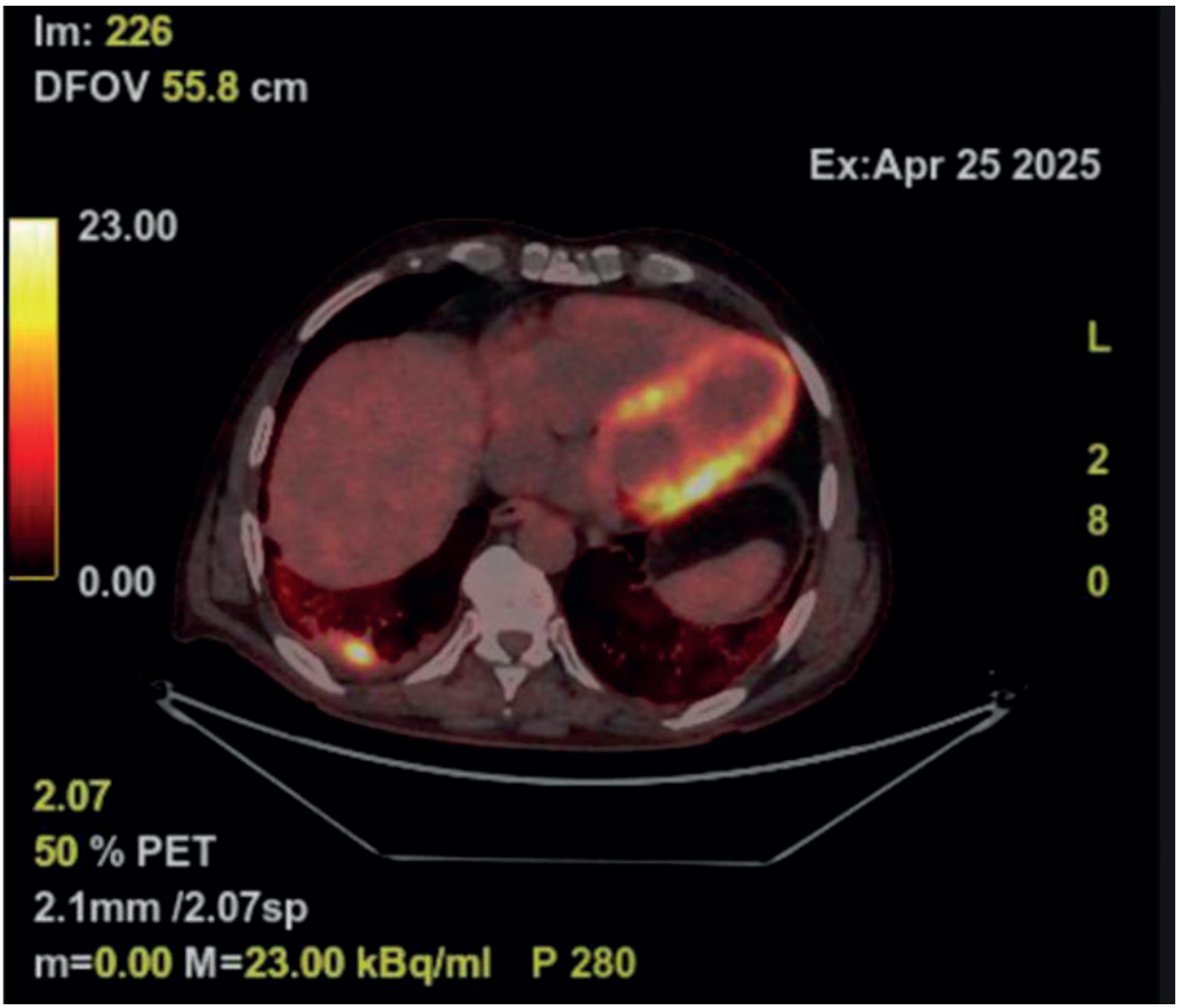
Anahtar Kelimeler: Akciğer tutulumu, Malignite, Sjögren

Şekil 1A:



Her iki akciğerde yaygın alt loblarda daha belirgin subplevral alanlarda traksiyonel bronşektatik değişikliklerin eşlik ettiği retiküler tarzda dansite artımları ve buzlu cam opasiteleri görülmektedir. Sağ akciğer alt lob posterobazalde plevra ile ilişkili yaklaşık 44 x 67 mm boyutlarda içerisinde hava sıvı seviyelenmesi izlenen düzensiz konturlu kaviter lezyon dikkati çekmektedir.

Sekil 1B:



Sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte plevra tabanlı hipermetabolik kitlesel lezyon(SUVmax:10.07) izlenmiştir (postoperatif değişiklikler ? / enfeksiyon ? / enflamasyon ? / primer tümör ? / Metastaz?). Kitlenin periferinde inferiorda ve lateralde plevra tabanlı düzensiz sınırlı ılımlı artmış F-18 FDG tutulumu gösteren dansite alanları izlenmektedir.

[PS-003]

Sjögren Sendromuna Bağlı Atipik Döküntü ve Hipergamaglobulenemi Olgusu

Zübeyde Uğurlu, Atalay Doğru, Mehmet Şahin
Süleyman Demirel Üniversitesİ Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Sjögren sendromu (SS), esas olarak ekzokrin bezlerini etkileyen ve genellikle tükürük ve gözyaşı bezlerinin işlevsel bozukluğu nedeniyle ağız ve gözlerde kalıcı kuruluk şeklinde ortaya çıkan bir otoimmün hastalıktır Primer SS'li hastalarda hemositopeniler, hipergamaglobulinemi ve monoklonal gammopatiler dahil olmak üzere çok çeşitli hematolojik anormallikler bulunur Burada da tedavi altında cilt döküntüleri ve hipergamaglobulenemi ile gelen bir vaka sunduk.
Olgu:: Bilinen kalp yetmezliği, hipertansiyon ve sjögren hastalığı ile takipli hasta ağız içinde yara, ciltte döküntü ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın sjögrene sekonder intersitisyel akciğer hastalığı mevcut idi. Sjögren tedavisi olarak mikofenolat mofetil, hidroksiklorokin tedavisi almakta idi. Fizik muayenesinde yüzde, her iki yanak ve alın bölgesinde eritemli lezyonlar mevcut idi (Resim 1). Diğer sistem muayeneleri normal idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 2.900/mm3 (düşük, 3600-8200/mm3 referans), nötrofil 1.500 mm3 (düşük, 1.800-7.800 mm3 referans), hemoglobin 11,4 g/dl (düşük, 11,4-15,9 g/dl referans), platelet 202/mm3 (normal, 150-400/mm3), kreatin 0,8 mg/dl (normal, 0,5-1 mg/dl referans), total protein 9,2 g/L (yüksek, 6,4-8,3 g/L referans), albümin 3,2 g/L (düşük, 3,5-5,2 g/L referans), c-reaktif protein (CRP) 5 mg/l (normal, 0-5 mg/l referans), eritrosit sedimantasyon hızı 15 mm/saat (normal) olarak, immünglobulin G (Ig) 2531 mg/dl (yüksek,700-1400 mg/dl referans), Ig A 4824 mg/dl (yüksek, 70-400 mg/dl), Ig M 12 mg/dl (düşük, 40-430 mg/dl referans) görüldü. Tam idrar tetkikinde bir pozitif protein, 42 eritrosit, 15 lökosit mevcut idi. Yirmi dört saatlik idrarda bakılan proteinüri miktarı ise 300 mg/gün olarak saptandı. Hastanın hipergamaglobulenemi nedeniyle serum ve idrar örneklerinden protein elektroforezi gönderildi. Protein elektroforezinde Ig A kappa ile uyumlu gamopati izlendi. Hastaya hematolojik malignite açısından kemik iliği biyopsisi yapıldı. Ancak kemik iliği biyopsisinde malignite lehine bulgu saptanmadı. Takiplerinde nötropenisi geriledi. Hasta sjögrene bağlı hipergamaglobulenemi olarak düşünüldü. Ciltteki döküntülerden biyopsi alındı ve biyopsi bağ doku hastalığı tutulumu ile uyumlu geldi. Mikofenolat mofetil tedavisi altında cilt lezyonlarının aktif olması ve hipergamaglobulenemisi olduğu için 1 mg/kg metilpredniozlon ye tedavisi ritüksimab tedavisine geçildi. Metilprednizolon tedavisi altında hipergamaglobulenemesi geriledi. Ritüksimab tedavisi altında hasta takip ediliyor.
Sonuç: Sjögren sendromun'a anemi, hipergamaglobulenemi, monoklonal gamopati, nötropeni gini hematolojik bulgular sıklıkla eşlik etmektedir. Hipergamoglubulenemi %36-42 arasında değişmektedir. Sıklıkla romatoid faktör (RF), SS-A, SS-B pozitifliği ile ilişkili bulunmuştur. Bizim vakamızda da bu üç marker pozitif idi. Monoklonol gamopati ise yaklaşık %22 hastada görülmektedir. En sık Ig-G ve Ig-M görülmektedir. Bu vakada Ig-A yüksekliği ön planda idi. Hipergamaglobulenemi ile ilgili literatürde çeşitli öneriler mevcuttur ancak kanıt düzeyi yüksek bir tedavi bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: sjögren, hipergamaglobulenemi

resim 1



Hastanın yüzünde ortaya çıkan eritemli döküntüler

[PS-004]

İdiyopatik Granülomatöz Mastit: Vaka Serisi

Ceren Demir
Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç:
İdiyopatik granülomatöz mastit, nadir görülen, memenin kronik inflamatuar hastalığıdır. Etiyolojide birçok faktör sorumlu tutulmuştur ancak hala net değildir. Medikal tedavide steroidler ve immünsüpresif ajanlar kullanılabilmektedir (metotreksat/azatiopürin). Bu çalışmada granülomatöz mastit tanısı almış yedi hastanın demografik verileri ve tedavi özellikleri incelenmiştir.
Gereç-Yöntem:
Bu çalışmada, 2024 yılı içerisinde Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji kliniğine başvuran, granülomatöz mastit tanısı patoloji ile kanıtlanmış, yedi hasta değerlendirilmektedir. Demografik özellikler, patoloji sonuçları ve tedavi yanıtları retrospektif olarak analiz edilmiştir. Granülomatöz mastit tanısı, tüm hastalarda şüpheli lezyonlardan alınan patoloji örnekleri ile doğrulanmıştır. Tüm hastaların hastalık seyirleri, vizitlerinde fizik muayene, laboratuar bulguları ve meme ultrasonografisi (USG) ile halen takip edilmektedir.
Bulgular:
Yaşları 27-49 arasında değişen toplamda yedi hasta granülomatöz mastit tanısı aldı (ortalama yaş: 34,85). Yedi hastanın da fizik muayenede ele gelen sert, hareketsiz, ağrılı kitle saptandı. Hastaların 2'sinde yalnızca ele gelen sertlik mevcuttu. 3 hastada şişlik ve eritem; 2 hastada da şişlik eritem ve akıntı görüldü. Tüm hastalardan doku kültürleri yapıldı; patoloji örnekleri alındı. Hiçbir hastanın doku kültüründe üreme yoktu; tüm patoloji örnekleri granülomatöz mastit ile uyumluydu. Granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısı açısından, tüm hastaların sarkoidoz ön tanısı ile yapılan akciğer grafileri normaldi. Tübeküloz açısından tüm hastalara tüberkülin deri testi yapıldı; tüm sonuçlar negatifti. Hastaların tümüne steroid, altı hastaya ise immünsüpresif tedavi verildi (metotreksat/azatiopürin). Altı hastada steroid ve metotreksat tedavisi sonrasında tüm semptomlarda gerileme görüldü. İki hastada metotreksat ile kombine steroid tedavisine rağmen nüks olması nedeni ile azatiopürine geçildi. Bu hastalarda biri azatiopürin ve steroid kombinasyonu ile iyileşme görüldü. Bir hastada ise azatiopürin kullanımına rağmen atakların devam etmesi sebebiyle intralezyoner steroid enjeksiyonu yapıldı. Steroid enjeksiyonu sonrasında, immünsüpresif tedavi ile nüks görülmedi. Tüm hastalar halen romatoloji kliniğinde takip edilmektedir.
Sonuç:
İdiyopatik granülomatöz mastit, nadir görülen maligniteyi taklit edebilen, genellikle doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen, memenin inflamatuar hastalığıdır. İGM etiyolojisi net olarak tanımlanmamıştır. Oral kontraseptif kullanımı, enfeksiyöz ajanlar otoimmünite gibi birçok nedenin etyolojide rol aldığı düşünülmektedir. Ayrıca gebelik, sigara kullanımı, emzirme gibi durumlar da,İGM gelişimi ile ilişkilendirilmiştir. Patogenezde epitel hücrelerinde meydana gelen hasar sonrasında gelişen lokal inflamatuar yanıt sorumlu tutulmuştur.Yine literatürde yer alan vaka sunumlarında, steroid ve immünsüpresif tedavilere yanıt alınması İGM'de otoimmünitenin rolünü desteklemektedir. Ayrıca, eritema nodosum, artrit gibi meme dışı bulguların görülebilmesi, histopatolojik incelemelerde T-lenfosit hücre baskınlığı otoimmün hastalık hipotezini güçlendirmektedir. Tedavide ise,hangi ajanların kullanılacağına dair bir konsensus bulunmamaktadır. Nadir bir hastalık olması sebebiyle, literatürde bu hastalık ile ilgili veriler vaka serileri ile sınırlıdır. Bu hastalığın yönetimi ve tedavisi açısından daha fazla bilgiye ve daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik Granülomatöz Mastit

İdiyopatik granülomatöz mastit tanısı ile izlenen hastaların özellikleri.

	VAKA 1	VAKA 2	VAKA 3	VAKA 4	VAKA 5	VAKA 6	VAKA 7
YAŞ	49	44	37	27	33	20	34
CİNSİYET	KADIN	KADIN	KADIN	KADIN	KADIN	KADIN	KADIN

DOĞUM ÖYKÜSÜ	EVET	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	HAYIR	HAYIR
LAKTASYON ÖYKÜSÜ	EVET	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	HAYIR	HAYIR
SİGARA ÖYKÜSÜ	HAYIR	HAYIR	HAYIR	HAYIR	HAYIR	HAYIR	HAYIR
KOMORBİD HASTALIK	PREDİYABET	YOK	HİPOTİROİDİ	YOK	YOK	YOK	YOK
SEMPTOM	ŞİŞLİK, ERİTEM VE AKINTI	ŞİŞLİK	ŞİŞLİK VE ERİTEM	ŞİŞLİK	ŞİŞLİK, ERİTEM VE AKINTI	ŞİŞLİK VE ERİTEM	ŞİŞLİK VE ERİTEM
SEMPTOM SÜRESİ	12 AY	8 AY	17 AY	20 AY	60 AY	12 AY	6 AY
KİTLENİN LOKALİZASYONU	UNİLATERAL, SAĞ RETROAREOLER	BİLATERAL RETROAREOLER	SAĞ ÜST DIŞ KADRAN	SOL ÜST DIŞ KADRAN	SAĞ ÜST DIŞ KADRAN	SAĞ ÜST DIŞ KADRAN	SOL ÜST DIŞ KADRAN
DİRENAJ ÖYKÜSÜ	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	EVET	EVET
ANTİBİYOTERAPİ KULLANIMI	DOKSİSİKLİN	AMPİSİLİN SULBAKTAM	AMOKSİSİLİN KLAVULANİK ASİT	AMOKSİSİLİN KLAVULANİK ASİT	YOK	YOK	AMPİSİLİN SULBAKTAM
STEROİD KULLANIMI	EVET	EVET	EVET	EVET	EVET	EVET	EVET
İMMÜNSÜPRESİF KULLANIMI	METOTREKSAT	METOTREKSAT	AZATİOPÜRİN	METOTREKSAT	AZATİOPÜRİN	METOTREKSAT	YOK
NÜKS ÖYKÜSÜ	HAYIR	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR	HAYIR

[PS-005]

Tümör Nekroz Faktörü İnhibitörü İle İlaca Bağlı Lupus Gelişen Ankilozan Spondilit Tanılı Hastada Tekrarlayan Üveit Tedavisinde Secukinumab Deneyimi

Çisem Çağdaşer, Kevser Orhan
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

GİRİŞ:
Anterior üveit, spondiloartritli(SpA) hastalarda sık görülen bir ekstraartiküler bulgudur. Bir meta-analizde, radyografik aksiyel SpA hastalarının %18'inde, radyografik olmayanlarda ise %14'ünde ön üveit öyküsü saptanmıştır (1). Secukinumab, psoriatik artrit, psoriazis ve radyografik aksiyel spondiloartrit tedavisinde etkinliği kanıtlanmış, interlökin-17A'yı nötralize eden bir insan monoklonal antikordur. Tümör nekroz faktörü inhibitörlerinin (TNFi) aksiyel SpA'lı hastalarda anterior üveit alevlenme sıklığını azalttığı gösterilmiştir(2). Anterior üveit tedavisinde secukinumab etkinliği ise henüz aydınlatılmamış ve bu ajanla paradoksal üveit vakaları bildirilmiştir. Bu vakada sizlerle tekrarlayan üveit ve artrit atakları olan bir spondiloartrit hastasında secukinumab deneyimimizi paylaşacağız.

VAKA SUNUMU
49 yaşında, spondiloartit ve tekrarlayan anterior üveit ile Romatoloji polikliniğinde takip edilen kadın hasta, soğuk havada ellerde morarma, fotosensitivite, saç dökülmesi, ağız ve göz kuruluğu şikayeti ile polikliniğe başvurdu.2019 yılında tekrarlayan anterior üveit, sol el bileğinde artrit ve entezit ile spondiloartrit tanısı alan HLA-B27 negatif hasta, tanı anından itibaren altı haftada bir 300 mg infliksimab kullanıyordu. 2022 yılına kadar klinik ve akut faz yanıtlı olarak izlenen hastanın poliklinik başvurusunda tam kan sayımında, biyokimya tetkiklerinde böbrek-karaciğer fonksiyon ve elektrolit düzeylerinde patoloji saptanmadı. Tam idrar tetkikinde lökosit, eritrosit ve protein negatif, C-reaktif protein (CRP): 65 mg/dl, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH):75 mm/saat saptandı. Akut faz reaktanı yüksekliği nedeniyle hasta enfeksiyon, artrit, malignite açısından sorgulandı; el bileklerinde ve sağ dizinde eklem ağrısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede aktif sinovit bulgusu saptanmadı. Bağ doku hastalığına yönelik istenen tetkiklerde anti-nükleer antikor (ANA) 1:1000 granüler, antihiston antikoru +3, anti-sentromer antikoru +1 pozitif saptandı.C3 ve C4 değerleri normaldi. İlaç ilişkili lupus olarak değerlendirilen hastanın infliksimab tedavisi kesildi. Takiplerinde el bileğinde artrit ve anterior üveit ile başvuran hastaya sülfasalazin 2x1000mg/gün ve prednizolon 5mg başlandı. Sülfasalazin ve steroid tedavisi altında üveit atakları tekrarlayan ve inflamatuvar bel ağrısı tarifleyen hastaya 2023 yılında secukinumab tedavisi başlandı. Yükleme dozu sonrası ayda bir kez secukinumab 150 mg (subkutan) kullanmaya başlayan hastanın artrit tablosunun gerilemesi üzerine prednizolon tedavisi kesildi. 2023 yılından beridir secukinumab 150 mg/ay kullanan hasta bu süreçte üveit veya artrit atağı geçirmemiş olup klinik ve laboratuvar yanıtı olan hastanın göz hastalıkları ve romatoloji takibine devam edilmektedir.

TARTIŞMA
Anterior üveit, spondiloartitli hastalarda sık görülen bir bulgudur. Bir insan anti-IL-17A monoklonal antikoru olan Secukinumab her ne kadar aksiyel spondiloartrit hastalarında tümör nekroz faktörü inhibitörlerine benzer tedavi yanıt oranlarına sahip olsa da ön üveit üzerindeki etkinliği belirsizdir (3).Secukinumab'ın üveit gelişiminde altta yatan neden olduğunu gösteren mevcut bir veri bulunmamakla birlikte Secukinumab altında paradoksal alevlenme bildirilen vakalar mevcuttur(4). Secukinumab tedavisi ile hem üveit hem de spondiloartrit tablosu kontrol altına alınan vakamız Secukinumab'ın anterior üveit tedavisindeki yeri ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu gözler önüne sermektedir.

Anahtar Kelimeler: Anterior üveit, secukinumab, spondiloartrit

[PS-006]

IgA vasküliti tanısı alan hastaların özellikleri: 1 yıllık takip sonuçları

Yalkın Çalık
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastaesi

Amaç: Küçük damar vaskülitlerinden biri olan IgA vaskülilitnnin klinik izlemi hastanın remisyon sürecini hızlandırmak için oldukça önem taşımaktadır. Hastaya verilen uygun tedavi ile hastanın remisyona girmesine katkıda bulunabilinir. Bizim bu çalışmadaki amacımız kliniğimizde takip ettiğimiz hastalardaki bir yıllık süreci değerlendirmektir.
Gereç-Yöntem: Çalışmaya yeni IgA vasküliti tanısı alan en az 18 yaşında ve başka ek romatizmal hastalığı olmayan, ciddi kardiyovasküler, metabolik hastalık ve malignite öyküsü olmayan hastalar alındı.
Bulgular: Merkezimizde bir yılık takip içinde IgA vasküliti tanısı alan 44 hastanın %63,6'sı erkek ve %77,3'ü 65 yaş ve üzeriydi. Hastaların çoğu (%36,4'ü) sonbaharda tanı almıştı. Hastalığı tetikleyici faktör olarak çoğunda (%54,6) herhangi bir sebep yok iken %29,5 enfeksiyonlar ikinci sıradaydı. Hastaların ilk başvuru şikayetleri en sık %29,6 ile izole palpable purpura idi. Diğer şikayetler bununla birlikte olan artralji, artrit ve hematüri idi. Tedavi ile 12 aylık izlem sonrası hastaların %59'unun BVAS skoru anlamlı olarak remisyona girmişti. (9,89±5,50, 1,15±0.65, p<0,001).
Sonuç: Hastaların düzenli takip edildiklerinde tedavi uyumu ve hastalık remisyon oranları artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: IgA, Remisyon, Vaskülit

[PS-007]

Temporal Arterit kliniği ile gelen nadir bir olgu: Anjiolenfoid Hiperplazi

Enes Keskin[1], Hacı Hasan Esen[2], Pembe Oltulu[2], Recep Tunç[1]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Anjiolenfoid hiperplazi, iyi huylu ama kronik seyirli, nadir görülen bir damar proliferasyonu hastalığıdır. Temporal arterit gibi kulak ön kısmında veya şakak bölgesinde ağrı, hassasiyet ve baş ağrısı yapabilir. Temporal arterite göre daha benign seyirli olmakla birlikte bazı hastalarda patolojik ayrımın yapılması zor olabilir.

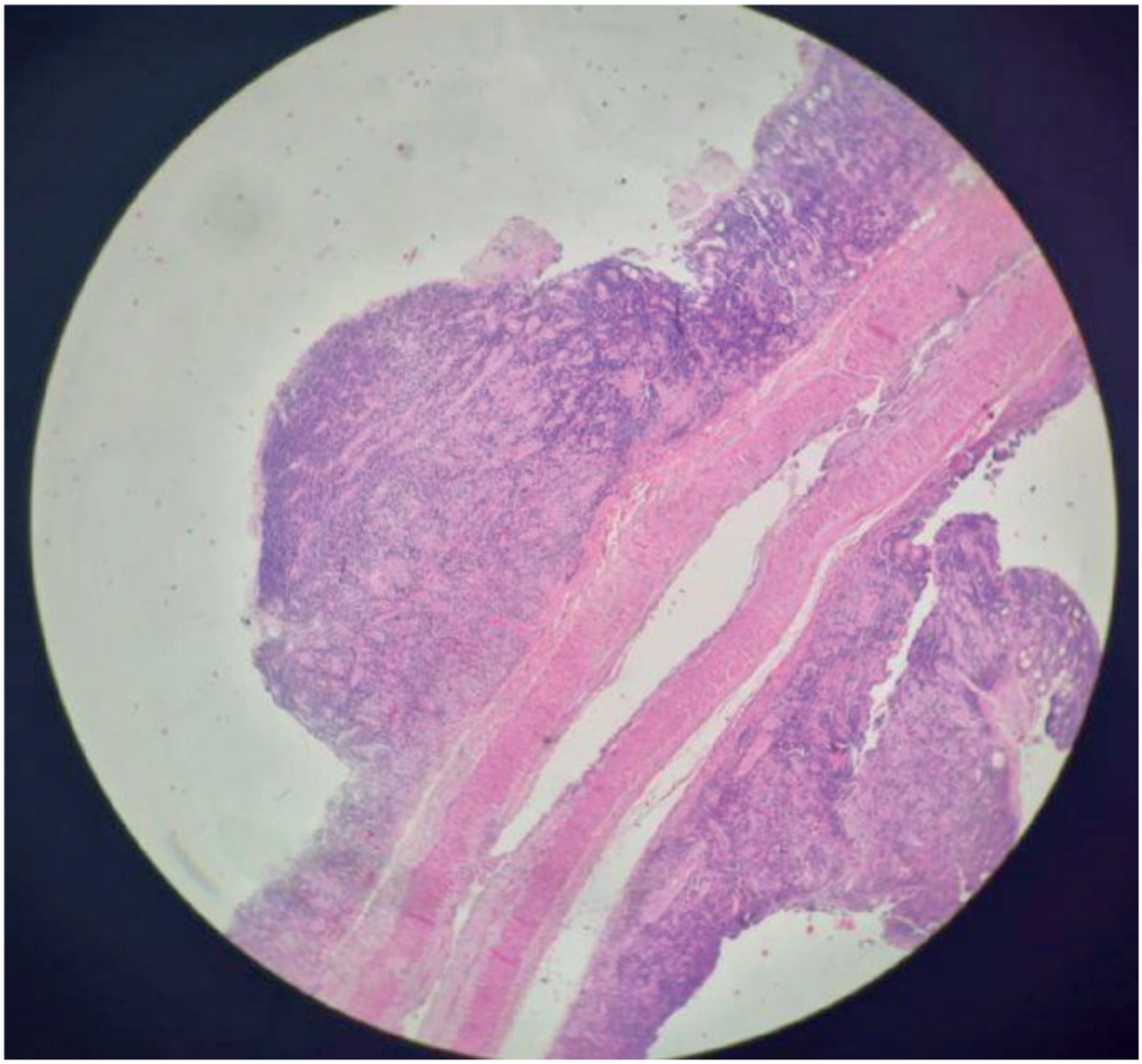
Amaç: Temporal bölgede ağrı, arter trasesinde şişlik muayenede hassasiyet olan hastalarda temporal arterit açısından laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri mutlaka yapılmalıdır. Ancak bazı durumlarda temporal arteritle karışabilen anjiolenfoid hiperplazi tanısı için temporal arter biyopsisinin tecrübeli patologlar tarafından incelenmesi gerekir.

Olgu: 25 yaşında, 20 haftalık gebe olan hasta yaklaşık 1 haftadır olan sol kulak ön kısmında ve şakak bölgesinde ağrı, çiğneme sırasında yorulma şikayetiyle dış merkez başvurusunda temporal arterit açısından doppler ultrason ile değerlendirilmiş.
Yapılan ultrasonun; 'Sol kulak anterosüperiorunda hastanın şikayeti olan düzeyde 18 mm'lik segmentte 3.6 mm'ye ulaşan duvar kalınlaşması izlenen, lümen içerisinde doppler bakıda arteriel akım elde olunan vasküler yapı mevcuttur (temporal arterit ?)' şeklinde raporlanması üzerine hasta merkezimize yönlendirilmiş.
Hastanın fizik muayenesinde şikayeti olan alanda hassasiyet hafif ısı artışı ve cilt altında elle hissedilen düzensizlik mevcuttu. Tetkiklerinde Sedimantasyon: 22 mm/H, CRP: 13,07 mg/L gelen hasta için eksizyonel biyopsi açısından Kalp Damar Cerrahisi konsültasyonu istendi.
Temporal arterin yaklaşık 2 cmlik kısmı eksize edildi ve patoloji laboratuvarı tarafından değerlendirildi.
Patoloji raporu; 'Kesitlerde arter adventisyasında yoğun bir infiltrasyon şeklinde lenfoid hücreler ile kapiller proliferasyonlar görülmektedir. Doku çok sayıda seri kesitlerle de incelenmiş olup intima ve media tabakasında temporal arterit ile uyumlu olabilecek bir morfoloji görülmedi. Dokuda esas lezyone alanı oluşturan vasküler adventisyaya bitişik lenfoid hücre varlığıdır. Lenfositler matür görünümde olup bazı alanlarda dikkati çeken yoğunluğa ulaşan (1 büyük büyütme alanında > 100 adet) eozinofil lökosit vardır.' şeklinde olan hasta mevcut klinik laboratuvar ve patolojik değerlendirme ile Anjiolenfoid hiperplazi olarak kabul edildi.

Sonuç: Temporal arterit 50 yaş üzerinde kadınlarda sık görülen temporal bölgede ağrıyla birlikte genellikle sistemik bulguların (ateş, halsizlik) olduğu çenede kladikasyo, görmede azalma ve şiddetli baş ağrısının görülebildiği bir hastalıktır. Büyük damar vaskülitlerinden olup laboratuvarda genellikle Sedimantasyon ve CRP çok yüksektir.
Anjiolenfoid hiperplazi klinik ve muayene bulguları açısından temporal arterite benzemekle birlikte hem daha genç hastaları etkilemesi hem de laboratuvar bulgularının daha hafif olmasıyla ayırt edilebilir.
İki hastalığı esas ayıran ise temporal arter biyopsisidir. Temporal arteritte granülomatöz iltihap ve dev hücreler görülürken Anjiolenfoid hiperplazide endotel proliferasyonu ve eozinofil infiltrasyonu beklenir.

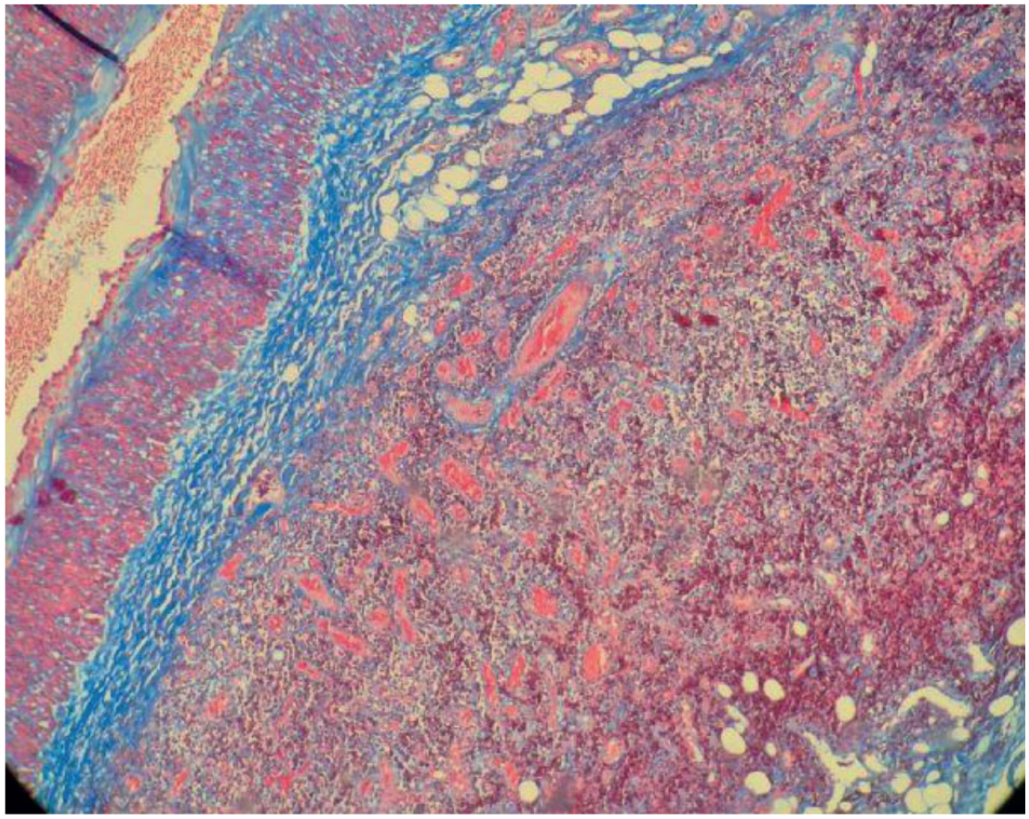
Anahtar Kelimeler: Temporal arterit, Anjiolenfoid hiperplazi

Resim 1



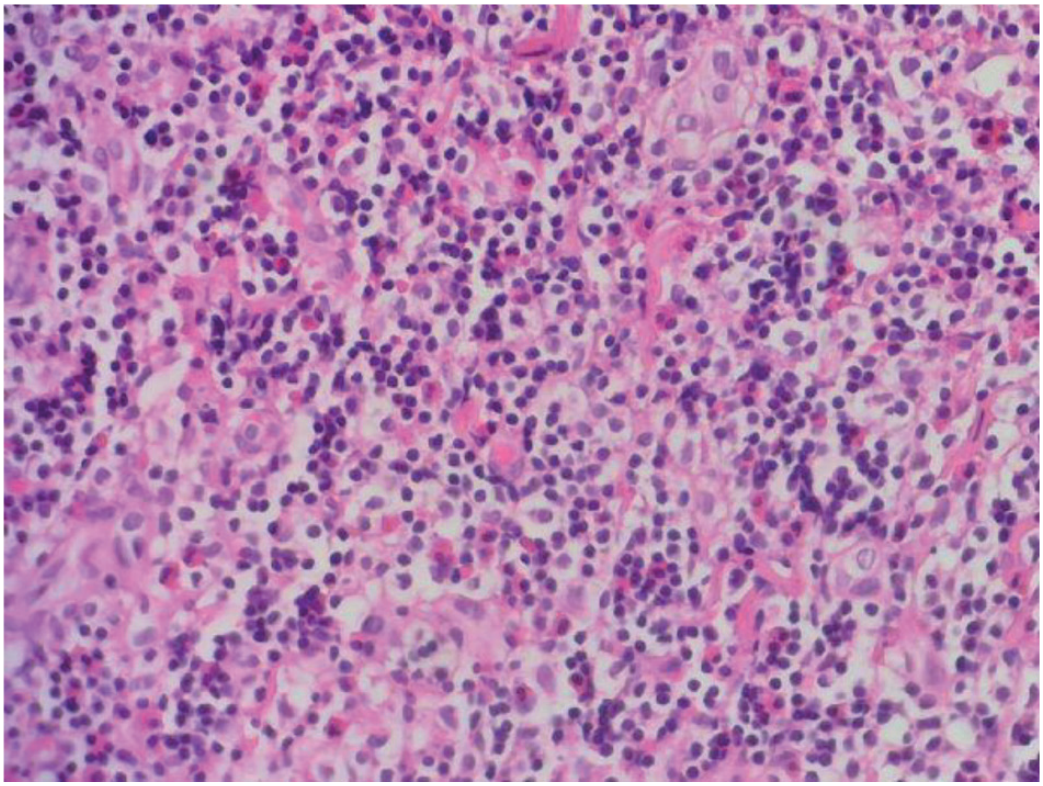
x20 H&E. Vasküler adventisyada lenfosit birikimi görülmektedir.

Resim 2



x40 Mason Trikrom.

Resim 3



x200 H&E. Eozinofil birikimi görülmektedir.

[PS-008]

Erişkin Başlangıçlı Still Hastasında (EBSH) Nokardiya Enfeksiyonuna Bağlı Santral Sinir Sistem Tutulumu; Akut Hidrosefali,Menenjitis

İsmail Güner
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dali

Amaç: Nokardiyoz, lokalize veya dissemine infeksiyon yapabilen,immün sistemi baskılanmış hastalarda gelişen ciddi bir fırsatçı infeksiyondur. Malignite, kortikos teroid kullanımı, organ transplantasyonu, kronik akciğer hastalığı gibi immün sistemi baskılanmış hastalarda daha sık görülmektedir. Ancak prevalansının düşük olması ve hastalığa özgü spesifik bulguların olmamasından dolayı tanısı zordur. Bizim olgumuzda ise aylarca süren hiponatremi,uzamış başağrısı ve akciğerde kaviter lezyonun eşlik ettiği akut gelişen hidrosefali,menenjit bulguları tanımlandı.
Olgu: 5 yıl önce EBSH tanısıyla kliniğimizde takip edilen,tedavilerine ve kontrollerine uyumsuz ve bu nedenle sık atakla gelen takipte steroid, metotrexat, tosilizumab tedavileri uygulanan 22 yaşındaki erkek hasta son poliklinik kontrolünde 3 aydır düzelmeyen hiponatremi ve 1 ay önce pnömoni nedeniyle başlanılan tedavi sonunda kaviteleşmeye giden infiltrasyon nedeniyle nedeniyle kliniğimize yatırıldı..İmmünsüpressif tedavi altında yeni gelişen tüberkülozdan şüphelenilerek hızlıca bronkoskopik ile inceleme yapıldı,endobronşiyal lezyon veya dıştan bası tesbit edilmedi. Balgam ve lavaj örneklerinde ARB boya ve kültürleri negatif geldi. Balgam kültüründe klepsiella üredi ve uygun antibiyotik tedavi başlandı.Hastanın hiponatremisi nefroloji önerilerine rağmen düzeltilemedi. Hastada iki taraflı nistagmus,şuur değişikliği gelişti.Acil görüntülemelerde patolojik bulgu tesbit edilmedi,ancak 3. gün alınan kontrol görüntülemede lateral ve 3. Ve 4. Ventriküllerde genişleme;hidrosefali tesbit edildi,tipik apse formasyonu yoktu.(foto:1 hastayait kraniyal bt görünrüsü).Hasta nöroloji yoğun bakıma devredildi ve acil olarak extraventrikuler drenaj(EVD) yapıldı. İlk BOS örneğinde ksantokromik görünüm ve biyokimya bulguları (glukoz 7 mg/dL) tüberküloz enfeksiyonunu ile uyumlu düşünülerek anti-tbc tedavisi başklandı. BOS sıvısı tüberküloz testleri negatifti,ancak BOS kültüründe Nocardia Otitidis Caviarum tesbit edildi.Tüberküloz tedavisi sonlandırıldı.Antibiyotik duyarlılık testine göre antibiyoterapi düzenlendi.(Amikasin,imipenem,levofloksasin,linezolid,seftriaxon,meropenem duyarlı,trimetoprim/sulfametahoxazole ve penisiline dirençli).Sag taraf drenajı yeterli olmadığı için sol tarafa da EVD kateteri takıldı. Takipte genel durumu bozuldu,entübe edildi, hastanın evd kateterlerinden geleni azaldı, fulminan karaciğer yetmezliği,yeni gelişen gelişen sekonder enfeksiyonlar(aktinomiçes enfeksiyonu), multiorgan yetmezliği tablosuyla hasta kaybedildi.
Sonuç: Primer SSS nokardiyozu nadirdir. Çoğu zaman akciğer nokardiyozu ile birliktedir ve mortalitesi yüksektir (%30-80)..Ancak Serebral apse ve granülom şeklinde tutulum gösterir. Sıklıkla serebral korteks ve bazal ganglionları tutar, semptomlar nonspesifiktir, baş ağrısı, nöbetler, meningismus ve ateşle seyretmektedir.Kemoterapi ve immünsupressif tedavi alanlarda tranplantasyon hastalarında göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim hastamız da sık ataklar nedenıyle uzun süre steroid tedavisi almaktaydı.

Anahtar Kelimeler: Nocardia efeksiyonu, santral sistemi tutulumu, immünsüpressif hasta

bilgisayarlı beyin tomografisi



hastanın hidrodefali ile uyumlu beyin bt görntüsü

[PS-009]

Nivolumab Tedavisi Sonrası Gelişen Seropozitif Romatoid Artrit: Nadir Bir Olgu

Yusuf Doğan, Ahmet Karataş, Süleyman Serdar Koca
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Amaç: Nivolumab gibi immün kontrol noktası inhibitörlerinin (PD-1 blokajı) yaygın kullanımıyla birlikte, bazı hastalarda immün ilişkili yan etkiler (immune-related adverse events, irAE) ortaya çıkabilmektedir. Yan etkiler arasında artrit de görülmekte olup, genellikle seronegatif RA benzeri, daha nadiren (%~9) seropozitif tablolarla seyretmektedir. Bu çalışmada, renal hücreli karsinom nedeniyle nivolumab tedavisi başlanan bir hastada, tedavinin başlamasından kısa süre sonra gelişen seropozitif RA olgusunu sunmayı ve literatürdeki benzer vakalar ışığında tartışmayı amaçladık.
Olgu: 62 yaşında erkek hasta, renal hücreli karsinom(RCC) tanısı sonrası immün kontrol noktası inhibitörü olan nivolumab tedavisine başlandı. Tedavinin başlamasından yaklaşık bir ay sonra, hasta her iki el küçük eklemlerinde belirgin ağrı ve şişlik şikâyeti ile başvurdu. Sabah tutukluğunun yaklaşık 1 saat sürdüğünü ifade eden hastada, eklem muayenesinde metakarpofalangeal (MKF) ve proksimal interfalangeal (PİF) eklemlerde hassasiyet ve yapılan el ultrasonografisinde sinovit saptandı. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimantasyon hızı (ESH: 60 mm/saat) ve C-reaktif protein (CRP: 63 mg/L) yüksek bulundu. Romatoid faktör (RF: 172 IU/mL) ve anti-siklik sitrüline peptid (anti-CCP >200 U/mL) antikoru pozitif saptandı. Klinik bulgular (simetrik el eklemi tutulumu, sabah tutukluğu, eklem şişliği ve hassasiyet), laboratuvar parametreleri ve eklem muayenesi birlikte değerlendirildiğinde, hastaya seropozitif RA tanısı konuldu. Hastaya başlangıçta 15 mg/gün prednizolon tedavisi başlandı ve kademeli doz azaltımı planlandı. Onkoloji kliniği ile yapılan değerlendirmede, hastanın RCC tedavisinin yeni başlandığı göz önünde bulundurularak nivolumab tedavisine devam edilmesine karar verildi. Bir ay sonraki kontrolde hastanın eklem ağrıları ve tutukluk şikâyetlerinde belirgin düzelme gözlendi. Tedavi düşük doz steroid ile sürdürülmekte olup hastanın yakın takibi devam etmektedir.
Sonuç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (özellikle PD-1 inhibitörleri), malignitelerde sağkalımı artıran tedaviler olmakla birlikte, immün ilişkili yan etkiler (irAE) arasında inflamatuvar artritler önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde bu artritlerin çoğunlukla seronegatif olduğu, seropozitif RA gelişiminin ise oldukça nadir görüldüğü bildirilmektedir. Bizim olgumuzda yüksek titre RF ve anti-CCP pozitifliği ile seropozitif RA gelişmesi, immün tedavilerin RA fenotipini tetikleyebileceğini göstermektedir. Bu olgu immün kontrol noktası inhibitörleri kullanan hastalarda eklem yakınmalarının dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini, multidisipliner yaklaşım ile hem kanser tedavisinin sürekliliğinin sağlanabileceğini hem de romatolojik komplikasyonların kontrol altına alınabileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Nivolumab

TÜRKİYE ROMATOLOJİ DERNEĞİ

BİLİMSEL SEKRETERYA
Türkiye Romatoloji Derneği
URL:www.romatoloji.org
E: info@konyaromatoloji.org

COIN
CONGRESS & INCENTIVE
www.cointurizm.com

ORGANİZASYON SEKRETERYASI
COIN Turizm Kongre Organizasyon ve Danışmanlık A.Ş.
Hilal Mah. 694. Sok 7/2 Çankaya / Ankara
T: +90 252 214 13 26
URL: www.cointurizm.com
E: info@cointurizm.com