TRASD
1947



TRASD Multidisipliner Romatoloji Akademisi: Aydın 2025

09-11 Mayıs 2025
Korumar Ephesus, Selçuk



SEMPOZYUM BAŞKANI
Prof. Dr. Gülcan Gürer

BİLİMSEL SEKRETERLER
Uzm. Dr. Nedim Kaban
Uzm. Dr. Umut Bakay
Uzm. Dr. Ali Can Soylu

www.trasdegeromatoloji.org

burkon® TURİZM & KONGRE
444 9 443
samet.basar@burkon.com

TRASD Multidisipliner Romatoloji Akademisi: Aydın 2025

09-11 Mayıs 2025

Korumar Ephesus, Selçuk

DİJİTAL BİLDİRİ KİTABI

ISBN: 978-625-6443-43-3

DAVET

Değerli meslektaşlarımız,

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği, Aydın Şubesi tarafından düzenlenecek 'TRASD Multidisipliner Romatoloji Akademisi: Aydın' 09 – 11 Mayıs 2025 tarihleri arasında Korumar Ephesus, Selçuk Otel'de gerçekleştirilecektir.

Son güncel bilgileri anlatmak, tartışmak ve uzman hocalarımızın deneyimlerini paylaşmak amacıyla bu toplantı planlanmıştır.

Tüm meslektaşlarımızı bilimsel açıdan oldukça zengin içeriği ile toplantımıza bekler, saygılar sunarız.

Toplantımızda görüşmek dileğiyle.

Sevgi ve saygılarımızla,

Prof. Dr. Gülcan Gürer
Sempozyum Başkanı

İÇİNDEKİLER

DAVET 3
KURULLAR 5
BİLİMSEL PROGRAM 6
KONUŞMACI ÖZETLERİ 10
SÖZEL BİLDİRİLER 16
POSTER BİLDİRİLER 21

KURULLAR

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Gülcan Gürer
Prof. Dr. Ece Kaptanoğlu
Prof. Dr. Özgür Akgül
Prof. Dr. Gönen Mengi
Prof. Dr. Elif Aydın
Prof. Dr. Gülnur Taşçı Bozbaş
Doç. Dr. Engin Taştaban
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe İyyapıcı Ünübol
Uzm. Dr. Nedim Kaban
Uzm. Dr. Umut Bakay
Uzm. Dr. Ali Can Soylu

BİLİMSEL PROGRAM

09 Mayıs 2025, Cuma	
14:00- 14:15	**Açılış Töreni**
	PANEL 1 – Romatoid Artrit **Oturum Başkanları:** Gülcan Gürer, Özgür Akgül
14:15 - 14:30	**Pre-RA'dan RA'ya Geçiş Tedaviyle Önlenebilir mi?** Özgür Akgül
14:30 - 14:45	**Erken RA'da Tedavi Yanıtı Öngörülebilir mi ?** Sevcan Uğur
14:45 - 15:00	**Vakalarla Dirençli RA' da Tedavi Yaklaşımları** İsmihan Sunar
15:00 - 15:15	**Tartışma**
15:15 – 15:30	Kahve Arası
	PANEL 2- Spondiloartritler **Oturum Başkanları:** Cahit Kaçar, Ece Kaptanoğlu
15:30 – 15:45	**MR'daki Her Sakroiliit Aksiyal Spa mıdır?** Sevilay Batıbay
15:45 - 16:00	**Vaka Sunumları Eşliğinde Tedavisi Zor Aksiyal Spondilartrite Yaklaşım** Ali Karakaş
16:00 - 16:15	**Güncel Kılavuzlar Eşliğinde PsA Tedavisi** Tuğba İzci Duran
16:15 - 16:30	**Tartışma**
16:30 – 16:45	Kahve Arası
	PANEL 3 – Hareketin Temeli: Kemik, Eklem ve Lenf Sağlığı **Oturum Başkanları:** Ayhan Kamanlı, Yasemin Turan
16:45 - 17:00	**Romatolojik Hastalıklarda Osteoporoz Yönetimi** Hatice Reşorlu
17:00 - 17:15	**El Osteoartritinde Tanı ve Tedavi: Güncelleme** Hakan Alkan
17:15 - 17:30	**Lenfödem ve Romatizmal Hastalıklar Ayırıcı Tanı** Engin Taştaban
17:30 - 17:45	**Tartışma**
10 Mayıs 2025, Cumartesi	
08:00 - 08:30	**Sözel Bildiri Oturumu** **Oturum Başkanları:** Engin Taştaban, Tuğba İzci Duran **GUT Hastalarının Diyet Uyumuna Kesitsel Bir Bakış** Umut Bakay **Behçet Hastalığında Nörolojik Semptomlardan Bağımsız Olarak Bilişsel**

	Bozukluk Mevcut Olabilir mi? Pınar Bora **Behçet Hastalığında Ürik Asit Yüksekliği: Tromboz İçin Uyarıcı mı?** Fahrettin Bıçakçı **Romatoid Artrit Hakkında Türkçe Web Siteleri: Kalite, Okunabilirlik ve Güvenilirlik** Ender Salbaş
	PANEL 4 – Vaskülitler 1 **Oturum Başkanları:** Erdal Gilgil, Sevcan Uğur
08:30 - 08:50	**Behçet Majör Organ/Vasküler Tutulumlar ve Tedavisi** Zafer Günendi
08:50 - 09:10	**Büyük Damar Vaskülitlerinde Hastalık Aktivitesi ve Tedavi Yanıtını Nasıl Değerlendirelim?** Neslihan Gökçen
09:10 - 09:30	**IgA Vasküliti Tedavisi** Öznur Kutluk
09:30 - 09:45	**Tartışma**
09:45 – 09:55	Kahve Arası
	PANEL 5–Vaskülitler 2 **Oturum Başkanları:** İlhan Sezer, Neslihan Gökçen
09:55 - 10:15	**Zor Olgular Eşliğinde Güncel GPA Tanı ve Tedavisi** Yavuz Pehlivan
10:15 - 10:35	**Zor Olgular Eşliğinde Güncel MPA Tanı ve Tedavisi** Ediz Dalkılıç
10:35 - 10:55	**Zor Olgular Eşliğinde Güncel EGPA Tanı ve Tedavisi** Ebru Atalar
10:55 - 11:10	**Tartışma**
11:10 - 11:20	Kahve Arası
	PANEL 6 - Otoinflamasyon **Oturum Başkanları:** Zafer Günendi, Gönen Mengi
11:20 - 11:35	**Kolşisin Dirençli FMF Hastalarında Tedavi Yaklaşımı** Pınar Bora
11:35 - 11:50	**Hidradenitis Süpürativa'da Romatolojik Komorbiditeler** Umut Bakay
11:50 – 12:05	**Tanıdan Tedaviye Still Hastalığı** Nedim Kaban
12:05 - 12:15	**Tartışma**
12:15 - 13:30	Öğle Yemeği
	PANEL 7- Bağ Dokusu Hastalıkları - 1 **Oturum Başkanları:** Meltem Alkan Melikoğlu, Hatice Reşorlu

13:30 - 13:45	**Lupus Cilt Tutulumu** Özge Sevil Karstarlı Bakay
13:45 - 14:00	**Lupus Nefritinde Güncel Tedavi (ACR-EULAR-KDIGO)** Nesrin Şen
14:00 – 14:15	**AFAS'ta Senaryolar Eşliğinde Tanı-Tedavi** Keziban Armağan
14:15 - 14:30	**Tartışma**
14:30 - 14:45	Kahve Arası
14:45 - 15:30	**Uydu Sempzoyumu** abbvie **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Standart ve Sonrası** **Moderatör:** Cahit Kaçar **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Bio-Naif Hastada HUMIRA** Gamze Kılıç **Ankilozan Spondilit Tedavisinde İlk TNFi Yetersizliğinde RINVOQ** Nilay Şahin
15:30 - 15:45	Kahve Arası
	PANEL 8 - Bağ Dokusu Hastalıkları - 2 **Oturum Başkanları:** Hatice Reşorlu, İsmihan Sunar
15:45 – 16:00	**Bağ Dokusu Hastalıklarına Bağlı İnterstisyel Akciğer Hastalığında Tedavi Kılavuzları** Zeynep Dündar Ök
16:00 – 16:15	**Sjögren Sendromunda Güncel Tedavi** Gizem Cengiz
16:15 - 16:30	**Olgular Eşliğinde Dijital Ülser Tedavisi** Nihan Cüzdan Balta
16:30 - 16:45	**Tartışma**
16:45 - 17:00	Kahve Arası
	PANEL 9– Görüntüleme **Oturum Başkanları:** Kemal Nas, Özgür Akgül
17:00 - 17:15	**Erken PSA' yı Ultrasonla Nasıl Tanıyalım?** İlhan Sezer
17:15 – 17:30	**İntertisyel Akciğer Hastalıklarında HRCT Görüntülerinin Değerlendirilmesi** Hakan Şahin
17:30 – 17:45	**Romatolojide Kapilleroskopik Değerlendirme** Abdulvahap Kahveci
17:45 – 18:00	**Tartışma**
11 Mayıs 2025, Pazar	
	PANEL 10– Kristal Artropatiler **Oturum Başkanları:** Elif Aydın, Ayşe İyiyapıcı Ünübol

08:30 - 08:45	**Kristal Artropatilerde Görüntüleme** Esra Bilgin
08:45 - 09:00	**Gut: Güncel Tedavi** M. Abdulkerim Şahin
09:00 - 09:15	**Psödogut: Güncel Tedavi** Ali Can Soylu
09:15 - 09:30	**Tartışma**
09:30 - 09:45	Kahve Arası
	PANEL 11 - Romatolojik Hastalıklarda Akılcı İlaç Kullanımı **Oturum Başkanları:** Hakan Alkan, Gülnur Taşçı Bozbaş
09.45-10.00	**Ben Nasıl Kullanıyorum (AZA/MMF/TAK/CsA/CyC)** Zeynel Abidin Akar
10:00 - 10:15	**Ben Nasıl Kullanıyorum (Cs DMARDlar)** Ülkü Uçar
10:15 - 10:30	**Tartışma**
10:30 - 10:45	Kahve Arası
	PANEL-12: Fertilite ve Beslenme **Oturum Başkanları:** Nesrin Şen, Mehmet Serkan Kılıçoğlu
10:45 - 11:00	**Romatolojide İnfertilite** Mesut Berkan Duran
11:00 – 11:15	**Romatolojik Hastalıklarda Anti İnflamatuar Diyet Var mı?** Gülnur Taşçı Bozbaş
11:15 - 11:30	**Tartışma**
11:30 - 11:45	**Kapanış**

KONUŞMACI ÖZETLERİ

Vakalarla Dirençli Romatoid Artritte Tedavi Yaklaşımları

İsmihan Sunar

Ankara Üniversitesi FTR ABD, Romatoloji BD.

Romatoid artrit (RA), primer olarak sinovyal eklemleri etkileyen kronik otoimmün bir eklem hastalığıdır. Hastalığın etyopatogenezine dair son 20 yıldaki gelişmeler ve buna bağlı olarak geliştirilen yeni ilaçlar, daha iyi klinik sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır (1). Ancak mevcut yenilikçi tedavilere rağmen, hastaların kayda değer bir kısmı hâlâ romatologlar için zorlayıcı olmaya devam etmektedir. Rutin pratikte hedeflenen, konvansiyonel sentetik ya da biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlarla (DMARD) sürdürülebilir remisyon ya da düşük hastalık aktivitesine ulaşılamayan RA hastaları dirençli hasta olarak kabul edilmektedir. Bu dirençli hastalar ilk kez 2018 yılında tanımlanmış olup "tedavisi zor RA (D2T RA)", "tedaviye dirençli" veya "refrakter RA" olarak da adlandırılmakta olup kabaca hastaların yaklaşık %10-20'sinde mevcuttur (2,3). İngiltere Romatoloji Derneği Biyolojik Ajan Kayıtları'na göre, 13.502 hastanın %6'sında refrakter RA saptanmıştır. Ancak bu çalışmada yalnızca TNF inhibitörü başarısızlığı yaşayan hastalar birinci biyolojik ajan başarısızlığı olarak değerlendirilmiştir (4). Dirençli RA'nın altında yatan faktörler arasında yaşlanma, tedaviler ve sigara gibi çevresel etkenlerin yol açtığı epigenetik değişiklikler yer almaktadır. İnflamasyon ile epigenetik değişiklikler arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Dirençli RA gelişimi için prediktör faktörler tedavi gecikmesi, kadın cinsiyet ve başlangıçta yüksek hastalık aktivitesi olarak belirtilmiştir (2,5).

Avrupa Romatizma Birliği (EULAR), 2021 yılında D2T RA için resmi bir tanım yayımlamıştır. Buna göre:

1. Konvansiyonel sentetik DMARD'lara yanıtsızlık sonrası, en az iki farklı etki mekanizmasına sahip biyolojik veya hedefe yönelik sentetik DMARD'ın başarısız olması ve
2. Aktif hastalığı gösterecek aşağıdaki bulgulardan en az birinin varlığı:
   a) Kompozit hastalık aktivite indekslerine göre en az orta düzeyde hastalık aktivitesi (DAS28-ESR>3.2 ya da CDAI>10),
   b) Laboratuvar, klinik ya da görüntüleme yöntemleriyle aktif hastalık bulguları,
   c) Prednizon veya eşdeğeri glukokortikoid dozunun 7,5 mg/gün altına indirilememesi ya da kesilememesi,
   d) Hızlı radyografik progresyon,
   e) RA belirtilerinin yaşam kalitesini bozması;
3. Hastanın ve/veya romatoloğun bu hastayı yönetmekte zorlandığını belirtmesi (6).

Bir yıl sonra EULAR, D2T RA hastalarının yönetimi ile ilgili başka bir belge yayımlamıştır. Bu belgede 2 temel ilke ve 11 öneri yer almaktadır. Öncelikle, D2T RA olduğu düşünülen hastalarda yanlış tanı veya taklit eden hastalıkların eşzamanlı varlığı göz ardı edilmemelidir. Bu hastalıklar arasında kristal artropatileri, spondiloartritler, Still hastalığı, polimiyalji romatika, psoriatik artrit, sistemik lupus eritematozus, Rhupus sendromu, inflamatuvar miyopatiler, remitan simetrik seronegatif sinovit ve pitting ödem (RS3PE), reaktif artrit, vaskülitler, paraneoplastik sendromlar, osteoartrit ve fibromiyalji sayılabilir. İnflamatuvar aktiviteye dair şüphe varsa, ileri değerlendirme için ultrasonografi önerilmektedir. Ayrıca obezite ve fibromiyalji gibi bazı eşlik eden hastalıklar durumunda, kronik ağrı veya santral sensitizasyon süreçlerinin hastalık aktivitesini olduğundan fazla gösterebileceği göz önünde bulundurularak kompozit indeksler ve klinik değerlendirmeler dikkatle gözden geçirilmelidir. RA'da tedavi uyumu genellikle düşüktür ve %30-80 sıklıkta görülebilir. Bu nedenle hasta-hekim ortak tedavi

kararı, ilaç uyumun değerlendirilmesi ve optimizasyonu önemlidir. Eğer hasta D2T RA tanımına uyuyorsa, EULAR 2022 RA Tedavi Önerileri'ne göre farklı bir yolağı hedefleyen maksimum dozda b/tsDMARD ile tedavi düşünülmelidir. Fonksiyonel bağımsızlığı artırmak ve ağrı ve yorgunluğu önlemek amacıyla eğitim, destek, egzersiz, psikolojik destek ve kişisel yönetim programlarını içeren farmakolojik olmayan yaklaşımlar da önerilir (5,7).

Günümüzde refrakter RA'nın heterojen bir grup olduğu kabul edilmektedir. Daha iyi bir yönetim sağlanabilmesi için D2T RA içinde bazı alt gruplar tanımlanmaktadır. Bazı yazarlar hastaları D2T RA-yanıtsızlık ve D2T RA-diğer (toksisite, komorbidite, uyum ya da beklenti sorunları vb.) olarak sınıflandırırken, bazıları ise persistan inflamatuvar refrakter RA (PIRRA) ve non-inflamatuvar refrakter RA (NIRRA) olarak ayırmaktadır. PIRRA alt grubunda inflamasyon devam etmekte olup yüksek şiş eklem sayısı, CRP düzeyi ve eroziv hastalık gibi belirteçler prognostiktir. Oysa NIRRA grubundaki hastalarda inflamatuvar aktivite yoktur ancak hasta bildirimli sonuçlar yüksek, yaşam kalitesi bozulmuş, buna rağmen uzun dönem prognozları PIRRA'ya kıyasla daha iyidir (5,8).

Komorbiditeler ve eklem dışı tutulumlar RA hastalarında morbidite ve mortaliteye neden olan önemli başlıklardır. Hastaların %40'ında görülür ve refrakter RA'ya neden olan etmenlerden biridir. Burada ekstra-artiküler tutulum (Felty senromu ve büyük granüler lenfositik lösemi) nedeniyle D2TRA kapsamında olan bir hasta ve iki adet inflamatuar aktivite nedeniyle ilaç yanıtsız kabul edilen refrakter RA vakası tartışılacaktır.

Özetle, D2TRA hastalar için en uygun tedavi stratejisi ve D2TRA gelişimini öngörme yöntemleri halen yeterli değildir. İlaç yanıtını öngörebilecek serum biyobelirteçleri araştırma gündemindedir. F2TRA hastalarında farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları birlikte kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *JAMA.* 2018;320(13):1360–1372.
2. Bécède M, Alasti F, Gessl I, Haupt L, Kerschbaumer A, Landesmann U, Loiskandl M, Supp GM, Smolen JS, Aletaha D. Risk profiling for a refractory course of rheumatoid arthritis. Semin Arthritis Rheum. 2019;49(2):211-217.
3. Maria J H de Hair et al, Difficult-to-treat rheumatoid arthritis: an area of unmet clinical need, *Rheumatology*, 2018;57(7):1135–1144
4. Kearsley-Fleet L, Davies R, De Cock D, Watson KD, Lunt M, et al. Biologic refractory disease in rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register for Rheumatoid Arthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(10):1405-1412.
5. Buch, M.H., Eyre, S. & McGonagle, D. Persistent inflammatory and non-inflammatory mechanisms in refractory rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol. 2021;* 17, 17–33
6. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PM, Kedves M, Hamar A, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2021;80(1):31-35.
7. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, Kedves M, Hamar A, et al. EULAR points to consider for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2022;81(1):20-33.
8. Novella-Navarro M, Ruiz-Esquide V, Torres-Ortiz G, Chacur CA, Tornero C, et al. A paradigm of difficult-to-treat rheumatoid arthritis: subtypes and early identification. Clin Exp Rheumatol. 2023;41(5):1114-1119.

Sjögren Sendromunda Güncel Tedavi

Gizem Cengiz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD/Romatoloji BD, Kayseri

Sjögren sendromu(SjS) veya Sjögren hastalığı (SD), özellikle tükürük ve gözyaşı bezleri olmak üzere ekzokrin bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, ilerleyici glandüler disfonksiyona ve ardından gelen kserostomi ve kseroftalmiye yol açan kronik bir otoimmün epitelit türüdür. Sistemik komplikasyonların prognostik etkileri vardır ve zamanında tanımlanmaları ve yönetilmeleri gerekir. Tedavi, ideal olarak multidisipliner değerlendirmeye dayalı olarak organ tutulumunun türüne ve şiddetine göre düzenlenmelidir **(1,2)**

Tarihsel olarak, SD klinik belirtiler tek başına ortaya çıktığında birincil, başka bir sistemik otoimmün hastalıkla ilişkili olduğunda ise ikincil olarak adlandırılırdı. Ancak, birincil SD artık yaygın olarak SD ve ikincil Sjögren hastalığı da örtüşen Sjögren hastalığı olarak adlandırılmaktadır. SD tahmini insidansı ve prevalansı, kullanılan sınıflandırma kriterlerine bağlı olarak değişmektedir. Etkilenen erkek/kadın oranı 1-9'dur. SD insidansının 100.000 kişi-yılında 6,9 ve prevalansının 100.000'de 60,8 vaka olduğu tahmin edilmişti. Tanı kriterlerindeki değişikliklere dayanarak, pSS'nin gerçek yaygınlığını değerlendirmek zordur, yaklaşık %0,5-%4,0'dır ve romatoid artrit (RA) sonrası ana multisistem otoimmün hastalıktır (3,4). pSS'nin patogenezinde, genel olarak genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve immünolojik bozukluklarla ilişkili olduğu düşünülen birden fazla faktörün karmaşık etkileri yer almaktadır. Genetik olarak duyarlı bireylerde, viral enfeksiyonun tükürük bezi epitel hücrelerinin (SGEC'ler) aktivasyonunu tetiklediği, bunun da doğuştan gelen bağışıklık sistemi aktivasyonuna ve nihayetinde doğuştan gelen ve adaptif bağışıklık hücreleri arasında yoğun bir çapraz etkileşime yol açtığı düşünülmektedir (1). EULAR Görev gücü, SjS'li hastaların yönetimi için, genel fikir birliğine dayalı üç kapsamlı öneri merkezi semptom üçlüsünün (kuruluk, yorgunluk ve ağrı) yönetimiyle başlayıp sistemik hastalığın yönetimiyle devam eden mantıksal bir sıra oluşturan 12 özel öneri olarak sunulmasını onayladı %). Öneriler, topikal oral (tükürük ikameleri) ve oküler (yapay gözyaşı damlaları, topikal steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar, topikal kortikosteroidler, topikal CyA, serum gözyaşı damlaları) tedavilerin, oral muskarinik agonistlerin (pilokarpin, sevimelin), hidroksiklorokin, oral glukokortikoidlerin, sentetik immünosüpresif ajanların (siklofosfamid, azatioprin, metotreksat, leflunomid ve mikofenolat) ve biyolojik tedavilerin (rituksimab, abatasept ve belimumab) kullanımını ele almaktadır (5) 2025 yılında yayınlanan İngiliz romatoloji derneğinin önerilerinde bireyin durumunu yönetmesini güçlendirmek, salgıları korumak, yerine koymak ve uyarmak; hasarı önlemek ve altta yatan sistemik hastalık aktivitesini baskılamak ile ilgili önerilere ağırlık verilmiş, hastalığın semptom ve klinik bulgularına göre öneriler sunulmuştur.Bu kılavuz, 2017'de yayınlanan ilk kılavuzun biraz da geliştirilen önerilerini temel almıştır (6).

Referanslar

1-Baldini, C., Fulvio, G., La Rocca, G., & Ferro, F. (2024). Update on the pathophysiology and treatment of primary Sjögren syndrome. *Nature Reviews Rheumatology*, *20*(8), 473-491.

2-Maleki-Fischbach, M., Kastsianok, L., Koslow, M., & Chan, E. D. (2024). Manifestations and management of Sjögren's disease. Arthritis Research & Therapy, 26(1), 43.

3-Qin, B., Wang, J., Yang, Z., Yang, M., Ma, N., Huang, F., & Zhong, R. (2015). Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. Annals of the rheumatic diseases, 74(11), 1983-1989.

4-Wang, J., Zhou, L., & Liu, B. (2020). Update on disease pathogenesis, diagnosis, and management of primary Sjögren's syndrome. International journal of rheumatic diseases, 23(6), 723-727.

5-Ramos-Casals, M., Brito-Zerón, P., Bombardieri, S., Bootsma, H., De Vita, S., Dörner, T., ... & Mariette, X. (2020). EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. Annals of rheumatic diseases, 79(1), 3-18.

6-Price, E. J., Benjamin, S., Bombardieri, M., Bowman, S., Carty, S., Ciurtin, C., ... & Walsh, S. B. (2025). British Society for Rheumatology guideline on management of adult and juvenile onset Sjögren disease. *Rheumatology*, *64*(2), 409-439.

Büyük Damar Vaskülitlerinde Hastalık Aktivitesi ve Tedavi Yanıtını Nasıl Değerlendirelim?

Neslihan Gökçen

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Bu sunumda Dev Hücreli Arterit (DHA) ve Takayasu Arteriti (TAK) hastalıklarının aktivite değerlendirmesi ve tedavi yanıtlarının izlenmesine yönelik güncel yaklaşımlar ele alınmıştır. DHA, 50 yaş üstü bireylerde en sık görülen vaskülit türüdür. Tanıda görüntüleme yöntemlerinin (US, PET-BT, BT anjiyo, MRA) önemi artarken, temporal arter biyopsisinin rolü azalmaktadır. Hastalık aktivitesi; klinik belirtiler (baş ağrısı, görme kaybı, çene kladikasyonu vb.), laboratuvar göstergeleri (ESR, CRP, IL-6) ve görüntüleme bulguları ile izlenmektedir. OMERACT US skoru (OGUS) ve halo sayısı, US ile tedavi yanıtının takibinde güvenilir ölçütler olarak öne çıkmaktadır. US duyarlılığı tedaviden sonraki 3-10 gün içinde düşmekte olup, özellikle 3 gün içinde görüntüleme yapılması önerilmektedir. Fakat, takipte US skorlama faydalı olabilir. PET/BT yöntemi büyük damar vaskülitlerinde yaygın olarak kullanılsa da, glukokortikoid tedavisi sonrası duyarlılığı hızla azalmaktadır. TAK'ta PET/BT'nin DHA'ya göre aktif hastalık tanımlamada daha iyi performans gösterdiği bildirilmiştir. MRI ise radyasyon içermemesiyle güvenli bir yöntem olup, arter duvarı ödemi ve kontrast tutulumunu göstermede yararlıdır. Hastalık aktivitesini göstermekte ve takip etmekte kullanılan kriterler vardır. DHA için standart bir kriter yoktur. OMERACT Vaskülit Çalışma Grubu tarafından aktivite değerlendirilmesinde kullanılmak üzere 58 TAK ile ortak 7 DHA özgü parametre belirlenmiştir. AGATA çalışmasında; konstitusyonel semptomlar, iskemi semptom ve bulguları, bu bulguların akut faz yanıtı ile beraber bulunması veya kortikosteroid baslanmasını veya doz arttırılmasını gerektiren ve DHA'a bağlanan her türlü bulgunun varlığı aktivite değerlendirilmesinde kullanılmıştır.

TAK hastalık aktivitesi ve tedavi yanıtı değerlendirmede klinik belirtiler (halsizlik, yorgunluk, karotidini, nabızsızlık, üfürüm, tansiyon farkı vb.), laboratuvar göstergeleri (ESR, CRP, IL-6, Pentraxin-3, MMP-3, IL-18 vb gibi yeni biyobelirteçler) ve görüntüleme bulguları kullanılmaktadır. US, damar duvarı inflamasyonunu değerlendirmede önemli bir araçtır. TAK için hastalık aktivitesi; Kerr kriterleri, ITAS2010 ve TAIDAI gibi skorlamalarla izlenmektedir.

Sonuç olarak, büyük damar vaskülitlerinde hastalık aktivitesininin ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi, klinik, laboratuvar ve radyolojik yöntemler kullanılarak bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Gut: Güncel Tedavi

Muhammed Abdulkerim Şahin

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi

Beslenme, yaşam tarzı, komorbidite ve bunlar için kullanılan ilaçlar, yaş, cinsiyet gibi gut hastalığı için risk artırıcı veya koruyucu özelliği bulunan faktörler mevcut olup bunların değiştirilebilir olanlarının modifikasyonu tedavide önemli basamaklardan biridir. Hastanın hastalığı, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi planı hakkında bilgilendirilmesi bir diğer önemli husustur. Medikal tedavide akut atakta NSAİİ, steroid, kolşisin ve IL-1 inhibitörleri; profilakside ise gene NSAİİ, steroid, kolşisin ve ürat düşürücü tedavilerden allopurinol ve febuksostat başta gelen ilaçlardandır. Ürikozürik ve ürikolitikler ülkemizde pek kullanılmamakla beraber Gut hastalığı tedavisinde yeri olan diğer ilaçlardandır. İleri yaş, polifarmasili, metabolik sendromlu ve böbrek yetmezlikli hastaların yüksek risk grubunda olması mucibince ilaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri ve renal-hepatik dozların bilinmesi ve buna dikkat edilerek tedavi planlanması önem arz etmektedir.

SÖZEL BİLDİRİLER

SB2

Gut Hastalarının Diyet Uyumuna Kesitsel Bir Bakış

[1]Ayşe Nur Bayındır Akbaş, [2]Veli Çobankara, [1]Umut Bakay

[1]Denizli Devlet Hastanesi
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Email : *draysenurbayindir@gmail.com, v.cobankara@hotmail.com, ubakay280220@gmail.com*

Gut, eklemlerin içinde monosodyum ürat (MSU) kristallerinin birikmesiyle iltihaplanmaya ve doku hasarına yol açan metabolik bir hastalıktır. En önemli risk faktörü hiperürisemidir. En sık erkeklerde ve postmenapozal dönemdeki kadınlarda görülür. Menapoz öncesi kadınlarda çok nadir görülür. Yaşam süresinin uzaması, diyetteki değişikliklerler, obezite, hipertansiyon, diyabet gibi metabolik hastalıkların artması nedeniyle bu hastalığın prevelansı son yıllarda artmaktadır. Temel patoloji pürin metabolizmasının son ürünü olan ürik asidin yapımının artışı ya da atılımının azalması ile dokularda aşırı miktarda birikimi sonucu gelişen inflamasyon ve eklem hasarıdır. Kesin tanı eklem sıvısının aspiratının polarize ışık mikroskobu altında incelenmesinde iğne şeklinde MSU kriterlerinin gösterilmesi ile konulur Kronik Gut tedavisinde en önemlibasmaklardan biri diyet tedavisidir Biz bu çalışmada Pamukkale Tıp Fakültesi hastanesinde Gut tanısı konulmuş 238 hastanın kaydına ulaştık. 32 hasta çalışmaya katılmayı kabul etti, ve onam formları alındı. Hastaların diyet alışkanlıkları sorgulandı . Katılan hastaların 27'si erkek, 4'ü kadın hastaydı. Kadın olan 4 hastada postmenapozal dönemdeydi. Katılan hastaların %32,3'ünün alkol tükettiğini saptandı. Hastaların büyük bir çoğunluğu geçmiş dönemlerde kırmızı et, balık ve tavuk tüketimlerinin haftada 4 günün üstünde olduğunu belirttiler. Fast food tüketim oranının ise %23 olduğu hesaplandı. Hastaların %90'ı meyve-sebze tükettiklerini belirtti. Hastaların fiziksel aktivite alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla Uluslararası Fiziksel Aktivite anketi uygulandı. Bu anket sonucu hastaların ortalama olarak düşük fiziksel aktiviteye sahip oldukları görülmüştür.

SB3

Behçet hastalığında nörolojik semptomlardan bağımsız olarak bilişsel bozukluk mevcut olabilir mi?

[2]Özge Sevil Karstarlı Bakay, [1]Umut Bakay, [1]Pınar Bora

[1]Denizli Devlet Hastanesi
[2]Pamukkale Üniversitesi

Email : *ozgekarstarli@hotmail.com, bakay280220@gmail.com, Pbkarsli@gmail.com*

Amaç: Behçet hastalığı (BH) birçok sistemin etkilendiği mortalite ve morbiteye yol açan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. BH'de nörolojik tutulum bulguları olmaksızın hastalarda bilişsel fonksiyonların etkilendiğine dair veriler olsa da bu hastaların taramasına yönelik br fikir birliğine henüz ulaşılamamıştır. Montreal Bilişsel Değerlendirme (MOBİD), hafif düzeyde bilişsel fonksiyon bozuklukları tespit edebilen pratik, kolay erişilebilir bir tarama ölçeğidir. Çalışmamızda nörolojik bulguları olmayan BH'de MOBİD ile bilişsel fonksiyon bozuklukları tespit edebilmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu prospektif çalışmaya BH tanısı alan ve nörolojik bulgusu olmayan hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş sağlıklı bireyler dahil edildi. Hastalık aktitesini belirlemek için Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF) uygulanırken tüm katılımcılara MOBİD uygulandı. Bulgular: MOBİD ölçeğinin toplam puanı Behçet hastalarında kontrol grubuna göre belirgin olarak düşüktü (p=0,001). MOBİD alt testlerinden ''Yönelim'' ve ''Soyutlama'' açısından BH ve kontroller arasında fark saptanmamışken (sırasıyla, p=0,667, p=0,077) diğer alt testlerde puan hastalarda anlamlı olarak düşüktü. BDCAF skorlarıyla toplam MOBİD puanı arasında negatif korelasyon saptandı (r=-0,43, p=0,000). Total MOBİD puanı ile eğitim yılı arasında pozitif korelasyon saptandı (r=0,35, p=0,000).

Sonuç: BH'de nörolojik tutulum olmaksızın bilişsel fonksiyonlarda azalma mümkündür. BH'de hastaların bilişsel açıdan taranması subklinik inflmasyonun tespit edilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için önemlidir. Sonuçlarımız, MOBİD tarama ölçeği ile bilişsel fonksiyonlardaki azalma pratik bir şekilde saptanabileceğini göstermiş olsa da rutin kullanıma girmesi için geniş çaplı, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB7

Romatoid Artrit Hakkında Türkçe Web Siteleri: Kalite, Okunabilirlik ve Güvenilirlik

***[1]Ender Salbaş*, [1]Nilay Şahin, [1]Bilal Uysal**

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

***Email :** drendersalbas@gmail.com, dincernilay@yahoo.com, bilaluysal@gmail.com*

Amaç: Bu çalışma, Türkçe internet sitelerinde Romatoid Artrit (RA) hakkında sunulan bilgilerin kalitesini, okunabilirliğini, güvenilirliğini ve kapsamını araştırmak, hastaların doğru bilgiye erişimindeki engelleri tespit ederek daha iyi bir bilgilendirme ortamına katkı sağlamaktır. Gereç ve Yöntem: Nisan 2025'te Google'da "romatoid artrit" aramasıyla ilk 20 sayfadaki web siteleri analiz edildi. Siteler, kaynaklarına göre beş gruba ayrıldı: Özel Sağlık Kuruluşları (hastaneler, tıp merkezleri, özel üniversiteler), Devlet Kurumları, Sağlık Dernekleri, Sağlık Profesyonellerinin Siteleri ve Diğer (haber siteleri, bloglar, anonim içerikler). Değerlendirmede Ateşman ve Bezirci-Yılmaz okunabilirlik formülleri, ortalama okuma süresi, JAMA güvenilirlik skoru, DISCERN ölçeği ve DISCERN Genel Kalite Skoru kullanıldı. Sitelerin estetik yönü ve kullanıcı deneyimini değerlendirmek için Webscore.ai kullanıldı ve görsel sayıları kaydedildi. Bilgi içeriği, UpToDate'in hasta bilgilendirme metinlerindeki başlıklar baz alınarak incelendi.

Bulgular: Toplam 86 web sitesi incelendi: %40,7'si Özel Sağlık Kuruluşları, %2,33'ü Devlet Kurumları, %1,16'sı Sağlık Dernekleri, %23,26'sı Sağlık Profesyonelleri ve %32,56'sı Diğer kategorideydi. Ortalama okuma süresi 9,3 dakika, en uzun ise 35,6 dakikaydı. Bezirci-Yılmaz okunabilirlik skoru (medyan: 15,6) içeriğin genellikle lisans düzeyinde olduğunu gösterdi. JAMA skoru ortalaması 1,0 (0-3 arası) ile sitelerin %80'inin düşük güvenilirlikte olduğu ortaya çıktı. Sadece %5'lik bir kesim (10 site) gerçekten kapsamlı ve eksiksiz bilgi sunuyordu.

Sonuç: Türkçe RA içerikli web sitelerinin büyük çoğunluğu, kaliteli, referanslı ve güvenilir bilgi sunma konusunda yetersiz kalmaktadır. RA tedavisinde hasta eğitiminin önemi göz önüne alındığında, bu durum ciddi bir bilgi açığına işaret etmektedir. Hekimler ve hastalar bu kaynakların sınırlılıklarının farkında olmalı; sağlık kurumları ise daha güvenilir ve kapsamlı içerik üretmek için politikalar geliştirmelidir. Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, internet, bilgi kalitesi, okunabilirlik, güvenilirlik

SB8

Behçet Hastalığında Ürik Asit Yüksekliği: Tromboz İçin Uyarıcı Mı?

[1]Fahrettin Bıçakcı

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Giriş: Güncel literatür, serum ürik asit (SUA) düzeylerinin endotel disfonksiyonu, kronik inflamasyon ve protrombotik durum gibi patolojik süreçlerle olan ilişkisini ortaya koymaktadır. Özellikle vasküler endotel hasarının sistemik bir belirteci olarak kabul edilen SUA'nın, Behçet hastalığı (BH) gibi kronik inflamatuvar bir hastalığın klinik seyrindeki prognostik değeri halen tartışmalıdır. Bu retrospektif çalışmada, BH'da SUA düzeylerinin mukokütanöz, oküler ve vasküler tutulum paternleri ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi ve hastalık aktivasyonuyla olan korelasyonunun araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak bir referans merkezinde 2016-2024 yılları arasında takip edilen BH hastalarının elektronik sağlık kayıtları retrospektif olarak taranmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu tanı kriterlerini karşılamak ve en az 12 ay takip verisine sahip olmak yer almıştır. SUA metabolizmasını etkileyebilecek farmakolojik ajan kullananlar ile komorbid sistemik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Toplam 261 hasta (93 mukokütanöz, 70 vasküler tutulumlu, 98 oküler tutulumlu) nihai analize dahil edilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics 30 (IBM Corp., Armonk, NY) kullanılarak yapılmış olup, anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma popülasyonunun demografik özellikleri incelendiğinde, yaş ortalaması 38±12 yıl (dağılım 18-72 yaş) olarak bulunmuştur. Klinik alt gruplar arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (mukokütanöz: 37±12.5 yıl, oküler: 35.5±12.6 yıl, vasküler: 38.5±11.1 yıl; $p=0.5$). Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, hastaların 158'i (%60.5) erkek, 103'ü (%39.5) kadın olup, trombotik olaylar erkeklerde anlamlı şekilde daha sık görülmüştür (%78 vs %22, $p<0.001$).Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde, tüm kohortun ortalama SUA düzeyi 5.05±1.29 mg/dl olarak ölçülmüştür. Vasküler tutulumlu grupta SUA düzeyleri (6.1±1.38 mg/dl), oküler tutulumlu (5.3±1.1 mg/dl) ve mukokütanöz tutulumlu (4.5±0.9 mg/dl) gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Vasküler BH alt grubunda, aktif hastalarda SUA düzeyleri remisyondaki hastalara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (6.8±1.4 mg/dl vs 5.4±1.1 mg/dl, $p=0.03$). İnflamatuvar belirteçlerle yapılan korelasyon analizinde, SUA ile CRP arasında orta düzeyde pozitif korelasyon gözlenmiştir ($r=0.423$, $p<0.001$).Tromboz gelişimini öngörmede SUA'nın prediktif değerini değerlendirmek amacıyla yapılan ROC analizinde, eğri altında kalan alan (AUC) 0.787 (%95 GA: 0.723-0.851) olarak hesaplanmıştır. Youden indeksine göre belirlenen optimal cut-off değeri 5.45 mg/dl olup, bu değerin tromboz varlığını öngörmede duyarlılığı %72.3, özgüllüğü %71.8 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, trombotik komplikasyonu olan Behçet hastalarında ortalama SUA düzeylerinin oküler ve mukokütanöz Behçet hastalarına kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca vasküler tutulumlu grupta aktif hastalarda, remisyondaki hastalara göre ortalama SUA düzeylerinin daha yüksek olması dikkat çekicidir. Yüksek SUA düzeylerinin BH'da hem vasküler tutulum hem de hastalık aktivitesi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle 5.45 mg/dl'nin üzerindeki SUA değerlerinin tromboz gelişimi için orta düzeyde prediktif değere sahip olduğunun gösterilmesi (AUC: 0.787),

bu parametrenin klinik pratikte risk stratifikasyonunda kullanılabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, SUA'nın BH patogenezinde önemli bir rol oynayabileceğini ve vasküler komplikasyonların öngörülmesinde potansiyel bir biyobelirteç olarak değerlendirilebileceğini göstermesi bakımından değerlidir. Ancak, bu sonuçların prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

POSTER BİLDİRİLER

PB4

Periferik Artrit ve Ayak Bileği Ödemi ile Prezente Olan Sarkoidoz Vakası

[1]Bülent Akyüz, [2]Merve Sarı Akyüz, [1]Cahit Kaçar

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[2]Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Email : *drbulentakyuz@outlook.com, mervee-sari@hotmail.com, ckacar@akdeniz.edu.tr*

Giriş ve Amaç: Sarkoidoz, multisistem tutulumla seyreden, nedeni bilinmeyen, granülomatöz bir hastalıktır. En sık akciğer tutulumu görülse de, cilt, eklem, göz ve santral sinir sistemi dahil birçok sistemi etkileyebilir. Bu sunumda, artrit bulgularıyla başvuran ve sarkoidoz tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 40 yaşında kadın hasta, her iki ayak bileğinde 1 haftadır süren şişlik ve ağrı şikâyeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Bilateral alt ekstremitede şişlik, kızarıklık ve basmakta zorlanma şikayeti mevcuttu. Sabah tutukluğu, bel ağrısı, psöriyazis, daktilit öyküsü yoktu. Yakın zamanda idrar yolu enfeksiyonu, gastroenterit gibi enfeksiyon öyküsü yoktu. Diğer romatolojik sorgusunda anlamlı bulgu saptanmadı.

Bulgular: Bilateral ayak bileğinde şişlik ve ve ısı artışı mevcuttu. Fizik muayenede belirgin ağrı tarifledi. Ayak MR görüntüleme de ayak bileği düzeyinde medial ve lateral malleol komşuluğunda ve ayak dorsumunda lateral yüzde daha belirgin olmak üzere cilt-cilt altı dokuda ödematöz sinyal intensite değişiklikleri ve lineer sıvı formasyonları izlendi. CRP yüksekliği (31 mg/L) mevcuttu. Diğer kan tetkiklerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk görülmesi üzerine planlananan Toraks BT'de Bilateral hiler LAP, mediastinal LAP, pulmoner nodüller izlendi. EBUS ile mediastinal ve hiler lenf nodlarından örnekleme yapıldı. Patoloji sonucu nonnekrotizan kronik granülomatöz inflamasyon ile uyumlu saptandı. SFT'de FVC: %77, DLCO: %74 6 dakika yürüme testi: 360 m, başlangıç SpO_2: %97, bitiş: %96 saptandı. Göz muayenesinde üveit bulgusu saptanmadı. Baş ağrısı nedeniyle Nörosarkoidoz açısından nöroloji değerlendirmesi planlandı. Beyin MRG bulguları normal olarak saptandı.

Tanı ve Takip: Histopatolojik ve klinik bulgularla sarkoidoz tanısı kondu. Semptomların başlangıcından tanı konma sürecine kadar NSAID tedavisi alan hastanın semptomlarının gerilememesi üzerine 24 mg metilprednizolon tedavisi doz azaltımı şeması düzenlenerek başlandı.

Sonuç: Bu olgu, sarkoidozun atipik başlangıç bulguları (periferik artrit, ayak bileğinde ödem) ile prezente olabileceğini ve multidisipliner yaklaşımın tanı sürecindeki önemini vurgulamaktadır.

PB5

Tekrarlayıcı ateş ataklarının nadir bir sebebi: VEXAS sendromlu olgu sunumu

***[1]Ezgi Yıldız Güvercin*, [1]Duygu Kerim, [1]Semiha Köroğlu, [1]Kenan Aksu**

[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı, İZMİR

***Email :** mdezgiyildiz@gmail.com, duygu.kerim@ege.edu.tr, semiha.koroglu@ege.edu.tr, kenanaksu@gmail.com*

Giriş: VEXAS (Vakuoller, E1 enzimi, X'e bağlı, Otoinflamatuvar, Somatik) sendromu, UBA1 genindeki somatik mutasyonlarla karakterize yetişkin başlangıçlı bir otoinflamatuvar sendromdur ve hematoinflamatuvar hastalıkların prototipi olarak kabul edilir. VEXAS sendromlu hastalar, tekrarlayan polikondrit, poliarteritis nodosa, Sweet sendromu, rekürren ateş ve miyelodisplastik sendrom gibi klinik teşhislere yol açabilen inflamatuar ve hematolojik belirtiler gösterir. Tanı, miyeloid ve eritroid öncüllerde sitoplazmik vakuolleri tanımlamak için kemik iliği değerlendirmesini gerektirir. Ancak, UBA1'deki mutasyonların genetik olarak doğrulanması gereklidir. Tedavi zordur ve genellikle değişken yanıtlara sahip glukokortikoidler ve immünosüpresan tedavileri içermektedir.

Vaka Sunumu: 64 yaş, bilinen insan immun yetmezlik virüsü ile enfekte erkek hasta, son 1 yıl içinde çoklu kez ateş şikayeti ile hastane başvurusu mevcuttur. 3 ay önce sol gözünde şişlik olması üzerine çekilen orbita mr sonucunda orbital selülit ile uyumlu görüntüleme bulgusu saptanmıştır. Hastanın laboratuar sonuçlarında makrositer anemi, sedimentasyon ve crp yüksekliği, lökopeni saptanmıştır. Takibinde hızla progrese kreatinin olması üzerine böbrek biyopsisi yapılmıştır. Böbrek biyopsi sonucunda intersitisyel mononükleer reaktif hücre infiltrasyonu (Tübülointersitisyel nefrit) saptanmıştır. Hastada servikal, mediastinal, inguinal lenfadenopati eşlik etmesi üzerine ve bisitopenisi nedeniyle periferik yayması incelenmiştir ve sonucunda reaktif görünümde lenfositler saptanmıştır. Bunun üzerine kemik iliği biyopsisi yapılmıştır. Kemik iliği biyopsi sonucunda %30'lara ulaşan poliklonal plazma hücre infiltrasyonu, myeloid öncül hücrelerde intrasitoplazmik vakuolizasyonlar, VEXAS sendromu ile uyumlu gelmiştir. Hastanın etiyolojisi aydınlatılamamış rekürren ateşleri, sitopenileri ve kemik iliğinde vakuoler görünümde myeloid öncülleri olması nedenli hastadan periferik kandan UBA1 mutasyon paneli gönderilmiştir ve pozitif sonuçlanmıştır. Hastaya 40mg metilprednizolon tedavisi başlanmıştır ve tedavi sonrası ateş yükseklikleri tamamen gerilemiştir, genel durumu iyi olan hasta metilprednizolon tedavi dozu kademeli azaltılarak takibine devam edilmektedir.

Sonuç: 5-6. dekatta tekrarlayan ateş, spesifik deri lezyonları, sitopeniler, tekrarlayan kondrit atakları görülen erkek hastalarda VEXAS sendromu klinik şüphesi uyanmalı ve genetik test gönderilmelidir. Tanı koyulan hastalara glukokortikoid tedavi başlanmalı, laboratuvar ve klinik takipleri düzenli yapılmalıdır.

PB6

Dirençli Mukokutanöz Tutulumu Behçet ve FMF Hastasında Adalimumab Etkinliği: Olgu Sunumu

[1]Selinay Kurt, [1]Gönen Mengi

[1]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, MUĞLA

Email : *selinaykurt.18@gmail.com, gonenmengi@gmail.com*

Giriş: Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral ve genital ülserler, cilt lezyonları ve üveit ile karakterize, kronik seyirli sistemik bir vaskülittir.1BH ve Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), etnik dağılım, klinik semptomlar ve inflamatuar patogenez açısından benzerlik gösterir. Bu iki hastalığın birlikteliği, özellikle Orta Doğu kökenli popülasyonlarda beklenenden daha sık gözlenmektedir.2

Bulgular Olgu Sunumu: 22 yaşında erkek hasta, 10 yıl önce tekrarlayan oral aft ve genital ülserler nedeniyle BH tanısı almıştır. Üç yıl sonra, nefes darlığı, ateş ve karın ağrısı atakları üzerine yapılan genetik testte MEFV M694V heterozigot mutasyonu saptanmış, BH ve FMF birlikteliği düşünülmüştür. Hasta polikliniğimize dirençli oral aftlar ve papülopüstüler cilt lezyonları(Resim) nedeniyle başvurdu. Oral ülserler sıklıkla dudak, bukkal mukoza ve dilde; genital ülserler yılda 3-4 kez, 3-3,5 cm çapında, ağrılı şekilde oluşmaktadır. Papülopüstüler lezyonlar gövde ve üst ekstremitede yaygındı. Başvuru sırasında hasta; azatiopürin (150 mg/gün), kolşisin (1.5 mg/gün) ve prednizolon (5 mg/gün) kullanmaktaydı. Sistemik enfeksiyon ve sigara öyküsü yoktu. Laboratuvar bulguları: Sedimentasyon 3 mm/saat, CRP 1.58 mg/L, Fibrinojen 325,5 mg/dL, Ferritin 93,8 ng/mL idi. Azatiopürin kesilerek siklosporin 200 mg/gün başlandı ve prednizolon 10 mg/güne çıkarıldı. Siklosporin daha sonra 300 mg/gün'e arttırıldı ancak 4 aylık tedavi süresince oral ülser ve cilt lezyonlarında belirgin düzelme sağlanamadı. Aksine papülopüstüler lezyonlarda artış izlendi. Bu nedenle, EULAR 2018 BH'nda mukokutanöz tutulum tedavi protokülüne göre 3, endikasyon dışı onay sonrası apremilast başlandı. Ancak hasta tedaviye uyumsuzdu; 1.5 ay takip dışı kaldı ve kolşisin ile prednizolonu kendi isteğiyle kesti. Apremilast ile oral aft sıklığında azalma gözlendi; ancak cilt döküntüleri devam etti. Dermatolojik biyopsi sonucunda perifolikülit saptandı. Apremilast yan etkileri (baş ağrısı, bulantı, vertigo) nedeniyle kesildi. Kolşisin (1 mg/gün) ve prednizolon (7.5 mg/gün) yeniden başlandı. Standart tedavilere yanıtsızlık nedeniyle endikasyon dışı başvuru sonrası adalimumab başlandı. 12 haftalık kullanım sonrası oral ülserlerde belirgin iyileşme sağlandı. Ancak bu dönemde hastada yeni bir genital ülser gelişti ancak kısa sürede regrese oldu.

Tartışma ve Sonuç: Bu olguda, öncelikli tedavi hedefimiz, hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen dirençli oral ülserlerin kontrol altına alınmasıydı. Azatiopürin, kolşisin ve düşük doz kortikosteroid gibi standart immünsupresif tedavilere yanıtsızlık üzerine siklosporin ve sonrasında apremilast denendi. Apremilast, oral lezyonlarda kısmi iyileşme sağladı ancak cilt lezyonlarında kötüleşme ve ciddi yan etkiler nedeniyle tedavi kesildi.

Bu tablo, apremilastın mukozal tutulum üzerinde tamamen etkili olmayabileceğini ve yan etkilerinin de dikkate alınarak tedaviye başlanması gerektiğini gösterdi. Takiben başlanan adalimumab tedavisiyle oral ülserlerde belirgin gerileme elde edildi. Ancak genital ülserlerin eş zamanlı kontrolünün sağlanamaması tedavi başarısızlığını göstermez. Adalimumabın dirençli genital ülser tedavisinde infliksimab ve etanercepte yanıt alınamayan olgularda etkili olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur.4Ayrıca antiTNF'lerin FMF tedavisinde de etkinliği bilinmektedir. Behçet hastalığında mukokutanöz tutulum, bazı olgularda standart

immünsupresif tedavilere direnç gösterebilir. Bu olguda, klasik tedavilere yanıtsızlık üzerine başlanan adalimumab ile oral ülserlerde belirgin düzelme sağlanmıştır. Bu durum, antiTNF'lerin özellikle dirençli mukozal tutulumda etkili bir tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.

Kaynakça:

1. Salvatore Lavalle, et all Behçet's Disease, Pathogenesis, Clinical Features, and Treatment Approaches: A Comprehensive https://doi.org/10.3390/medicina60040562

2. .Eldad Ben , et all Familial Mediterranean fever: Epidemiology, genetics, and pathogenesis https://sso.uptodate.com/contents/familial-mediterranean-fever-epidemiology-genetics-and-pathogenesis/print giriş:09.04.25

3. Gulen Hatemi,et all 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213225. Epub 2018 Apr 6.

4. I Oliveri, et all Successful treatment of recalcitrant genital ulcers of Behçet's disease

PB9

HIV Pozitif Olguda Ankilozan Spondilit Birlikteliği ve Adalimumab Tedavisi Deneyimi: Olgu Sunumu

***[1]Ayşe İyiyapıcı Ünübol*, [1]Yiğit Olcay Göker**

[1]Aydın Adnan Menderes Üniv. FTR Ad

***Email :** aiyiyapici@yahoo.com, olcaygoker@gmail.com*

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), özellikle aksiyel iskeleti ve sakroiliak eklemleri etkileyen, kronik inflamatuar bir hastalıktır. AS'nin tedavisinde genellikle nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve sülfasalazin gibi hastalık modifiye edici tedaviler kullanılsa da, hastalığın seyrine etki etmeyen hastalar için biyolojik tedavi ajanları önemli bir alternatif sunmaktadır. HIV enfeksiyonunun erken evrelerinde, virüsün hücrelere girişini ve replikasyonunu destekleyen immunolojik bir yanıt başlar. Ancak HIV'in yol açtığı bağışıklık uyarısı, zamanla sistemik inflamasyon ve immün hiperaktivasyona yol açar. Bu hiperaktivasyon, özellikle TNF-α'nın aşırı salınımıyla ilişkilidir. TNF-α, HIV'in replikasyonunu artırabilir, çünkü bu sitokin, HIV'in hedef hücrelere (özellikle CD4+ T hücrelerine) girişini kolaylaştırır ve HIV replikasyonunu teşvik eder Bu olgu sunumunda, HIV enfeksiyonu ve ankilozan spondilit tanısı almış, adalimumab tedavisi ile tedavi edilen ve önceki tedavilere yeterli yanıt alamayan 34 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Hastanın tedaviye verdiği yanıt, biyolojik tedavilerin etkinliğini ve klinik yönetimi vurgulanmaktadır.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, 5 yıldır ankilozan spondilit tanısı ile takip edilmektedir. Başlangıçta 4 yıl aralıklı sürede NSAİİ tedavisi son 1 yıldır da hastalık modifiye edici ilaç olan sülfasalazin 2000mg/gün tedaviye eklenmiş, ancak semptomlarda yeterli iyileşme sağlanamamıştır. Hasta, AS semptomlarının kötüleşmesi üzerine biyolojik tedaviye yönlendirilmiştir. Muayenesinde, omurgada hareket kısıtlılığı yoktu ve Fabere bilateral pozitif, sakroiliak kompresyon testi de pozitif idi. Hla-B27 pozitif olgunun HIV ile ilgili laboratuvar sonuçları normal olup viral yük baskılanmış idi. Görüntülemelerde bilateral sakroiliak eklem aralığı daralmış, eklem yüzeylerinde kortikal düzensizlikler izlenmektedir. Bilateral sakroiliak eklemde solda belirgin olmak üzere her iki yüzde yağ baskılı serilerde sinyal artışı izlenmekte olup postkontrastlı serilerde bu alanlarda solda sakral düzeyde belirgin olmak üzere bilateral kontrastlanma izlenmektedir (Resim 1). Adalimumab tedavisine başlanarak 4 hafta sonra düzenli takiplere çağırılmıştır. Adalimumab tedavisi ile hastada başlangıçta 6.2 olarak hesaplanan BASDAİİ skoru 2 aylık tedavi ile 4.1 olarak hesaplanmıştır. Tedavi sonrası sabah tutukluğu belirgin şekilde azalmış ve yaklaşık 5 dakikaya düşmüştür. Adalimumab tedavisinden sonra gece ağrıları tamamen kaybolmuş ve hasta uyku düzeninde önemli bir iyileşme gözlemiştir. C-reaktif protein (CRP) tedavi sonrası anlamlı derecede düşüş göstermiştir. Tedavi ile ilgili takibinde herhangi bir yan etki gelişmemiştir. Hasta aynı zamanda HIV tedavisi almakta olup, ART tedavisi HIV viral yükünü baskılayarak bağışıklık fonksiyonlarını desteklemektedir. Bu, AS tedavisinin başarısına katkı sağlamakta önemli bir rol oynamaktadır.

Sonuç: Bu olgu, HIV ve ankilozan spondilit birlikteliği olan bir hastada adalimumab tedavisinin yan etki gelişmeden etkinliğini göstermektedir. HIV tedavisinin de hastanın bağışıklık durumunu iyileştirerek, AS tedavisinin etkinliğini desteklemesi bu vakada kritik bir rol oynamıştır. Adalimumab tedavisinin, özellikle önceki tedavilere yanıt vermeyen HIV pozitif AS hastalarında etkili bir seçenek olabileceği bu olgu ile vurgulanmıştır.

PB10

İleri Yaş Bir Olguda Psödogut'un Atipik Seyri : Poliartiküler Etkilenimi

***[1]Ayşe İyiyapıcı Ünübol*, [1]Yiğit Olcay Göker, [1]Beyza Baz Özeren**

[1]Aydın Adnan Menderes Üniv. FTR Ad

***Email :** aiyiyapici@yahoo.com, olcaygoker@gmail.com, beyzaa.baz@gmail.com*

Giriş: Psödogut veya diğer adıyla kalsiyum pirofosfat dihidrat (KPPD) birikim hastalığı, eklemlerde, özellikle kıkırdak dokusunda kalsiyum pirofosfat dihidrat kristallerinin birikmesi sonucu ortaya çıkan bir tür inflamatuvar artrittir. Psödogut, genellikle 50 yaş üzerindeki bireylerde görülür ve akut veya kronik seyirli olabilir. Akut ataklar, gut ataklarına benzer şekilde, ani başlayan şiddetli eklem ağrısı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve genellikle mono-oligoartiküler tutulum ile karakterizedir. İleri yaş olguda poliartiküler seyreden ve hareket kısıtlılıkları gelişen psödogut olgusu atipik seyri nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 68 yaş erkek hasta, 40 yıl önce başlayan atak şeklinde olan diz ağrıları, şişlik ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile Ortopedi polikliniğine başvuruyor. Hastalığın ilk yıllarında kesin tanısı konulamayan hasta belli bir süre bu şekilde takip ediliyor. Yaklaşık 30 yıl NSAİİ ile takip edilen hasta dış merkezde çekilen diz röntgenlerinde eklem aralığında kalsiyum pirofosfat dihidrat (KPPD) birikimi görülmesi üzerine tanısı konuluyor (Resim 1-3) . Tarafımıza yine aynı şikayetler ile başvuran hastaya kolşisin tedavisi başlanıyor. Yaklaşık 10 yıl boyunca kliniğimizde düzenli olarak takip edilmiş ve akut atakları kontrol altına almak amacıyla çeşitli ilaç tedavileri (NSAİİ'ler, kortikosteroidler, kolşisin) ve intraartiküler enjeksiyonlar uygulanmıştır. Tedaviye yanıt olarak kolşisin tedavisi ile akut atak sıklığı önemli ölçüde azalmış son yıllarda senede 1-2 atak şeklinde seyretmiş. Ancak hastalık süresinin uzun olması ve eklemlerdeki kronik inflamasyon nedeniyle özellikle diz, el bileği ve omuz eklemlerinde hareket kısıtlılığı gelişmiştir. Etiyolojik nedenler için tetkik edildiğinde serum kalsiyum, ferritin, parathormon, magnezyum, fosfor, creatinin, karaciğer fonksiyon testleri, serum bakır düzeyi ve ürik asit seviyesi takiplerinde normal sınırlarda gözlendi. Genç yaşta başlaması, geç tanı konulması ve poliartiküler seyretmesi nedeniyle hareket kısıtlılığı gelişen olgu atipik seyretmesi nedeniyle sunulmuştur.

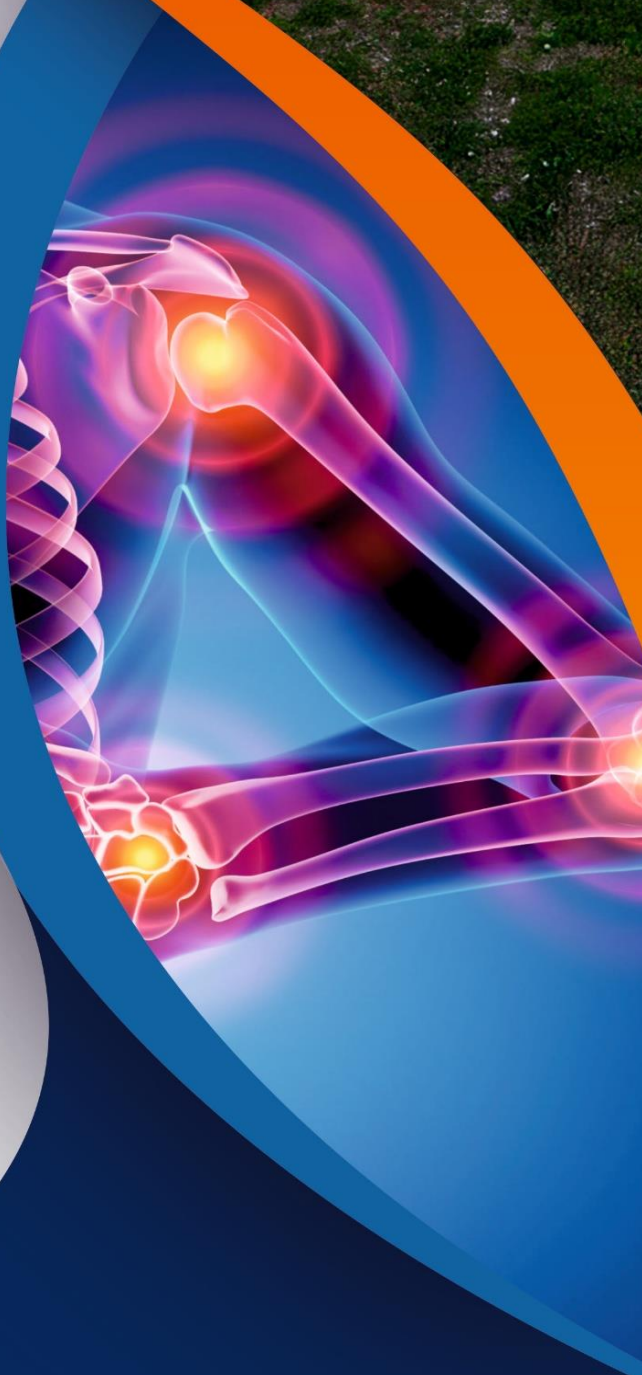
Tartışma: Bu olgu, psödogutun uzun süre tanı almaması nedeniyle ortaya çıkabilecek etkilerini ve atipik seyrini göstermektedir. Hastanın 28 yaşından itibaren başlayan şikayetleri, psödogutun her yaşta görülebileceğini ayrıca erken dönemde teşhis ve tedavinin önemini vurgulamaktadır. Bu olgu ile uzun süreli tedaviye rağmen eklemlerdeki yapısal hasar ve hareket kısıtlılığının gelişmesi ile hastalığın kronik seyri ve eklemlerdeki kalıcı hasar potansiyelini vurgulamak istedik.

TRASD
1947



TRASD Multidisipliner Romatoloji Akademisi: *Aydın 2025*

09-11 Mayıs 2025
Korumar Ephesus, Selçuk



SEMPOZYUM BAŞKANI
Prof. Dr. Gülcan Gürer

BİLİMSEL SEKRETERLER
Uzm. Dr. Nedim Kaban
Uzm. Dr. Umut Bakay
Uzm. Dr. Ali Can Soylu

www.trasdegeromatoloji.org

burkon® TURİZM & KONGRE
444 9 443
samet.basar@burkon.com