Uluslararası Katılımlı

TÜRK ROMATOLOJİ

KONGRESİ 2025

TRASD
1947

16-20 Nisan 2025
Royal Seginus Otel, Lara

Antalya



www.turkrom2025.org

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

Kongre Eş Başkanları
Prof. Dr. Şebnem Ataman
Prof. Dr. Hatice Bodur

ULUSLARARASI KATILIMLI TÜRK ROMATOLOJİ KONGRESİ

16-20 Nisan 2025, Royal Seginus Otel
Lara/ANTALYA

Konuşma Metinleri ve Bildiriler

ISBN: '978-625-6443-37-2'

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği (TRASD) tarafından **Uluslararası Katılımlı Türk Romatoloji Kongresi**, 16 - 20 Nisan 2025 tarihlerinde Royal Seginus Otel, Lara, Antalya'da gerçekleşmiştir.

Kongremizde hem romatolojik hastalıklar hem de günlük pratikte sık karşımıza çıkan kas iskelet sistemi hastalıkları ayrıntılarıyla tartışılıp, son yenilikler ele alınmış ve karşılaşılan problemlere interaktif tartışmalarla çözüm aranmıştır.

Alanlarında deneyimli yerli ve yabancı konuşmacıların yer aldığı paneller, diğer branşlardan akademisyenlerle "uzmanına danış" oturumları, güncel tartışmalı konularda münazaralar, olgu tartışmaları, video sunumları ile oluşturulacak olan zengin bir bilimsel programın yanı sıra romatoloji ve kas iskelet sistemi hastalıkları ile ilgili temel ve ileri kurslar da kongremizde yer almıştır. Bu kongrede ayrıca alanımızdaki yeni çalışmaların sözlü ve poster sunumlarıyla paylaşılması mümkün olmuştur.

Hepinizi Nisan ayında güzel doğası ve iklimi ile turizmin cazibe merkezi olan Antalya Lara'da katılımlarınızla aramızda görmek bizi hem mutlu etmiş hem de onurlandırmıştır.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Şebnem Ataman
Kongre Eş Başkanı
TRASD Başkanı

Prof. Dr. Hatice Bodur
Kongre Eş Başkanı

İçindekiler

KURULLAR 4
BİLİMSEL PROGRAM 5
KONUŞMA METİNLERİ 14
SÖZEL BİLDİRİ ÖZET METİNLER 34
POSTER BİLDİRİ ÖZET METİNLER 97
BİLDİRİ TAM METİNLERİ 152

KURULLAR

Kongre Eş Başkanları
Prof. Dr. Şebnem Ataman - TRASD Başkanı
Prof. Dr. Hatice Bodur

TRASD Yönetim Kurulu
Prof. Dr. Şebnem Ataman- Başkan
Prof. Dr. Hatice Bodur- Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Zafer Günendi- Genel Sekreter
Prof. Dr. Hilal Ecesoy – Sayman
Prof. Dr. Erhan Çapkın
Prof. Dr. M. Tuncay Duruöz
Prof. Dr. Gülcan Gürer
Prof. Dr. Özgür Akgül
Prof. Dr. H. Fatih Çay

TRASD Şube Başkanları
Afyon Şube Başkanı: Dr. Hasan Toktaş
Antalya Şube Başkanı: Dr. İlhan Sezer
Aydın Şube Başkanı: Dr. Gülcan Gürer
Bursa Şube Başkanı: Dr. Lale Altan
Diyarbakır Şube Başkanı: Dr. Remzi Çevik
Elazığ Şube Başkanı: Doç. Dr. Gürkan Akgöl
Erzurum Şube Başkanı: Dr. Meltem Alkan Melikoğlu
İstanbul Şube Başkanı: Dr. Tuncay Duruöz
İstanbul - Trakya Şube Başkanı: Dr. Murat Birtane
Manisa Şube Başkanı: Dr. Özgür Akgül
Sivas Şube Başkanı: Dr. Sami Hizmetli
Trabzon Şube Başkanı: Dr. Erhan Çapkın

Bildiri Değerlendirme Kurulu
Prof. Dr. Fatma Gül Yurdakul
Doç. Dr. Aysun Genç
Doç. Dr. Seçilay Güneş
Doç. Dr. İsmihan Sunar
Doç. Dr. Kevser Orhan
Doç. Dr. Neslihan Gökçen
Doç. Dr. Tuba Güler
Uzm. Dr. Abdulvahap Kahveci

Bilimsel Kurul
Prof. Dr. Zafer Günendi
Prof. Dr. Fatma Gül Yurdakul
Doç. Dr. Aysun Genç
Doç. Dr. Seçilay Güneş
Doç. Dr. Kevser Orhan
Doç. Dr. İsmihan Sunar

BİLİMSEL PROGRAM

16 Nisan 2025, Çarşamba					
Saat	**A Salonu**	**Saat**	**B Salonu**	**Saat**	**C Salonu**
	TRASD-RAD Radyoloji Okulu - Ultrason				
13:00-14:30	**Kas İskelet Ultrasonuna Giriş ve Normal Yapılar** ***Gürkan Akgöl*** **Doppler Ayarları ve Artefaktlar** ***Gökhan Pekindil*** **Romatoid Artritte Ultrason** ***Erhan Çapkın*** **Romatolojide Ultrasonda Yeni Ne Var** ***İlker Yağcı*** **Tartışma *(10 Dakika)***				
14:30-15:00	**Kahve Arası**				
	TRASD-RAD Radyoloji Okulu - Ultrason				
15:00-16:30	**Spondiloartritlerde Ultrason** ***İbrahim Batmaz*** **Sjögrende ve PMR'de Ultrason** ***İlhan Sezer*** **Kristal Artritlerde Ultrason** ***Özgür Akgül*** **Girişimsel Teknikler, Sakroiliak ve Priformis Enjeksiyonu** ***Kenan Akgün*** **Tartışma *(10 Dakika)***				
16:30-17:00	**Pratik (Ultrason Cihazını Tanıyalım)** ***Gökhan Pekindil***				

17 Nisan 2025, Perşembe					
Saat	**A Salonu**	**Saat**	**B Salonu**	**Saat**	**C Salonu**
	TRASD-RAD Radyoloji Okulu - Ultrason				
09:00-11:30	**PRATİK ZAMANI** *** 8 İstasyon** *** Numaralandırılmış Konularda Eğitmenler ile Pratik (Hasta/Maket ve Eğitmenler Sabit)** *** 20 Dakikada Bir Gruplar Rotasyon ile Tüm Eğitmenleri Gezecektir.** **Pratik Kurs eğitmenleri** **1- El- Elbileği Değerlendirilmesi** ***Gürkan Akgöl*** **2- Romatoid Artritli Hasta Değerlendirme** ***Erhan Çapkın*** **3- Spondiloartritli Hasta Değerlendirme** ***İbrahim Batmaz*** **4- Diz Eklemininin Değerlendirilmesi** ***Özgür Akgül*** **5- Tükürük Bezlerinin Değerlendirmesi** ***İlhan Sezer*** **6- Omuz Ekleminin Değerlendirilmesi** ***Tuba Güler*** **7- Girişimsel Teknikler Uygulama** ***İlker Yağcı*** **8- Priformis ve Sakroiliak Eklem Görüntüleme** ***Kenan Akgün***				
12:00-13:30	**Öğle Yemeği**				

	Romatoid Artrit Tedavi Oturumu **Oturum Başkanları:** ***Sedat Kiraz*** ***İlhan Sezer***		**Gebe Hasta Yönetimi Oturum Başkanları:** ***Dilek Keskin*** ***Gülcan Gürer***		
13:30-13:45	**Tedavisi Güç RA** ***Şebnem Ataman***	**13:30-13:45**	**Gebede Kas İskelet Sistemi Hastalıklarına Yaklaşım** ***Tuba Güler***		
13:45-14:00	**RA'da Ekstraartiküler Bulguların Yönetimi** ***İsmihan Sunar***	**13:45-14:00**	**Lupusta Gebelik Yönetimi** ***Nesrin Şen***		
14:00-14:15	**RA'da Anti-TNF Sonrası Oral mı, Parenterale Devam mı?** ***H. Fatih Çay***	**14:00-14:15**	**Prekonsepsiyonel Dönemde Paternal ve Maternal İlaç Yönetimi** ***Ebru Atalar***		
14:15-14:30	**Soru & Cevap**	**14:15-14:30**	**Soru & Cevap**		
14:30-15:00	**Kahve Arası**	**14:30-15:00**	**Kahve Arası**		
15:00-15:45	**Uydu Sempozyumu - 1** Pfizer **Oturum Başkanı:** ***Şebnem Ataman*** **AS Tedavisinde Enbrel ile Güçlü Başlangıç, Uzun Süreli Tedavide Kalım** ***İlhan Sezer***				
	SLE Oturumu **Oturum Başkanları:** ***Tuncay Duruöz*** ***Hilal Ecesoy***				
16:00-16:30	**SLE'de Remisyon Mümkün mü?** ***Andrea Doria***				
16:30-17:00	**AFAS Tanı ve Tedavi Güncellemesi** ***Doruk Erkan***				
17:00-17:30	**Nörolojik Tutulum** ***Hilal Ecesoy***				
17:30-17:45	**Soru & Cevap**				
18:00-19:00	**Açılış Töreni**				

18 Nisan 2025, Cuma					
Saat	**A Salonu**	**Saat**	**B Salonu**	**Saat**	**C Salonu**
	Psöriatik Artrit **Oturum Başkanları:** ***Kemal Nas*** ***Salih Özgöçmen***		**Osteoporoz Gözden Kaçıyor Mu?** **Oturum Başkanları:** ***Dilşad Sindel*** ***Ülkü Akarırmak***		
09:00-09:15	**PsA Sine Psoriasis** ***Gamze Kılıç***	**09:00-09:15**	**Osteoporozda Tarama ve Tedavi Zamanlaması** ***Canan Şanal***		
09:15-09:30	**Tedavisi Zor PsA** ***Tuncay Duruöz***	**09:15-09:30**	**Romatizmal Hastalıklarda Osteoporoz Tedavisinde Nelere Dikkat Edelim?** ***Fatma Gül Yurdakul***		
09:30-09:40	**Soru & Cevap**	**09:30-09:45**	**Osteoporoz Tedavisinde Güçlükler: Çene Osteonekrozu, Atipik Femur Kırığına Yaklaşım** ***Aysun Genç***		
09:40-10:00	**PsA'da Komorbiditeler ve Tedaviye Etkileri** ***Laure Gossec (Online)***	**09:45-10:00**	**Soru & Cevap**		
10:00-10:15	**Soru & Cevap**				
10:00-10:30	**Kahve Arası**	**10:15-10:30**	**Kahve Arası**		
10:30-11:15	**Uydu Sempozyumu - 2** **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Standart ve Sonrası** abbvie **Oturum Başkanları:** ***İlknur Aktaş*** ***Ömer Kuru*** **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Bio-Naif Hastada HUMIRA** ***Erhan Çapkın*** **Ankilozan Spondilit Tedavisinde İlk TNFi Yetersizliğinde RINVOQ** ***İlhan Sezer***				
	Vaskülit Oturumu **Oturum Başkanları:** ***İhsan Ertenli*** ***Ayhan Kamanlı***		**Olgularla Kas İskelet Sistemi Konseyi** **Moderatör:** ***Murat Birtane***	**11:00-12:20**	**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 1** **Oturum Başkanı:** ***Hakan Genç***

			Tartışmacılar: ***Cumhur Kılınçer*** ***Lale Altan*** ***Hatice Bodur*** ***Kenan Akgün*** ***Hakan Çift*** ***Dilşad Sindel***		
11:15-11:30	**Vasküliti Gözden Kaçırmamak: Tanıda İpuçları** ***Meltem Alkan Melikoğlu***	**11:15-11:35**	**Olgu 1: Omurga Cerrahisi Sonrası Ağrı Olgusu** ***Cumhur Kılınçer***		
11:30-11:45	**Vaskülitlerde Biyolojik Tedaviler, IVIG ve Plazmaferez** ***İlhan Sezer***	**11:35-11:55**	**Olgu 2: Omuz Ağrılı Olgu** ***Lale Altan***		
11:45-12:00	**Vaskülitlerin Lokalize Formları; Kutanöz Küçük Damar Vaskülitlerine Yaklaşım** ***Erkan Kılıç***	**11:55-12:15**	**Olgu 3: Bel, Kalça Ağrısı ve Düşük Ayak Olgusu** ***Hatice Bodur***		
12:00-12:15	**Soru & Cevap**	**12:15-12:30**	**Olgu 4: Zor Osteoporoz Olgusu** ***Dilşad Sindel***		
12:30-13:30	**Öğle Yemeği**	**12:30-13:30**	**Öğle Yemeği**		
13:30-13:45	**Bölgesel Ağrıların Tanı ve Tedavisinde Analiz ve Çözümleme** **Oturum Başkanı:** ***Mustafa Çalış*** ***Aylin Rezvani***	**13:30-13:45**	**Her Yönüyle SpA** **Oturum Başkanı:** ***Ayşe Küçükdeveci*** ***Şebnem Ataman***		
13:45-14:00	**Sakroiliak Eklemin Non İnflamatuar Problemleri** ***Seçilay Güneş***	**13:45-14:00**	**Anti-TNF Sonrası Tedaviler** ***Gizem Cengiz***		
14:00-14:15	**Omuz Ekleminin Non İnflamatuar Problemleri** ***İlker Yağcı***	**14:00-14:15**	**Ekstra-Muskuloskeletal Bulgular ve Komorbiditelerde Tedavi Yaklaşımları** ***Didem Erdem***	**14:00-15:25**	**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 2** **Oturum Başkanı:** ***Kadriye Öneş***
14:15-14:30	**Spinal Ağrıların Görüntülemesinde Kriterler (ACR Uygunluk Kriterleri)** ***Filiz Sivas***	**14:15-14:30**	**Tedavisi Güç SpA** ***Hatice Bodur***		
14:30-14:45	**Soru & Cevap**	**14:30-15:00**	**Soru & Cevap**		
14:45-15:00	**Kahve Arası**	**15:00-15:30**	**Kahve Arası**		

15:00-15:45	**ARCHIVES OF RHEUMATOLOGY OTURUMU** **Konuşmacılar: Meltem Alkan Melikoğlu, Esra Giray, İsmihan Sunar, Fatma Gül Yurdakul**				
	Bir Demet Romatizma **Oturum Başkanı:** ***Ece Kaptanoğlu*** ***Sami Hizmetli***		**İnterdisipliner Masa** **Oturum Başkanı:** ***Erdal Gilgil*** ***Erhan Çapkın***		
15:45-16:00	**Sarkoidoza Klinik Bakış: Semptomdan Tanıya** ***Özgür Akgül***	**15:45-16:00**	**Böbrek Yetmezliğinde İlaç Yönetimi** ***Ayça İnci***		
16:00-16:15	**Still Tedavisindeki Yeni Gelişmeler (2024 EULAR/PReS Önerileri)** ***Gülcan Gürer***	**16:00-16:15**	**Karaciğer Yetmezliğinde İlaç Yönetimi** ***Ferda Harmandar***		
16:15-16:35	**Vaskülit Tanı ve Takibinde Görüntüleme** ***Anisha B. Dua (Online)***	**16:15-16:30**	**Romatizma Hastasında Dirençli Ağrı Yönetimi** ***Savaş Şencan***		
16:35-17:00	**Soru & Cevap**	**16:30-17:00**	**Soru & Cevap**		
17:30-20:00	**TRASD-RAD GÖRÜNTÜLEME OKULU MR GÖRÜNTÜLEME KURSU - 1** **Kurs Koordinatörleri:** ***Erhan Çapkın*** ***Özgür Akgül*** **Olgular Eşliğinde Sakroiliyak Eklem Değerlendirme** ***Özgür Akgül*** ***Zafer Günendi*** ***Gökhan Pekindil*** ***Şebnem Örgüç*** ***İlhan Sezer*** ***Özgül Soysal Gündüz*** ***Ceyhun Bıcılıoğlu*** ***İlker Yağcı***	**17:00-19:00**	**USG Eşliğinde Temel Enjeksiyonlar Kursu** **Omuz Enjeksiyonları** ***Aysun Genç*** **Diz Enjeksiyonları** ***Tuba Güler*** **El Bilek Enjeksiyonları** ***Fatma Gül Yurdakul*** **Ayak - Ayak Bilek Enjeksiyonları** ***Seçilay Güneş*** **Pratik Uygulamalar**		**CİLT PUNCH BİYOPSİ KURSU**
				17:00-18:00	**Punch Biyopsi Nasıl Yapılır? – Teorik** ***Abrar Qureshi***
				18:00-19:00	**Punch Biyopsi Pratik Uygulamaları** ***Abrar Qureshi***

19 Nisan 2025, Cumartesi

Saat	A Salonu	Saat	B Salonu	Saat	C Salonu
	Ağrı Çıkmazı **Oturum Başkanları:** ***Ayşen Akıncı*** ***Hakan Gündüz***			**08:30-09:40**	**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 3** **Oturum Başkanı:** ***Tülay Yıldırım***
08:30-08:45	**Kronik Ağrı ve Otonom Sinir Sistemi** ***Birkan Sonel Tur***				

08:45-09:00	**Kronik Ağrı ve Fasia** ***İlknur Aktaş***				
09:00-09:15	**Fibromiyalji Tedavisinde Çıkmazlar** ***Ayşegül Ketenci***				
09:15-09:30	**Soru & Cevap**				
	Bağ Doku Hastalıkları **Oturum Başkanları:** ***Cahit Kaçar*** ***Özgür Akgül***		**Kristal Artropatiler** **Oturum Başkanı:** ***Erkan Kozanoğlu*** ***Haşim Çakırbay***		
09:30-09:45	**Kutanöz SLE ve Terapotik Yaklaşımlar** ***Abrar Qureshi***	**09:30-09:45**	**Asemptomatik Hiperürisemi** ***Ajda Bal***		
09:45-10:00	**İnflamatuvar Miyopatilerin Tedavisi; Antikorlar mı, Klinik mi?** ***Halil Harman***	**09:45-10:00**	**CPPD Gözden Kaçıyor mu? Kristal Artropatilerde Görüntüleme** ***Erhan Çapkın***		
10:00-10:15	**Sjögren'de Tanı ve Tedavisinde Gelişmeler** ***Ayşe Ünal Enginar***	**10:00-10:15**	**Gut Yalnızca Artrit midir?** ***Meral Bilgilisoy***	**10:00-11:00**	**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 4** **Oturum Başkanı:** ***Gökhan Tuna Öztürk***
10:15-10:30	**Lupus Nefritinde Tedavi Güncelleme** ***Sevcan Uğur***	**10:15-10:30**	**Gut, CPPD Tedavisinde Geleneksele Karşı Yenilik Var mı?** ***Ekin İlke Şen***		
10:30-10:45	**Soru & Cevap**	**10:30-10:45**	**Soru & Cevap**		
10:45-11:00	**Kahve Arası**	**10:45-11:00**	**Kahve Arası**		
	Romatoloji Konseyi **Moderatörler:** ***Meltem Alkan Melikoğlu*** ***Kenan Akgün***		**Behçet/FMF** **Oturum Başkanları:** ***Zafer Günendi*** ***H. Fatih Çay***		
11:00-11:15	**Monoartritle Gelen Hasta** ***Kemal Erol***	**11:00-11:15**	**Behçette Hastalık ve Tedaviye Özgü Sorunlar** ***Gönen Mengi***		
11:15-11:30	**Yaygın Ağrı ile Gelen Hasta** ***Meliha Kasapoğlu***	**11:15-11:30**	**Behçet Hastalığı Tedavisinde Yeni Çözümler** ***Zafer Günendi***		
11:30-11:45	**Antikor Pozitifliği ile Gelen Hasta** ***Neslihan Gökçen***	**11:30-11:45**	**FMF'de Genetik ve Klinik Tablolar** ***Ahmet Kıvanç Cengiz***		
11:45-12:00	**Kilo Kaybı ve Poliartritle Gelen Hasta** ***Nedim Kaban***	**11:45-12:00**	**Kolşisin Dirençli FMF Tedavisi** ***Nihan Balta***		

12:00-12:15	**Soru & Cevap**	**12:00-12:15**	**Soru & Cevap**		
12:15-13:30	**Öğle Yemeği**	**12:15-13:30**	**Öğle Yemeği**		
	Osteoartrit **Oturum Başkanları:** ***Pınar Borman*** ***Murat Zinnuroğlu***		**Yapay Zeka ve Komorbidite Oturumu** **Oturum Başkanları:** ***Figen Ayhan*** ***Ajda Bal***		
13:30-13:45	**OA Etyopatogenezinde Obezite, Mikrobiyata ve Metainflamasyonun Rolü** **Nilay Şahin**	**13:30-14:00**	**Yapay Zekanın Bilimsel Makale Yazmada Rolü** **Asif Hanif**		**SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 5** **Oturum Başkanı:** ***Hasan Toktaş***
13:45-14:15	**Osteoartritte Subkondral Skleroz ve Kemik İliği Ödeminin Prognostik Önemi** ***Şehim Kutlay***	**14:00-14:15**	**Kardiyovasküler Komorbidite** ***Sevilay Batıbay***		
14:15-14:30	**Erken Osteoartrit Tedavisi, Kime Ne Zaman?** ***Ayşe Banu Sarıfakıoğlu***	**14:15-14:30**	**Paradoksal Psoriasis, Etyopatogenez ve Tedavide Farklılıklar** ***Özge Bakay***		
14:30-14:45	**Kanıta Dayalı Güncel Tedaviler** ***Ayhan Bilgici***	**14:30-14:45**	**Gastroenteroloji ile Kesişen Yollar** ***Alican Soylu***		
14:45-15:00	**Soru & Cevap**	**14:45-15:00**	**Soru & Cevap**		
15:00-15:15	**Kahve Arası**	**15:00-15:15**	**Kahve Arası**		
	Sistemik Skleroz **Oturum Başkanları:** ***Ömer Kuru*** ***Remzi Çevik***		**Zor Vakalar** **Oturum Başkanları:** ***Hasan Ulusoy*** ***Gürkan Akgöl***		
15:15-15:30	**Sistemik Sklerozda Akciğer Tutulumuna Yaklaşım** ***Kevser Orhan***	**15:15-15:30**	**VEXAS Tanısı Atlanıyor mu?** ***Abdülvahap Kahveci***		
15:30-15:45	**Dijital Ülser ve Dirençli Raynaud Hastalığına Yaklaşım** ***Serdar Can Güven***	**15:30-15:45**	**Ig G4 İlişkili Hastalık Tanıdan Tedaviye** ***Rezan Koçak Ulucaköy***		
15:45-16:15	**Sistemik Skleroz Tedavisinde Güncellemeler** ***Francesco Del Galdo (Online)***	**15:45-16:00**	**Rekürren Perikardit Ne Düşünelim Ne Yapalım?** ***Umut Bakay***		
		16:00-16:15	**El Eklemlerinde Erozyonla Seyreden Hastalıklar** ***Pınar Bora***		
16:45-17:00	**Soru & Cevap**	**16:15-16:30**	**Soru & Cevap**		

17:30-20:00	**TRASD-RAD GÖRÜNTÜLEME OKULU MR GÖRÜNTÜLEME KURSU - 2** **Kurs Koordinatörleri:** ***Erhan Çapkın, Özgür Akgül*** **Olgular Eşliğinde Omurga Değerlendirme** ***Özgür Akgül*** ***Zafer Gönendi*** ***Gökhan Pekindil*** ***Şebnem Örgüç*** ***İlhan Sezer*** ***Özgül Soysal Gündüz*** ***Ceyhun Bıcılıoğlu*** ***İlker Yağcı***				

20 Nisan 2025, Pazar					
Saat	**A Salonu**	**Saat**	**B Salonu**	**Saat**	**C Salonu**
	Akılcı İlaç Kullanımı **Oturum Başkanları:** ***Nuran Öz*** ***Ülkü Uçar***				
09:00-09:15	**Opioidlerin Akılcı Kullanımı** ***Coşkun Zateri***				
09:15-09:30	**Vitamin D Akılcı Kullanımı** ***Ayça Utkan Karasu***				
09:30-09:45	**Kolşisin Akılcı Kullanımı** ***Ülkü Uçar***				
09:45-10:00	**Tartışma**				
10:00-10:30	**Kahve Arası**				
	Ufukta Ne Var? **Oturum Başkanları:** ***Mehmet Kırnap*** ***Hande Gezer***				
10:30-10:50	**Romatolojide Yapay Zeka** ***Nuran Öz***				
10:50-11:10	**İnflamatuar Romatizmal Hastalıklarda CAR-T Umut Vadediyor mu?** ***Halise Hande Gezer***				
11:10-11:30	**Genç Toplulukların Önemi** ***İsmihan Sunar***				
11:30-12:00	**Soru & Cevap**				
12:00-12:30	**Kapanış**				

KONUŞMA METİNLERİ

RA'da Ekstraartiküler Bulguların Yönetimi

Dr. İsmihan Sunar
Ankara Üniversitesi FTR ABD, Romatoloji BD

1. Giriş

Romatoid artrit (RA), primer olarak sinovite neden olan kronik, sistemik bir otoimmün hastalıktır. Ancak etkisi eklemlerle sınırlı kalmaz ve akciğerler, kalp, gözler, cilt ve sinir sistemi gibi organları etkileyen çeşitli eklem dışı manifestasyonlar (EDM'ler) görülür. Bu nedenle, yalnızca eklem semptomlarına odaklanmak optimal hasta bakımı için yetersizdir. EDM için prevalans oranları farklı kohortlarda %8 ile %40 arasında değişmektedir(1, 2). Bu manifestasyonların şiddeti genellikle altta yatan hastalığın süresi ve aktivitesi ile korelasyon gösterir. EDM'lerin varlığı RA hastalarında morbidite ve mortalitede önemli bir artışla ilişkilidir (3). Örneğin, kapsamlı 40 yıllık bir takip süresine sahip prospektif bir kohort çalışması, EDM'leri bağımsız bir mortalite prediktörü olarak tanımlamış ve 4.4'lük bir hazard oranı göstermiştir (4). Son yıllarda RA'da EDM prevalansında bir düşüş olduğu görülmektedir (5). Bu azalma, RA tedavisinde hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların (DMARD'lar) daha erken ve daha agresif kullanımına bağlanabilir.

2. Başlıca Eklem Dışı Manifestasyonları

RA'da EDM spektrumu geniştir ve çeşitli organ sistemlerini etkileyebilir. Pulmoner tutulum, RA'da önemli bir endişe kaynağıdır ve interstisyel akciğer hastalığı (İAH) artan morbidite ve mortalite ile ilişkili önemli bir manifestasyondur. Bir çalışmada, İAH en sık görülen EDM olarak gözlemlenmiştir (3, 5). Diğer pulmoner tutulum biçimleri arasında plörezi, pulmoner nodüller, bronşiyolit ve bronşektazi yer alabilir (6). Kardiyovasküler manifestasyonlar da RA'da yaygındır ve hastalar genel popülasyona kıyasla %50 daha yüksek kardiyovasküler olay riskine sahiptir (3). Kardiyovasküler tutulum perikardit, miyokardit, aritmi, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği gibi bir dizi durumu kapsar. Özellikle, kalp yetmezliği RA'lı bireylerde önemli bir ölüm nedeni olarak tanımlanmıştır. Kapsamlı kardiyovasküler risk yönetimi, özellikle mevcut EDM'leri olan RA hastaları için genel yönetim stratejisinin vazgeçilmez bir bileşeni olmalıdır (7).

Oküler manifestasyonlar RA'da yaygındır ve keratokonjonktivitis sikka RA'da sık görülen bir oküler sorundur. Sklerit ve episklerit önemli komplikasyonlar olup ciddi vakalarda, skleromalazi performans veya periferik ülseratif keratit gelişebilir. Nörolojik manifestasyonlar daha az sıklıkta görülseler de, RA hastalarının fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Polinöropati genellikle altta yatan romatoid vaskülit ile ilişkilidir (2). Daha ciddi, ancak daha az yaygın bir nörolojik komplikasyon, atlantoaksiyel subluksasyona sekonder olarak ortaya çıkabilen servikal miyelopatidir (8).

Dermatolojik tutulumlardan olan romatoid nodüller, romatoid faktör (RF) pozitif olan hastaların yaklaşık %20-30'unda görülen en yaygın cilt lezyonlarıdır. Romatoid vaskülit; splinter hemorajiler, periungual enfarktlar, bacak ülserleri ve dijital gangren gibi çeşitli şekillerde ciltte kendini gösterebilir (2, 5). Tedavisinde sistemik glukokortikoidler (GK) yanında azatioprin, siklofosfamid veya anti-sitokin tedaviler gibi immün supresifler kullanılmaktadır.

Sistemik manifestasyonlar, RA'daki bir başka EDM kategorisini temsil eder. AA tipi amiloidoz, RA'daki kronik inflamasyonun bir sonucu olarak gelişebilir (9). Nötropeni ve splenomegali ile karakterize nadir ancak ciddi bir durum olan Felty sendromu da RA bağlamında ortaya çıkabilir (2). Kronik hastalık anemisi RA'lı bireylerde nispeten yaygın görülen bir diğer sistemik bulgudur (2).

3. Eklem Dışı Manifestasyonlar İçin Genel Yönetim Stratejileri

Temel bir prensip hem eklem hastalığın hem de EDM'yi tetikleyen altta yatan sistemik inflamasyonun kontrolüdür. Sonuç olarak, DMARD'lar ile erken ve agresif tedavi stratejileri, bu manifestasyonları hafifletmek ve yönetmek için de yarar sağlar. RA'da İAH yönetiminde metotreksat gibi geleneksel DMARD'ların rolü karmaşıktır; nedensel bir ajan olarak sorgulanmışsa da, bazı veriler bu hastalarda uzun sağkalımla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (10). Metotreksat kullanan RA-İAH'li hastalarda akciğer fonksiyonunun yakından izlenmesi önerilmektedir (11). Leflunomid, bazı bireylerde, özellikle bilinen akciğer hastalığı veya metotreksat öyküsü olanlarda İAH'nin yeni başlangıcı veya ilerlemesi ile ilişkilendirilmiştir. TNF inhibitörlerinin RA-İAH üzerindeki etkisi de değişkendir; potansiyel etkinliğe işaret eden vaka raporları bulunurken, bu ajanlarla İAH indüksiyonu veya alevlenmesi de bildirmiştir (12). JAK inhibitörleri, bazı RA-İAH'li hastalarda umut vaat etmiş, eklem inflamasyonunun iyi kontrolü ile birlikte akciğer hastalığında stabilite göstermiştir (13). Tirozin kinaz inhibitörü bir anti-fibrotik ajan olan nintedanibin, DMARD'larla kombinasyon halinde kullanıldığında RA-İAH tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (14). Bu nedenle, RA-İAH'nin yönetimi, farklı DMARD'larla ilişkili risk ve faydaların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir ve nintedanib gibi spesifik anti-fibrotik tedavilerin kullanımını içerebilir. DMARD seçimi

bireyselleştirilmeli, hem pulmoner toksisite hem de akciğer fonksiyonunda iyileşme için dikkatli bir şekilde ve multidisipliner yaklaşımla izlenmelidir.

RA'daki kardiyovasküler manifestasyonlar spesifik yönetim stratejileri gerektirir. Perikardit için yaygın tedaviler arasında NSAİİ'ler ve GK'ler bulunur (15). Kolşisin ve anakinra, rilonasept ve goflikicept gibi interlökin-1 (IL-1) blokerlerinin kullanıma girmesi, tekrarlayan perikardit tedavisinde önemli ilerleme sağlamıştır(16). RA'da miyokardit yönetimi öncelikle DMARD'larla altta yatan romatoid inflamasyonu kontrol etmeye odaklanır (6). RA'da koroner arter hastalığına yaklaşım, hem RA ile ilişkili inflamasyonu hem de geleneksel kardiyovasküler risk faktörlerini yönetmeyi içerir. Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) önerileri, RA hastalarında risk değerlendirmesi için geleneksel kardiyovasküler riskin 1.5 faktörü ile çarpılmasını tavsiye etmektedir (3, 17). GK'lerin kardiyovasküler riski artırarak kardiyovasküler hastalığı kötüleştirebileceği, metotreksat ve hidroksiklorokinin ise çoğu çalışmada kardiyo-protektif etkileri olduğu gözlemlenmiştir (18). Bu nedenle, RA'daki kardiyovasküler manifestasyonların kapsamlı yönetimi, hastalığın inflamatuvar yükünü ve geleneksel kardiyak risk faktörlerini ele alan çok yönlü bir yaklaşım gerektirir.

Romatoid nodüller inflamasyonun sıkı kontrolü ile düzelebildiği için özel tedavi gerektirmez. Müdahale gerektiğinde, tedavi seçenekleri arasında lokal GK enjeksiyonları, DMARD tedavisinin ayarlanması (metotreksatın bazı bireylerde paradoksal olarak nodülleri tetikleyebileceği ve alternatif bir DMARD'a geçiş gerektirebileceği unutulmamalıdır), NSAİİ'ler ve rituksimab gibi monoklonal antikorların kullanımı yer alır. Romatoid nodüllerin cerrahi olarak çıkarılması, ağrılı veya fonksiyonel olarak sınırlayıcı oldukları durumlarda düşünülebilir (19). Genellikle, altta yatan RA'nın etkili tedavisi romatoid nodüllerin çözülmesine yol açar. Daha ciddi bir eklem dışı komplikasyon olan romatoid vaskülit, agresif yönetim gerektirir. Vaskülit için spesifik tedaviler arasında glukokortikoidler, metotreksat, azatioprin ve siklofosfamid gibi immünosüpresanlar ve özellikle daha şiddetli organ tutulumu olan vakalarda rituksimab ve abatasept gibi biyolojik ajanlar yer alır (12). Önemli olarak, romatoid vaskülitli hastalar için sigara bırakma şiddetle tavsiye edilmelidir.

Sklerit inflamasyonu ve ağrıyı yönetmek ve potansiyel komplikasyonları önlemek için tedavi gerektirir. Başlangıç tedavisi genellikle indometazin, ibuprofen veya naproksen gibi oral NSAİİ'lerin kullanımını içerir. NSAİİ'lere yanıt yetersizse, genellikle prednizon olmak üzere oral GK'ler kullanılabilir. Şiddetli veya refrakter vakalarda metotreksat, azatioprin, mikofenolat, siklosporin gibi immünosüpresif ajanlar gerekebilir. İnfliksimab, rituksimab, antiTNF'ler dahil olmak üzere biyolojik ajanlar, refrakter skleritli hastalarda olumlu tedavi yanıtları göstermiştir (20). Özellikle, yüksek doz infliksimabın RA ile ilişkili dirençli nekrotizan sklerit vakasında uzun süreli remisyon sağladığı bildirilmiştir(21).

RA'ya sekonder amiloidoz için kesin bir tedavi mevcut değildir; tedavinin odak noktası semptomları hafifletmek ve hastanın yaşam süresini uzatmaktır. RA ile ilişkili AA amiloidozu bağlamında, birincil terapötik strateji, dolaşımdaki serum amiloid A protein seviyelerini azaltmak için altta yatan inflamasyonu agresif bir şekilde kontrol etmektir. Bu genellikle TNF inhibitörleri, IL-1 antagonistleri ve IL-6 antagonistleri kullanılarak elde edilebilir (22).

Sonuç olarak; RA'da EDM yönetimi, kapsamlı hasta bakımının kritik bir yönüdür. DMARD'larla altta yatan hastalığın erken ve agresif tedavisi, bu komplikasyonları önlemenin ve yönetmenin temelini oluşturmaya devam etmektedir. Sistemik inflamasyonu kontrol etmeye odaklanan genel stratejiler çok önemli olmakla birlikte, spesifik EDM'lerin yönetimi de gerekir. Örneğin, IL-1 blokerleri tekrarlayan perikardit tedavisinde devrim yaratmıştır ve nintedanib gibi anti-fibrotik ajanlar RA ile ilişkili interstisiyel akciğer hastalığının yönetiminde umut vaat etmektedir. Romatoid nodüller lokal tedaviler veya DMARD rejimlerinde ayarlamalar gerektirebilirken, romatoid vaskülit ve sklerit genellikle biyolojik ajanları da içerebilen daha yoğun immünosüpresif yaklaşımlar gerektirir.

REFERANSLAR

1. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, Gabriel SE, Matteson EL. Occurrence of extraarticular disease manifestations is associated with excess mortality in a community based cohort of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2002;29(1):62-7.
2. Bonfiglioli KR, de Medeiros Ribeiro AC, Carnieletto AP, Pereira I, Domiciano DS, da Silva HC, et al. Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis remain a major challenge: data from a large, multi-centric cohort. Advances in Rheumatology. 2023;63(1):34.
3. Carolina DíazCu ˜na SC, Sofía Rostan ,Lucía Fernández,Emilia Moreira, Raimon Sanmartí. Rheumatoidarthritis:extraarticularmanifestationsandcomorbidities. RevColombReumatol 29:196–204. 2022;29:196-204.
4. Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, Doran MF, Turesson C, O'Fallon WM, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. Arthritis and rheumatism. 2003;48(1):54-8.
5. Cojocaru M, Cojocaru IM, Silosi I, Vrabie CD, Tanasescu R. Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis. Maedica. 2010;5(4):286-91.

6. Wu D, Luo Y, Li T, Zhao X, Lv T, Fang G, et al. Systemic complications of rheumatoid arthritis: Focus on pathogenesis and treatment. Frontiers in Immunology. 2022;13.
7. Duruöz MT, Ataman Ş, Bodur H, Çay HF, Melikoğlu MA, Akgül Ö, et al. Prevalence of cardiovascular diseases and traditional cardiovascular risk factors in patients with rheumatoid arthritis: a real-life evidence from BioSTAR nationwide registry. Rheumatology international. 2024;44(2):291-301.
8. Young A, Koduri G. Extra-articular manifestations and complications of rheumatoid arthritis. Best practice & research Clinical rheumatology. 2007;21:907-27.
9. Mitrović J, Hrkač S, Tečer J, Golob M, Ljilja Posavec A, Kolar Mitrović H, et al. Pathogenesis of Extraarticular Manifestations in Rheumatoid Arthritis—A Comprehensive Review. Biomedicines. 2023;11(5):1262.
10. Cassone G, Manfredi A, Vacchi C, Luppi F, Coppi F, Salvarani C, et al. Treatment of Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease: Lights and Shadows. Journal of clinical medicine. 2020;9(4).
11. Rojas-Serrano J, Herrera-Bringas D, Pérez-Román DI, Pérez-Dorame R, Mateos-Toledo H, Mejía M. Rheumatoid arthritis-related interstitial lung disease (RA-ILD): methotrexate and the severity of lung disease are associated to prognosis. Clin Rheumatol. 2017;36(7):1493-500.
12. Turesson C, Matteson EL. Management of extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis. Current opinion in rheumatology. 2004;16(3):206-11.
13. Triboulet F, Juge PA, Truchetet ME, Pham T, Roux N, Flipo RM, et al. Evaluation of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease in patients treated with JAK inhibitors: a MAJIK-SFR cohort study. RMD Open. 2025;11(1).
14. Sebastiani M, Lepri G, Iannone C, Bozzalla Cassione E, Guggino G, Io Monaco A, et al. Nintedanib in Rheumatoid Arthritis–Related Interstitial Lung Disease: Real-World Safety Profile and Risk of Side Effects and Discontinuation. The Journal of Rheumatology. 2024:jrheum.2024-0976.
15. Chiabrando Juan G, Bonaventura A, Vecchié A, Wohlford George F, Mauro Adolfo G, Jordan Jennifer H, et al. Management of Acute and Recurrent Pericarditis. JACC. 2020;75(1):76-92.
16. Lazarou E, Koutsianas C, Vlachakis PK, Theofilis P, Vassilopoulos D, Tsioufis C, et al. Novel Treatments in Refractory Recurrent Pericarditis. Pharmaceuticals (Basel, Switzerland). 2024;17(8).
17. Crowson CS, Gabriel SE, Semb AG, van Riel PLCM, Karpouzas G, Dessein PH, et al. Rheumatoid arthritis-specific cardiovascular risk scores are not superior to general risk scores: a validation analysis of patients from seven countries. Rheumatology. 2017;56(7):1102-10.
18. Özkan U, Kakilli N, Taştekin N. Rheumatoid arthritis and cardiovascular comorbidities. Exploration of Musculoskeletal Diseases. 2023;1(6):264-88.
19. Rheumatoid nodules [Internet]. 2025 [cited 18/03/2025]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/rheumatoid-nodules.
20. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis [Internet]. 2025 [cited 18.03.2025]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/ocular-manifestations-of-rheumatoid-arthritis?search=ra%20secleritis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H10.
21. Ashok D, Ayliffe WH, Kiely PDW. Necrotizing scleritis associated with rheumatoid arthritis: long-term remission with high-dose infliximab therapy. Rheumatology. 2005;44(7):950-1.
22. Nakamura T. Amyloid A amyloidosis secondary to rheumatoid arthritis: pathophysiology and treatments. Clinical and experimental rheumatology. 2011;29(5):850-7.

Prekonsepsiyonel Dönemde Paternal ve Maternal İlaç Yönetimi

Dr. Ebru Atalar
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği

Romatizmal hastalıklar çoğunlukla reproduktif çağdaki bireyleri etkiler. Romatoloji hastalarında prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte ilaç kullanımından kaçınmak zordur. Ancak prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte tüm ilaçlar güvenli değildir. İdeal olan remisyonda, gebelikle uyumlu ilaçlar kullanırken gebeliğin gerçekleşmesidir. Hastalık aktivitesi kontrol altında olmadığında gebelik riskleri artar, aktif hastalık inflamatuar mediatörler aracılığı ile blastosist-endometriyum ilişkisini olumsuz etkiler. Planlı gebelik için kontrasepsiyon şarttır. Üreme çağındaki kadın ve erkek hastalara doğum kontrolü ve gebelik planlaması danışmanlığı verilmelidir. Yüksek riskli durumlarda gebeliğin terapötik olarak sonlandırılması hayat kurtarıcı olabilir. Olası maternal ve fetral riskleri belirlemede anti-SSA/Ro ,anti-SSB/La ve antifosfolipid antikorların varlığı önemlidir. Kronik hastalığı olanlarda bazı ilaç düzenlemeleri şarttır. Planlı gebelik öncesi metoprolol ve ACE inhibitörleri metildopa, nifedipin veya labetalol ile değiştirilmeli, ayrıca gebelik gerçekleşmesi ile antikoagülanlar LMWH ile değiştirilmelidir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ovulasyon ve blastosist implantasyonunda rol alan prostaglandinlerin üretimini baskılar. Perikonsepsiyonel dönemde ve gebelik sırasında parasetamol en güvenli analjezik ve antipiretik ilaçtır. Kortikosteroidler hipotalamus-hipofiz-gonadal aksta geçici baskılanma, ovaryal ve/veya endometriyal fonksiyonlarda değişiklik yaparlar. Yüksek doz kortikosteroid tedavisi ile testosteron seviyesi düşürebilir ancak erkek fertilitesinin etkilendiğine dair kanıt yoktur. Çalışmalar, babanın kortikosteroide maruz kalmasının malformasyon oranlarında artışa yol açmadığını göstermektedir. Folik asit antagonisti olan metotreksat teratojendir. MTX ile plansız gebelik geliştiğinde İlaç derhal kesilmeli, folik asit takviyesi başlanmalı ve fetal risk değerlendirilmeli, gebelik yakın takip edilmelidir. İlaç etiketi erkeklerde prekonsepsiyonel dönemde MTX'in kesilmesini önerse de veriler teratojeniteye dair kanıt gösterilememiştir, spermatogenez üzerine olumsuz etki bildirilmemiştir. Hidroksiklorokin tedavisine gereklilik durumunda gebelikte ≤ 400 mg/gün dozunda devam edilebilir. Sulfasalazin prekonsepiyonel dönem ve gebelik boyunca eş zamanlı folik asit takviyesiyle ≤ 2 gr/gün dozda kullanılabilir. Erkeklerde, oligospermi, sperm motilitesinde azalma ve anormal sperm morfolojisinde artış olabilmektedir. Kolşisin kadın fertilitesini etkilememekte, perikosepsiyonel dönemde kullanılabilir. Leflunomidin enterohepatik sirkülasyon nedeni ile eliminasyonu 2 yılı bulur. Gebelik planlayan kadınlarda leflunomid tercih edilmemelidir. Gebelikte kullanıldığında ciddi doğumsal kusurlara neden olabilir. Siklosporin ve azathiopirin ile ilgili çalışmalar, maternal/paternal maruziyette konjenital malformasyon oranında artış olmadığını göstermektedir. Mycophenolate mofetil/ Mycophenolate sodium ve siklofosfamid teratojendir. AntiTNF-α ilaçlar teratojen olmayıp perikonsepsiyonel dönemde kullanılabilir. Rituximab, abatacept, tocilizumab gebelikten önce kesilmelidir. IL inhibitörlerinin gebelikte kesilmesi önerimektedir. Anakinra dair kanıtlar teratojenik olduğunu göstermemektedir; ancak gebelikle uyumlu olduğuna dair yeterli veri de yoktur. JAK inhibitörlerinin planlı gebelikten 2 hafta önce kesilmesi önerilmektedir. IVIG prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse MEB, Lockshin MD, Marder W, Guyatt G, Branch DW, Buyon J, Christopher-Stine L, Crow-Hercher R, Cush J, Druzin M, Kavanaugh A, Laskin CA, Plante L, Salmon J, Simard J, Somers EC, Steen V, Tedeschi SK, Vinet E, White CW, Yazdany J, Barbhaiya M, Bettendorf B, Eudy A, Jayatilleke A, Shah AA, Sullivan N, Tarter LL, Birru Talabi M, Turgunbaev M, Turner A, D'Anci KE. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Arthritis Rheumatol. 2020 Apr;72(4):529-556.
2. Götestam Skorpen C, Hoeltzenbein M et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. Ann Rheum Dis. 2016 May;75(5):795-810.
3. Russell MD, Dey M, Flint J, Davie P, Allen A, Crossley A, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. Rheumatology (Oxford) 2023; 62: e48-88.
4. Crossley A, et al. British Society for Rheumatology guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding: immunomodulatory anti-rheumatic drugs and corticosteroids. Rheumatology (Oxford) 2023; 62: e48-88.
5. Flint J, Panchal S, Hurrell A et al. BSR and BHPR guideline on prescribing drugs in pregnancy and breastfeeding-Part I: standard and biologic disease modifying anti-rheumatic drugs and corticosteroids. Rheumatology 2016;55:1693–7

Lupus'ta Gebelik Yönetimi

Dr. Nesrin Şen
Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoğunlukla doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen ve çeşitli olumsuz gebelik sonuçlarına yol açan sistemik otoimmün inflamatuar bir hastalıktır. Maternal olarak; lupus alevlenmesi, renal hasar, preeklampsi, HT, venöz tromboembolizm riski artmıştır. Fetal olarak spontan abortus, intrauterin fetal ölüm, intrauterin büyüme geriliği,erken doğum riski artmıştır. SSA ve SSB antikorlarının varlığınsa fetal kalp bloğu ve Neonatal Lupus gelişebilir (1).

Hastalık alevlenmesi şu klinik ve laboratuar bulgularıyla gelebilir. Fotosensitif döküntü--ağız veya burun ülserleri, inflamatuvar artrit, ateş, lenfadenopati, plörit, lökopeni, lenfopeni, immün hemolitik anemi, trombositopeni, nefrit (aktif idrar sedimentleri, günlük >300 mg proteinüri), C3-C4 seviyesinde azalma, anti-dsDNA düzeyinde artış. Alevlenme tedavisinde; mümkün olan en düşük dozda kortikosteroid (KS), Azatiyoprin, Kalsinörin inhibitörleri, İntravenöz İmmünglobulin (IVIg) (tromboz riski,sıvı yüklenmesi riski), plazmaferez önerilmektedir (2).

Preeklampsi, 20 . gebelik haftasından sonra >140/90 mmHg hipertansiyon ve proteinüri ile seyreden klinik durumdur. Plasental abruption, strok, akut respiratuar distress ve perinatal ölüm ile sonuçlanabilir. Lupus nefriti öyküsü ve AFS Ab pozitifliğinde risk artar. Riski azaltmak için **Düşük Doz Aspirin** önerilmektedir. HCQ kesilmesi, hamilelik sırasında SLE alevlenmeleri için artan riskle ilişkilidir. Gebelikte **HCQ** başlanmalıdır. Hipertansiyon tedavisinde; Labetalol, nifedipin,hidralazin, metildopa,nitropurisit önerilir. ACE inhibitörleri ve ARBs gebelikte kullanılmamaktadır. (3-4)

HELLP Sendromu;hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme, trombositopeni ile karakterizedir. Tedavi yalnızca bebeğin doğurtulmasıdır (5)

EULAR risk sınıflamasına göre ; Konsepsiyondan 6 ay önce Aktif Lupus, Teratojenik tedavi gereken Aktif lupus nefriti, Son 6 ay içinde stroke/majör trombotik olay, Gebelikte kontrendike olan ilaç kullanımı durumunda gebelik riskli olduğu için ertelenmelidir. Ciddi pulmoner Hipertansiyon, Ciddi Restriktif Akciğer Hastalığı, Ciddi Renal Yetmezlik (eGFR < 30 mL/min/1.73 m2), Kalp Yetmezliği, Önceki gebelikte Preeklampsi, HELLP Sendromu durumunda gebe kalınmamalıdır.

Kaynaklar

1.Tan Y, Yang S, Qi Liu Q et al.Pregnancy-related complications in systemic lupus erythematosus, Journal of Autoimmunity,132,2022.
2. Sagial R, Goyal L, Tank ML. Journal of the Association of Physicians of India · August 2016,62-66
3. Andreoli L, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:476–485. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209770
4.Sammaritano et al Arthritis Care & Research Vol. 72, No. 4, April 2020,
5. Petri M, Pregnancy and Systemic Lupus Erythematosus, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.09.002
6. Andreoli L, Bertsias GK, Agmon-Levin N. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis 2017;76:476–485. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209770

Archıves of Rheumatology Oturumu
Akademik Hayatta Hakemlik ve Atıfın Önemi

Dr. İsmihan SUNAR
Ankara Üniversitesi FTR ABD, Romatoloji BD, Ankara

Akademik hakemlik (peer review), bir araştırmacının yöntem ve bulgularının taslak halinin aynı alandaki yetkin uzmanlar tarafından değerlendirilmesi sürecidir. Bilimsel yayıncılığın omurgasını oluşturan, titiz ve sistematik bir kalite kontrol mekanizmasıdır. Objektiflik, etik duyarlılık ve analitik derinlik, bu sürecin vazgeçilmez ilkeleridir. Bu süreç, bir makalenin metodolojik tutarlılığını, özgünlük ve yenilikçiliğini, bilimsel literatüre katkısını bağımsız ve uzman bir gözle değerlendirir. Hakemler, yalnızca teknik doğrulukla yetinmez; hipotezlerin sağlamlığını, verilerin güvenilirliğini, sonuçların yorumlanmasındaki nesnelliği sorgular, zamana riayet eder, yapıcı bir dil kullanır, hem meslektaşının çabasını hem de kendisine verilen görevi dikkate alarak eleştirilerini yazarlara değil, makaleye yönlendirirler. Bu da yalnızca en yüksek standartlara sahip çalışmaların yayımlanmasını sağlayarak, bilimsel literatürün evrensel güvenilirliğini ve saygınlığını korur (1, 2).

Hakemlik görevi genellikle üniversitelerde görevli kıdemli öğretim üyelerine verilir; ancak bu kişiler akademik ve idari sorumluluklar nedeniyle zaman kısıtlaması yaşayabilmektedir. Bilimsel makaleleri değerlendirme işi, zamanla ve uygulamayla öğrenilen bir sanattır ve kesin kuralları yoktur. Bu nedenle, bir konuyu eleştirel biçimde analiz etme yeteneğine sahip hekimler iyi birer hakem olabilir. Ne yazık ki, ülkemizde genç akademisyenler yoğun iş yükü ve zaman kısıtlaması nedeniyle hakemlik süreçlerine kaynak ayıramamaktadır. Bir çalışmada ABD'den sağlanan akademik hakemlik sayısının Çin, Türkiye, İran, Polonya ve Malezya gibi ülkelerden 3 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Bunda daha düşük gelirli ülkelerde gönüllülük esasına dayalı hakemlik süreci için vakit bulunamaması olabilir(3). Genç hakemler için uluslararası standartlarda eğitimler düzenlenerek ve deneyimli hakemler tarafından mentorluk sağlanarak bu sürece dahil edilmeleri sağlanabilir. Üniversitelerde, hakemliğin akademik yükseltmelerde kriter ve prestij unsuru olması da akademik hakemliğe olan ilgiyi artırabilir. Böylece hakem havuzunun genişlemesi sağlanacaktır. Hakemler için bu sürecin belli yararları mevcuttur. Hakemlik, yazarların eleştirel okuma, metodolojik analiz ve yazma becerilerini geliştirerek makale kalitesini artırabilir(4, 5). Hakemler *Publons* (Clarivate) platformunu hakemlik aktivitelerini kayıt altına almak için kullanabilirler. Publons doğrulanmış değerlendirici başarılarını kredilendirir ve en iyi değerlendiricileri seçmek ve tanıtmak için bir araç görevi görür (1, 6, 7).

Atıf sayısı ise bilimsel etkinin evrensel ölçütü haline gelmiştir. Yüksek atıf sayısı bir makalenin alanında çığır açıcı bir katkı sunduğunu, gelecek nesil araştırmalara yön verdiğini, yalnızca okunmadığını, aynı zamanda aktif bir şekilde kullanıldığını gösterebilir. Yazarlar için atıfların yansıması H-indeksidir ve yazarın üretkenliğinin bir göstergesidir (8).

Atıflar dergilerin etkisini değerlendirmede de merkezde bulunan metriklerdir. Bir derginin etki faktörü (Journal Impact Factor), belirli bir süre içinde o dergide yayımlanan makalelere yapılan atıfların ortalamasını gösterir ve derginin prestijine işaret eden bir unsurdur. Clarivate Analytics tarafından yıllık olarak hesaplanır ve önceki iki yılın verilerini içerir. Son zamanlarda sosyal medyanın kullanımının artması ile makalelerin görünürlüğü farklı bir mecraya taşınmış ve *alternatif metrikler* (altmetrics) kavramı gündeme gelmiştir. Sosyal medyada makalelerin paylaşımı, indirilme, okunma, önerilme gibi sayılarını içeren değerlendirmeler altmetrik olarak kabul edilmektedir (9).

KAYNAKLAR

1. Zimba O, Gasparyan AY. Peer review guidance: a primer for researchers. Reumatologia. 2021;59(1):3-8.
2. Singal A. Peer review: An underappreciated academic exercise. Indian journal of dermatology, venereology and leprology. 2023;90(1):1-2.
3. Cheah PY, Piasecki J. Should peer reviewers be paid to review academic papers? The Lancet. 2022;399(10335):1601.
4. Yarris LM, Gottlieb M, Scott K, Sampson C, Rose E, Chan TM, et al. Academic Primer Series: Key Papers About Peer Review. The western journal of emergency medicine. 2017;18(4):721-8.
5. Tropini C, Finlay BB, Nichter M, Melby MK, Metcalf JL, Dominguez-Bello MG, et al. Time to rethink academic publishing: the peer reviewer crisis. mBio. 2023;14(6):e0109123.
6. Publons [Available from: https://publons.com/wos-op/account/unified-auth/.
7. Christie D. Embracing reciprocity: The vital role of peer review in academic scholarship. Clinical Child Psychology and Psychiatry. 2024;29(2):391-2.
8. Ordaz DJG, Roy J, Ahmad I, Kaouache M, Ramchatesingh B, Whitelaw S, et al. Assessment of h-index and associated demographic and academic parameters for academic hematologists in Canada. Front Med (Lausanne). 2024;11:1457366.
9. Zimba O, Gasparyan AY. Social media platforms: a primer for researchers. Reumatologia. 2021;59(2):68-72.

Sjögren Sendromu Tanı ve Tedavisinde Gelişmeler

Dr. Ayşe Ünal Enginar
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Kliniği

Sjögren sendromu, sıklıkla kadınları etkileyen ağız ve göz kuruluğuna neden olan otoimmün bir hastalıktır. Yorgunluk ve artralji çoğu hastayı etkiler. Sinovit, kutanöz vaskülit, polinöropati, interstisyel akciğer hastalığı ve tübülointerstisyel nefrit gibi ekstraglandüler bulgular hastaların %30-40'ında gelişir. Klinik ve patofizyolojik olarak heterojen bir hastalıktır. Yaşam boyu lenfoma insidansı %5'tir. Sjögren sendromlu hastalarda ölüm riski normal popülasyona göre artmıştır.

Sjögren sendromu için spesifik bir biyobelirteç olmamasına rağmen, hastalığın sınıflandırılması, tanısı ve prognozu için yardımcı olan iyi tanımlanmış klasik biyolojik parametreler mevcuttur. Bu parametreler kolayca tanımlanabilir, tutarlıdır ve yaygın olarak erişilebilir. Bunlar, SSA antikorları, SSB antikorları, romatoid faktör, serum immünoglobulin konsantrasyonları, periferik kan lenfosit sayısı, monoklonal bileşenleri, C3 ve C4'ü, ayrıca kriyoglobulinleri içerir. Hastaların yaklaşık %15'i ANA, RF, anti-Ro ve anti-La otoantikorları açısından seronegatiftir. Yakında yayınlanan bir çalışmaya göre anti-FNBP4, anti-SNRPC ve anti-CCL4, Ro/SSA negatif sjögren sendromlu hastaların %30'unu belirledi. CXCL9, CXCL10, CXCL11, CXCL13'ün sjögren sendromlu hastalarda önemli biyobelirteçler olabilir. Yüksek anti-AQP5 düzeyi, yüksek duyarlılık ve özgüllüğü nedeniyle pSS hastaları için yeni bir tanı biyobelirteci olarak ortaya çıkabilir.

Ultrason, elastografi, manyetik rezonans görüntüleme, PET-BT gibi görüntüleme yöntemleri son sınıflandırma kriterlerinde yer almamasına rağmen tanıda, takipte kullanılabilmektedir.

Minör tükürük bezi biyopsisi tanı açısından önemli olmakla beraber son çalışmalarda lenfoma açısından riskli hastaları, yüksek fokus skorunun varlığı ve ektopik germinal merkezlerin varlığı ile belirleyebileceğine dair çalışmalar vardır.

Sjögren sendromu için onaylanmış tedavilerin olmaması nedeniyle, kılavuzlarından alınan algoritmalara göre aktif klinik belirtilere göre yönlendirilmektedir. Ancak bu öneriler, Sjögren sendromu olan tüm hastalar için aynıdır ve çoğunlukla diğer otoimmün bozukluklarda kullanılan ilaçları içerir.

2020 ve 2022 yılları arasında yürütülen beş küçük erken faz çalışması birincil son noktalarına ulaşmıştır. Bu çalışmalardan biri hidroksiklorokin ve leflunomid kombinasyonunu değerlendirdi, diğeri anti-CD40 antikoru iscalimab'ı değerlendirdi ve diğerleri ianalumab (bir anti B hücre aktive edici faktör reseptörü [BAFF-R] antikoru), remibrutinib (bir Bruton tirozin kinaz inhibitörü), ve düşük doz IL-2'i değerlendirdi.

Son zamanlarda, üç klinik çalışmada, sistemik aktivitesi olan ve olmayan iki hasta tabakasını ayrı ayrı değerlendirmişlerdir. Dazodalibep faz 2 çalışması, CD40 ligandının (CD40L) kimyasal bir inhibitörünü değerlendirdi ve özellikle sistemik aktivitesi olmayan hastaların tabakasında olumlu sonuçlar gösterdi. Bir anti-CD40 antikorunun etkinliğini değerlendiren iscalimab faz 2b çalışması (TWINSS), sistemik komplikasyonlar için etkinlik gösterdi. NECESSITY çalışması şu anda geleneksel sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların kombinasyonlarını (hidroksiklorokin artı leflunomid ve hidroksiklorokin artı mikofenolat mofetil) değerlendiriyor.

Geçtiğimiz 10 yılda, Sjögren sendromunun patofizyolojisinin anlaşılmasında büyük ilerlemeler kaydedildi ve hastalığa daha hedefli ve kişiselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımına doğru yeni yollar açıldı.

Lupus Nefritinde Tedavi Güncelleme

Dr. Sevcan Uğur
Antalya Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü

Lupus nefriti SLE'li hastaların yaklaşık %40'ında görülür. Bu hastaların %5-15'inde 10 yıl içinde son dönem böbrek yetmezliği gelişir. Proteinürinin düzeyi uzun dönem renal prognostik faktör için en iyi belirteçtir. Euro-Lupus Nefrit çalışmasında düşük doz siklofosfamid (CYC) (500 mg /2 hafta /6 doz) ile yüksek doz 0.5 g/m^2/4 hafta/6 doz CYC karşılaştırılmış. Takiplerinde tedavi yanıtsızlıkları arasında fark bulunmamıştır. 2000'li yıllarda MMF'in prednizolonla kombinasyonunun remisyon oranlarının oral CYC ve prednizolon tedavisi ile benzer olduğu ancak yan etkilerin daha az olduğu gösterilmiştir. Aspreva Lupus Management Study (ALMS) MMF ile IV CYC'yi remisyon indüksiyon için karşılaştırmış. Remisyon indüksiyou için fark olmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmalar temel alınarak 2011 yılında Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) klavuzunda sınıf III veya IV LN indüksiyon tedavisinde CYC veya MMF, idame tedavide AZA veya MMF kullanılması önerilmiştir. 2019 EULAR/ERA EDTA klavuzunda da indüksiyon tedavisi için sınıf III ve IV LN'inde MMF/ MPA veya düşük doz IV CYC tedavisi birinci basamak olarak önerilmektedir. Klavuzda total IV metilprednizolon dozunun 500–2500 mg olması takibinde 0.3–0.5 mg/kg/gün kullanılması, 3-6 ay içinde ise 7.5 mg/gün dozuna düşülmesi önerilmektedir. İdame tedavi için indüksiyon tedavisinde MMF alanların MMF ile IV CYC alanların ise MMF veya AZA ile devam edilmesi önerilmektedir. Pür sınıf V LN'i için 2021 KDIGO önerilerinde renin anjiotensin blokajı, nefrotik sendrom varlığı ve ekstrarenal bulgular için immünsüpresif tedavi önerilmektedir.

Kalsinörin inhibitörlerinin (CNI) monoterapi veya MMF ile kombinasyon tedavilerindeki etkinliği 5 RKÇ'de değerlendirilmiştir. 299 LN'li hastada Takrolimusun komplet ve parsiyel yanıt açısından etkinliği CYC'ye benzer bulunmuştur. Başka bir çalışmada 83 proliferatif LN'li hastada Takrolimus ve MMF karşılaştırılmış. Her iki grupta 12. ayda remisyon oranları benzer bulunmuştur. Takrolimusun uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesinde GFR de ≥ %30 düşme, kronik böbrek yetmezliği veya ölüm gibi komposit sonuçlarda MMF'e göre değişkenlik göstermemiştir. CNI'lerinin MMF ile kombinasyonu MMF veya CYS ile karşılaştırılmış. AURORA-LN faz II çok merkezli RKÇ'da 267 MMF 2g/gün ve düşük doz glukokortikoid kullanan hasta Voclosporin ve plasebo koluna randomize edilmiş.24. haftada düşük doz Voclosporin kolunda komplet yanıt oranları plasebo koluna göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte advers olay ve ölüm Voclosporin kolunda daha sık bulunmuştur. LN'li hastalarda biyolojik tedavinin immünsüpresif tedaviye eklenmesi BLISS çalışmasında değerlendirilmiştir. 448 hasta IV 10 mg/kg/gün Belimumab ve plasebo koluna randomize edilmiş. 104. Haftada primer renal etkin yanıt Belimumab kolunda daha fazla bulunmuştur.

Kaynaklar

1. Avasare R, Drexler Y, Caster DJ, Mitrofanova A, Jefferson JA. Management of Lupus Nephritis: New Treatments and Updated GuidelinesKidney360. 2023 Oct 1;4(10):1503-1511.
2. Radhakrishnan J, Cattran DC. The KDIGO practice guideline on glomerulonephritis: reading between the (guide)lines—application to the individual patient. Kidney Int. 2012;82(8):840–856.
3. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Cheema K, et al. 2019 Update of the joint European league against rheumatism and European Renal Association–European Dialysis and Transplant Association (EULAR/ERA–EDTA) recommendations for the management of lupus nephritis. Ann Rheum Dis. 2020;79(6):713–723.
4. Rovin BH, Adler SG, Barratt J, et al. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of glomerular diseases. Kidney Int. 2021;100(4):S1–S276.
5. . Rovin BH, Solomons N, Pendergraft WF III. A randomized, controlled double-blind study comparing the efficacy and safety of dose-ranging voclosporin with placebo in achieving remission in patients with active lupus nephritis. Kidney Int. 2019;95(1): 219–231.
6. Rovin BH, Teng YKO, Ginzler EM. Efficacy and safety of voclosporin versus placebo for lupus nephritis (AURORA 1): a double-blind, randomised, multicentre, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2021;397(10289):2070–2080.

Bağ Dokusu Hastalıklarında Akciğer Parankiminin Bilgisayarlı Tomografi Görünümleri

Dr. Nedim Kaban
Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi

GİRİŞ ve AMAÇ: Bağ dokusu hastalıkları (BDH); romatoid artrit (RA), sistemik skleroz (SSk), Sjogren sendromu (SjS), mikst bağ dokusu hastalığı, idiyopatik inflamatuar miyozit ve andiferansiye bağ dokusu hastalığı'ndan oluşan bir grup kronik inflamatuar hastalıklardır. Akciğer tutulumu tüm BDH'lerde görülebilmekte ve klinik spektrum oldukça geniştir. BDH 'lerde pulmoner tutulum parankim, plevra, bronş, pulmoner vasküler sistemde ortaya çıkabilir. BDH ve akciğer tutulumunun ortak noktası ise interstisyel akciğer hastalığıdır (İAH). Bu bilgilerin ışığında, kliniğimizdeki BDH olan hastaların akciğer parankiminin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi FTR-Romatoloji Kliniği'nde takip edilen, Akciğer BT görüntüleri ve BDH bulunan [RA (n=59), SSk (n=13), SJS (n=10)] toplam 82 kişi retrospektif olarak planlanan çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: Mevcut çalışmada her üç grup cinsiyet, ortalama yaş, vücut kitle indeksi ve hastalık süresi bakımından benzerdi (p>0,05). Sigara içme öyküsü RA grubunda istatistiksel olarak diğer gruplara göre daha belirgindi (p=0,009). Benzer şekilde romatoid faktör, anti siklik sitrülinize protein, anti nükleer antikor pozitifliği ve C-reaktif protein yüksekliği RA grubunda diğer gruplara göre daha fazlaydı (p=0,001). Hastalar akciğer BT patolojisine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında fark gözlemlenmezken, sırasıyla en sık %43 ve %37 oranla nodül ve non-spesifik interstisyel pnomoni (NSİP), en az %1,2 oranla lenfositik interstisyel pnomoni saptanmıştır. Pulmoner arteryal hipertansiyon ise SSk grubunda daha fazla saptanmıştır (p=0,015) (tablo).

SONUÇ: RA'lı hastalarda yüksek çözünürlüklü BT veya histolojide en yaygın görülen İAH paternleri, olağan interstisyel pnömoni ve NSIP'dir ancak NSİP daha az sıklıkta görülür. İlginç olarak çalışmamızda RA hastalarında literatürün aksine NSİP paterni daha sık gözlenmiştir. Sigara, RA ilişkili İAH için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda sigara içme öyküsü en sık RA hastalarında saptanmış olup akciğer parankiminde fibrozise neden olarak fibrotik NSIP paternini artırmış olabilir. Çalışmamızda saptanan bu farklı sonucu destelemek için hasta sayısının daha fazla ve grupların daha homojen olduğu prospektif dizaynda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bağ doku hastalığı, bilgisayarlı tomografi, interstisyel akciğer hastalığı

TABLO: Hastaların demografik, laboratuvar ve akciğer tomografisi bulguları.

	RA (n=59)	SSK (n=13)	SJS (n=10)	p1	p2	p3	p
Cinsiyet (E/K)	23/26	4/9	0/10	0,580	0,016	0,054	0,052^{X2}
Yaş, yıl (ort±SS)	63.75±10.69	64,23±8,05	65,9±6,15	0,845	0,356	0,985	0,816^{A}
VKI (ort±SS) (kg/cm^2)	26.24±3,78	27,26 ± 4,21	26,29±3,30	0,214	0,258	0,247	0,258^{K}
Sigara içme öyküsü (n, %)	29 (49.2)	1 (7,7)	2 (20)	0,006	0,087	0,385	***0,009***^{X2}
Hastalık süresi, yıl (ort±SS)	11.8±9.76	5,92 ± 4,55	7,21± 3,89	0,078	0,145	0,087	0,098^{K}
RF pozitifliği (n, %)	47 (79.7)	1 (7,7)	4 (40)	0,001	0,008	0,063	***0,001***^{X2}
Anti-CCP pozitifliği (n, %)	46 (78)	0 (0)	0 (0)	0,001	0,001	MD	***0,001***^{X2}
ANA pozitifliği (n, %)	10 (16,9)	11 (84,6)	8 (80)	0,001	0,001	0,772	***0,001***^{X2}
Sedimentasyon (ort±SS) (mm/sa)	37.31±22.96	28,38 ± 10,93	37,50± 19,08	0,125	0,235	0,254	0,312^{K}
CRP (ort±SS) (mg/dL)	25.60±27.09	9,37 ± 10,34	6,99± 3,31	0,006	0,003	0,780	***0,001***^{K}
Akciğerdeki BT Patolojisi (n, %)				0,344	0,691	0,277	0,495^{X2}
NSİP	17 (28,8)	9 (69,2)	4 (40)				
OİP	8 (13,5)	2 (15,4)	1 (10)				
LİP	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)				
Nodül	27 (45,7)	3 (23)	5 (50)				
Efüzyon	6 (10.1)	0 (0)	1 (10)				
Diğer	8 (13,5)	0 (0)	1 (10)				
PAH varlığı (n, %)	0 (0)	2 (15,4)	1 (10)	0,002	0,014	0,704	***0,015***^{X2}

RA: romatoid artrit, **SSK:** sistemik skleroz, **SJS:** Sjogren sendromu, **VKİ**: vücut kitle indeksi, **RF:** romatoid faktör, **CCP:** siklik sitrülinize protein, **ANA:** anti nükleer antikor, **CRP:** C-reaktif protein, **BT:** bilgisayarlı tomografi, **NSİP:** non-spesifik interstisyel pnomoni, **OİP:** olağan interstisyel pnomoni, **LİP:** lenfositik interstisyel pnomoni, **PAH:** pulmoner arteryal hipertansiyon, **MD:** mevcut değil

P1: RA vs. SSK, **P2:** RA vs. SJS, **P3:** SSK vs. SJS, **X²:** Ki-Kare testi, **A:** ANOVA testi, **K:** Kruskal Wallis testi

KAYNAKLAR

1. Olson AL, Brown KK, Fischer A. Connective Tissue Disease–Associated Lung Disease. 2012;32(4):513-536. doi: https://doi.org/10.1016/j.iac.2012.09.002
2. Palmucci S, Galioto F, Fazio G, et al. Clinical and radiological features of lung disorders related to connective-tissue diseases: a pictorial essay. 2022;13(1). doi: https://doi.org/10.1186/s13244-022-01243-2
3. Solomon JJ, Fischer A. Connective Tissue Disease-Associated Interstitial Lung Disease. Journal of Intensive Care Medicine. 2013;30(7):392-400. doi: https://doi.org/10.1177/0885066613516579
4. Matteson EL, Zamora-Legoff JA, Krause ML, Ryu JH, Crowson CS. Comment on: Patterns of interstitial lung disease and mortality in rheumatoid arthritis: reply. Rheumatology. 2017;56(10):1825-1825. doi: https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex299
5. Lee H, Kim DH, Yoo B, et al. Histopathologic Pattern and Clinical Features of Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease. Chest. 2005;127(6):2019-2027. doi: https://doi.org/10.1378/chest.127.6.2019
6. Nurmi HM, Kettunen HP, Sanna-Katja Suoranta, et al. Several high-resolution computed tomography findings associate with survival and clinical features in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease. Respiratory Medicine. 2017;134:24-30. doi: https://doi.org/10.1016/j.rmed.2017.11.013
7. Kronzer VL, Huang W, Dellaripa PF, et al. Lifestyle and Clinical Risk Factors for Incident Rheumatoid Arthritis-associated Interstitial Lung Disease. The Journal of Rheumatology. 2020;48(5):656-663. doi: https://doi.org/10.3899/jrheum.200863

Gut Sadece Artrit midir?

Dr. Meral Bilgilisoy Filiz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği

Gut, monosodyum ürat (MSU) kristallerinin eklem içi birikimiyle oluşan inflamatuar bir artrit türüdür. MSU kristallerinin periartiküler yumuşak dokularda tofüs şeklinde biriktiği yaygın olarak kabul edilirken, ekstra-artiküler bölgelerde birikiminin nadir ve genellikle düşük klinik öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Ancak özellikle çift enerjili bilgisayarlı tomografi (DECT)'in kullanıma girmesi ile, bu kavram değişmektedir.[1]

Son çalışmalar, MSU kristallerinin periferik ve kardiyovasküler birikiminin önceden bilinenden çok daha yaygın olduğunu göstermektedir.[2] Üratın sistemik birikimi ve bunun sonucunda ortaya çıkan kronik enflamasyon, gut ile ilişkili sık görülen komorbiditelerle potansiyel bir bağlantı olabilir. Örneğin, 2007-2008 NHANES araştırması, gut hastalarının %74'ünde hipertansiyon, %71'inde kronik böbrek hastalığı (evre >2), %26'sında diyabet, %14'ünde miyokard enfarktüsü, %11'inde kalp yetmezliği ve %10'unda inme öyküsü olduğunu göstermiştir. Ayrıca, hiperüriseminin şiddeti arttıkça, bu komorbiditelerin prevalansı da artmaktadır.[3] Gut hastalığının böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalık ve metabolik sendrom ile ilişkisi bilinmesine rağmen, nedensel bir bağlantı henüz tam olarak kurulamamıştır. Subkutanöz tofüs varlığının hem kardiyovasküler hem de kardiyovasküler olmayan nedenlerin bağımsız bir belirleyicisi olduğuna dair kanıtlar vardır. DECT ile ölçülen toplam tofüs hacimleri, gut hastalarında Framingham risk skoru ve metabolik sendrom bileşenlerinin sayısı ile anlamlı şekilde korele bulunmuştur. Buna ek olarak, pozitif DECT sonuçları olan hastalar, negatif DECT çalışması olanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek sistolik ve diyastolik kan basıncı, açlık glikoz seviyeleri ve daha yüksek kronik böbrek hastalığı prevalansı göstermiştir.[4]

Maküler dejenerasyon, hipotiroidizm, kanserler, erektil disfonksiyon, sedef hastalığı, nörodejeneratif hastalıklar, obstrüktif uyku apnesi, dev hücreli arterit, gastrointestinal bozukluklar, akciğer hastalıkları, depresyon ve kırıklar dahil olmak üzere bir dizi başka gut komorbiditesi bildirilmiştir.[5] Ayrıca gut hastalığının hem erkeklerde hem de kadınlarda solunum, sindirim ve üriner kanserler de dahil olmak daha yüksek kanser insidansı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.[6]

Sonuç olarak, gut sadece eklemleri etkileyen bir hastalık değil, aynı zamanda sistemik etkileri ve çeşitli organ tutulumları olan ile kompleks bir hastalıktır. Bu nedenle gut hastalarının yönetiminde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli ve eşlik eden komorbiditeler göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar:

1. Khanna P, Johnson RJ, Marder B, LaMoreaux B and Kumar A. Systemic Urate Deposition: An Unrecognized Complication of Gout? *J Clin Med*. 2020; 9.
2. Klauser AS, Halpern EJ, Strobl S, et al. Dual-Energy Computed Tomography Detection of Cardiovascular Monosodium Urate Deposits in Patients With Gout. *JAMA Cardiol*. 2019; 4: 1019-28.
3. Zhu Y, Pandya BJ and Choi HK. Comorbidities of gout and hyperuricemia in the US general population: NHANES 2007-2008. *Am J Med*. 2012; 125: 679-87 e1.
4. Lee KA, Ryu SR, Park SJ, Kim HR and Lee SH. Assessment of cardiovascular risk profile based on measurement of tophus volume in patients with gout. *Clin Rheumatol*. 2018; 37: 1351-8.
5. Asghari KM, Zahmatyar M, Seyedi F, et al. Gout: global epidemiology, risk factors, comorbidities and complications: a narrative review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024; 25: 1047.
6. Xie Y, Xu P, Liu K, et al. Hyperuricemia and gout are associated with cancer incidence and mortality: A meta-analysis based on cohort studies. *J Cell Physiol*. 2019; 234: 14364-76.

FMF'de Genetik ve Klinik Tablolar

Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Ailevi Akdeniz ateşi (AAA) herediter periyodik ateş sendromları arasında ilk tanımlanmış olan ve en yüksek prevalansa sahip olanıdır. Otoinflamasyon ve otoinflamatuvar hastalık terminolojisi ile tanışmamızı sağlayan hastalıktır.[1] Dünyanın her kesiminden vakalar bildirilmekle birlikte hastalık özellikle ülkemizin de aralarında yer aldığı, Doğu Akdeniz havzası toplumlarında görülmektedir. Bu toplumlarda AAA prevalansı 1/500-1/1000 arasında değişmektedir.[2] Bildirilmiş en yüksek prevalans ise 1/395 ile Orta Anadolu'da saptanmıştır. Nüfus ve hastalığın görülme sıklığı göz önüne alındığında dünyamızdaki en çok AAA hastasının ülkemizde olduğu anlaşılacaktır.[3,4]

Otozomal resesif geçiş şekli 1960'lı yıllardan beri bilinmekte olsa da hastalıktan sorumlu olan gen ancak 1997'de tanımlanmıştır. On altıncı kromozomun kısa kolunda bulunan sorumlu genin ve kodladığı proteinin tanımlanması hastalığın patogenezinin çok daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. [1,5] Saptanan gen yaklaşık 14 Kb genomik DNA ve 10 ekzon içeren MEFV genidir. MEFV geni 781 amino asitlik pirin proteinini kodlamaktadır. Pirin inflamozom fonksiyonunda, inflamasyonun ve apopitozun kontrolünde önemli görevlere sahiptir.[2]

Ailevi Akdeniz ateşi otozomal resesif bir hastalık olsa da klinik çalışmalar heterozigot hastaların da klasik AAA kliniği ile prezente olabilmekte olduklarını göstermektedir. Bu durum pseudo-dominant geçişle, epigenetik değişikliklerin etkisiyle , intronların olası etkisi ile açıklanmaya çalışılmıştır. En sık saptanan MEFV mutasyonları ekzon 10 ve ekzon 2 üzerinde tanımlanmışlardır. V726A, M694V, M694I, M680I ve E148Q en sık saptanan mutasyonlar arasında yer almaktadırlar. M694V mutasyonu erken yaşta başlangıç, artrit ve amiloidoz riskinde artış ve daha şiddetli bir seyir ile karakterizedir. E148Q ise klinik önemi belirsiz mutasyonlar arasında yer almaktadır; bir polimorfizm olarak kabul edilmekte ve tek başına bulunmasının klasik AAA kliniği ile ilişkili olmadığı düşünülmektedir.[2,5]

Otoinflamatuvar bir hastalık olan AAA, 1-3 gün süren, kendi kendini sınırlayan, tekrarlayıcı ateş ve poliserozit atakları ile karakterizedir. [2,6] Bu sürenin sonunda atakların spontan şekilde, tam olarak düzelmesi ve ataklar arası dönemde hastaların semptomsuz olması tipiktir. Hastalığın peritonit, plörit, perikardit, orşit, erizipel benzeri eritem gibi bulguları hızla düzelirken artrit ve uzamış febril myalji gibi bulguları çok daha uzun sürebilir.[2]

Ailevi Akdeniz ateşinin en korkulan, hastalığın prognozunu belirleyen komplikasyonu ise amiloidozdur. Kolşisin tedavisinin rutin pratiğe girmesi ile amiloidoz riski belirgin şekilde azalmıştır. Henoch-Schönlein Purpura ve Poliarteritis Nodoza, AAA hastalarında sağlıklı bireylere göre daha sık görülmektedir. Nadir klinik tablolarından birisi olan uzamış febril myalji ateşe eşlik eden şiddetli kas ağrısı ile karakterizedir. Klasik AAA ataklarının aksine bu tablo haftalarca sürebilmektedir.[2,6]

Hastaların bir kısmında tipik ataktan 12-24 saat önce irritabilite, baş dönmesi, tad duyusu değişikliği gibi prodromal sayılabilecek bulgular görülebilir. Hastalık ile ilişkili ilk atak çoğunlukla çocukluk çağında ortaya çıkmakta, hastaların %90 kadarı 20 yaşından önce ataklarının başladığını bildirmektedir. Geç başlangıçlı, daha hafif seyirli vakalar da görülebilmektedir.[2]

KAYNAKLAR:

1) An J, Marwaha A, Laxer RM. Autoinflammatory diseases: a review. J Rheumatol 2024 Sep;51(9): 848-861.
2) Tufan A, Lachmann H. Familial Mediterranean fever, from pathogenesis to treatment: a contemporary review. Turkish Journal of Medical Sciences. 2020; 50: 1591-1610.
3) Ben-Chetrit E, Touitou I. Familial Mediterranean fever in the World. Arthritis Care & Research 2009;61(10):1447-1453.
4) Onen F, Sumer H, Turkay S, Akyurek O, Tunca M, Ozdogan H. Increased frequency of familial Mediterranean fever in Central Anatolia, Turkey. Clin Exp Rheumatol. 2004; 22(4 Suppl 34):31-33.
5) Chae JJ, Aksentijevich I, Kastner DL. Advances in the understanding of familial Mediterranean fever and possibilities for targeted therapy. Br J Haematol. 2009;146(5): 467-478.
6) Ureten K. Ailevi Akdeniz ateşi: Klinik bulgular. Türkiye Klinikleri J Rheumatol-Special Topics. 2017;10(1):13-18.

Ig G4 İlişkili Hastalık Tanıdan Tedaviye

Dr. Rezan Koçak Ulucaköy
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

İmmünglobülin G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH); kitle oluşturan fibroinflamatuvar lezyonlarla ilişkili, tedavi edilmediği takdirde kalıcı organ hasarına neden olabilen, patoloji örneklerinde artmış IgG4 pozitif plazma hücreleri ve fibrozis ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Patofizyolojisi inflamatuar ve fibrotik fazdan oluşur. Her organı/anatomik lokalizasyonu etkileyebilir. Kitle, hipertrofi, organomegali, duvar kalınlaşması şeklinde görülebilir. Sistemik; ama bazen organ sınırlı olabilir. Hastaların %60 ila 90' ında birden fazla organ etkilenir. Genellikle subakut seyirlidir. Konstitüsyonel semptomlar gözlenmez. Alerjik şikayetler sıktır (%40) (IgE ve eozinofil yüksekliği). En sık görülen organ tutulumları ve oranları şöyledir; Otoimmün pankreatit (%60) ,sialadenit (%34), dakriyoadenit (%23), tübülointerstisyel nefrit (%23), periaortit (%20). Tanı; karakteristik histopatolojik bulgular, klinik, serolojik ve radyolojik bulguların kombinasyonu ile konulur. Tedaviye başlanmadan önce hastalığın yaygınlığı ve organ hasarı iyi değerlendirilmelidir. Tüm semptomatik aktif vakalarda ve hayati organlarında hastalığın ilerlediğini gösteren radyolojik veya laboratuvar bulguları olan asemptomatik hastalarda tedavi başlanmalıdır. Glukokortikoidler ilk ve en etkin seçenektir. Günde 30-40mg (0.6 mg/kg/gün) verilmektedir. Yaygın ve relaps riski yüksek hastalıkta veya glukokortikoid yan etki riski yüksek hastada: Rituksimab verilebilmektedir. Mikofenolat mofetil, leflunomid, azatiyoprin de seçenekler arasında yer almaktadır. Refrakter hastalıkta; abatacept (anti-CTLA4), inebilizumab (anti-CD19), elotuzumab (anti-SLAMF7 antikoru), infliksimab, tosilizumab, kalsinörin inhibitörleri (özellikle takrolimus) ve bortezomib (proteaz inhibitörü) denenebilir. ilaçsız remisyon nadir. Takipte, klinik bulgu, radyoloji, IgG4, Ig E, eozinofili, c3,c4 değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Lanzillotta M, Mancuso G, Della-Torre E. Advances in the diagnosis and management of IgG4 related disease. BMJ. 2020;369:m1067.
2. Kamisawa T, Funata N, Hayashi Y, et al. A new clinicopathological entity of IgG4-related autoimmune disease. J Gastroenterol 2003;38:982–4.
3. Inoue D, Yoshida K, Yoneda N, et al. IgG4-related disease: dataset of 235 consecutive patients. Medicine (Baltimore). 2015; 94: e680
4. Umehara, Hisanori, et al. "The 2020 revised comprehensive diagnostic (RCD) criteria for IgG4-RD." *Modern Rheumatology* 31.3 (2021): 529-533.
5. Khosroshahi A, Stone JH. Treatment approaches to IgG4- related systemic disease. Curr Opin Rheumatol. 2011;23:67-71.
6. Akiyama, Mitsuhiro, et al. "Pharmacological Management of IgG4-Related Disease: From Traditional to Mechanism-Based Targeted Therapies." *Drugs & Aging* (2025): 1-16

İnflamatuar Romatizmal Hastalıklarda CAR-T Umut Vadediyor mu?

Dr. Halise Hande Gezer
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD, Romatoloji BD

Otoimmün romatizmal hastalıklar, sistemik lupus eritematozus (SLE), antisentetaz sendromu (ASS), sistemik skleroz (SSc), ANCA ilişkili vaskülit (AAV) ve romatoid artrit (RA) gibi anormal adaptif bağışıklık yanıtları sonucu gelişen, iç organları etkileyerek ciddi morbiditeye yol açan hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan immünsüpresif ilaçlar ve biyolojik DMARD'lar bazı hastalarda yetersiz kalmakta ve ciddi yan etkiler oluşturabilmektedir. Bu durum, hedefe yönelik ve etkili tedavi seçeneklerine olan ihtiyacı doğurmuştur.

CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T cell) tedavisi, başlangıçta hematolojik maligniteler için geliştirilmiş olsa da, son yıllarda otoimmün hastalıklarda da kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle CD19 hedefli CAR-T hücreleri, B hücrelerini doğrudan ortadan kaldırarak otoantikor üretimini baskılamakta ve bağışıklık sisteminin yeniden dengelenmesini sağlamaktadır.

Bu yaklaşım ilk kez 2021 yılında refrakter SLE'li bir kadında uygulanmış, yüksek doz glukokortikoid ve biyolojik ajanlara yanıtsız olan hastada CAR-T sonrası 44 gün içinde tam klinik ve serolojik remisyon sağlanmıştır. Tedavi sonrası hasta yalnızca düşük doz prednizolonla takip edilmiş ve 18 ay boyunca nüks gözlenmemiştir. Bunu izleyen çalışmalarda, farklı otoimmün hastalıklara sahip hastalarda CAR-T tedavisiyle benzer başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle aktif hastalık, yüksek otoantikor düzeyleri ve organ tutulumu olan hastalarda ilaçsız remisyon mümkün olmuştur.

SSc ve ASS gibi diğer hastalıklarda da CAR-T uygulamaları artmaktadır. Yaygın sistemik sklerozlu bir hastada, anti-RNA polimeraz III antikor düzeylerinde ve kardiyak, pulmoner ile kutanöz bulgularda gerileme izlenmiştir. Refrakter ASS hastalarında ise kas gücünde iyileşme ve serum CK düzeylerinde normalleşme gözlenmiştir.

CAR-T tedavisinin en sık komplikasyonu sitokin salınım sendromudur (CRS). Bu durum çoğu vakada hafif-orta düzeydedir ve tocilizumab ve/veya steroid tedavisiyle kontrol altına alınabilmektedir. Nadiren nörolojik toksisite görülebilmekte ancak otoimmün hasta gruplarında bu risk oldukça düşüktür. Bununla birlikte, 2023 yılında FDA tarafından bazı CAR-T hastalarında ikincil T hücreli maligniteler gözlenmesi üzerine kutu içi uyarı yayınlanmıştır. Yine de 35 binden fazla hastada uygulanan bu tedavinin genel güvenlik profili olumludur.

CAR-T hücre tedavisi, özellikle konvansiyonel tedavilere dirençli otoimmün hastalıklarda yeni bir çığır açmaktadır. Erken dönem veriler, CD19 hedefli hücrelerin uzun süreli B hücre baskılanması ve hastalık kontrolü sağladığını göstermektedir. Ancak bu tedavinin yaygınlaşabilmesi için daha fazla hasta sayısıyla, uzun dönemli ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca maliyet, erişilebilirlik ve üretim süreçleri de dikkate alınmalıdır.

Sakroiliak Eklem MRG: Klinik ve Görüntüleme Bulguları

Özgül Soysal Gündüz

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aksiyel spondiloartrit (axSpA), sakroiliak eklemler ve omurgayı tutan kronik inflamatuar bir romatizmal hastalıktır. Erken tanı, uygun tedavi başlanması ve ilerleyici yapısal hasarın önlenmesi kritik önemdedir. Ancak radyografik değişiklikler genellikle yıllar içinde geliştiğinden, konvansiyonel radyografi erken dönemde tanıda yetersiz kalmaktadır.

Spondiloartritler (SpA), inflamatuar bel ağrısı, periferik artrit, entezit ve ekstra-artiküler bulgular ile karakterize heterojen bir hastalık grubudur. Spondiloartrit, aksiyel ve periferik olmak üzere iki ana fenotipe ayrılır. ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society), bu klinik alt tiplerin daha erken tanınabilmesi amacıyla 2009 yılında hem aksiyel hem periferik spondiloartrit için sınıflama kriterleri geliştirmiştir (1).

1. Aksiyel Spondiloartrit için ASAS Sınıflama Kriterleri (2009)

Kapsayıcı kriter: 45 yaş altında başlangıç gösteren ve en az 3 ay süren kronik bel ağrısı.

Aşağıdaki iki yoldan biriyle sınıflama yapılabilir:

A) Görüntüleme kolu:

- Sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntüleme (MRG) veya konvansiyonel grafilerde sakroiliit pozitifliği,
- Ve en az bir SpA özelliği (örneğin, HLA-B27 pozitifliği, üveit, psöriyazis, inflamatuar bel ağrısı, vb.)

B) HLA-B27 kolu:

- HLA-B27 pozitifliği,
- Ve en az iki başka SpA özelliği.

SpA özellikleri:

- İyi NSAİİ yanıtı
- Artrit
- Entezit (topuk bölgesi)
- Üveit
- Daktilit
- Psöriyazis
- Crohn hastalığı veya ülseratif kolit
- Aile öyküsü (birinci derece akrabada SpA)
- Artmış CRP düzeyi

SIE'de yapısal hasar progresyon oranı çok yüksek değildir. Nr-axSpA'lı hastaların yaklaşık %10-40'ı, 2-10 yıllık bir süre içinde r-axSpA geliştirir. 10-15 yıl sonra bile yapısal hasar olmadan kalan axSpA'lı hastalar vardır. Progresyon riski çok yüksek olan hastalar, yüksek inflamatuar aktiviteye sahip ve hastalığın ilk dönemlerinde SIE'lerde yapısal değişikliklerin geliştiği hastalardır. Daha az aktif hastalar ise daha uzun süre radyografik olmayan kalırlar (2).

İnflamatuar Bel Ağrısı (İBA), kronik bel ağrısı olan hastalarda bir dizi klinik özelliği kapsayan bir terimdir:

Başlangıç yaşının 40 yaşın altında olması

Sinsi başlangıç

3 aydan uzun süren ağrı

30 dakikadan uzun süren uzamış sabah tutukluğu

Egzersizle düzelen, dinlenerek geçmeyen gece ağrısı

Yer değiştiren kalça ağrısı

NSAID'e iyi yanıt

İnflamatuar bel ağrısı, axSpA'nın önemli bir semptomu olup, ilk başvuruda hastaların %75'inde, hastalığın seyri sırasında %88'inde mevcuttur. Ancak axSpA, IBA ile başvuran hastalarda tek ayırıcı tanı değildir. IBA'sı olan birinci basamak hastalarında yapılan kesitsel bir çalışmada, axSpA prevalansı düşük, ikinci basamağa yönlendirilen İBA'lı hastalarda bu oran daha yüksek (Seçim yanlılığı/selection bias) bulunmuştur (3).

Bel Ağrısı ve Görüntüleme Endikasyonları

Bel ağrısı, toplumda en sık karşılaşılan kas-iskelet sistemi şikayetlerinden biri olup bireysel, toplumsal ve ekonomik yükü oldukça fazladır. Ancak çoğu olgu benign, kendi kendini sınırlayan bir seyir izlemekte ve ileri görüntüleme yöntemlerine nadiren ihtiyaç duyulmaktadır.

Akut Bel Ağrısında Görüntüleme

Akut bel ağrısı (<4 hafta) olgularının büyük çoğunluğu non-spesifik nedenlere bağlıdır ve herhangi bir görüntüleme gerektirmez. Rutin görüntüleme, yalnızca aşağıdaki "alarm semptomları" (red flags) varlığında endikedir:

- Travma öyküsü
- Malignite öyküsü
- Sistemik semptomlar (ateş, kilo kaybı)
- İleri yaş (>50)
- Osteoporoz varlığı
- Gece ağrısı ve dinlenmeyle artan ağrı
- Progressif nörolojik defisitler (kas gücü kaybı, sfinkter disfonksiyonu)
- Enfeksiyon şüphesi (immünsüpresyon, intravenöz ilaç kullanımı)

Kronik Bel Ağrısında Görüntüleme

Kronik bel ağrısı (>12 hafta) varlığında, görüntüleme endikasyonu klinik bulgulara, fizik muayeneye ve olası inflamatuar ya da yapısal etyolojiye göre belirlenmelidir. İBA kriterlerini karşılayan hastalarda aksiyel spondiloartrit açısından MRG önemli tanı aracı olup, erken dönemde sakroiliit varlığını gösterebilir.

Görüntülemenin Sınırlılıkları

MRG'de her saptanan patoloji klinik olarak anlamlı değildir. Literatürde, asemptomatik bireylerde dahi %22-67 oranında disk hernisi, %21 oranında spinal stenoz ve yüksek oranda dejeneratif değişiklikler bildirilmektedir. Bu nedenle görüntüleme bulgularının hastanın klinik tablosu ile korelasyonu büyük önem taşır.

Kılavuz Önerileri ve Klinik Yaklaşım

- **Akut non-spesifik bel ağrısı**: İlk 4 hafta içinde görüntüleme önerilmez.
- **Kronik bel ağrısı**: Alarm bulgusu veya inflamatuar ağrı özellikleri varsa görüntüleme (özellikle MRG) yapılmalıdır.
- **Spesifik nedenli bel ağrısı şüphesi** (örneğin, enfeksiyon, tümör, fraktür): MRG ilk tercih olmalıdır.
- **Nörolojik defisit**: Şiddetli motor kayıp ya da kauda equina sendromu şüphesi varsa acil MRG endikedir

Her Gördüğümüz Kemik İliği Ödemi Sakroiliit midir?
Sakroiliit tanısında zorluklar

Mekanik değişiklikler /Osteoartrit

Osteokondensans ilii ve post-partum değişiklikler

Anatomik varyasyonlar (dismorfik SİE, aksesuar SİE)

Yetersizlik fraktürleri

Enfeksiyöz sakroiliit

MRG artefaktları

Kaynaklar

1. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection [published correction appears in Ann Rheum Dis 2019;78:e59]. Ann Rheum Dis 2009;68:777-83
2. EL OUALI, Zakaria; GOSSEC, Laure. Challenges in interpreting sacroiliac magnetic resonance imaging for the diagnosis of axial spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*, 2023, 90.1: 105470.
3. HAMILTON, Louise, et al. The prevalence of axial spondyloarthritis in the UK: a cross-sectional cohort study. *BMC musculoskeletal disorders*, 2015, 16: 1-5.

Kardiyovasküler Komorbidite

Dr Sevilay BATIBAY
Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi
Romatoloji Kliniği

- Genel nüfusa kıyasla risk daha yüksek
- Geleneksel risk faktörleri ile yeterince açıklanamıyor
    - Kronik inflamasyon, hastalık spesifik faktörler, tedavi ajanlarının etkileri
- KVH teşhisi genellikle birkaç faktör nedeniyle zor
    - Asemptomatik / atipik belirtiler
    - Göğüs ağrısının KVS yerine kas-iskelet sistemine ait olarak yorumlanması
    - Geleneksel KVR faktörlerine sahip olmayan (özellikle genç ve/veya kadınlarda) hastalarda KVH için düşük şüphe seviyesi

Kardiyovasküler Risk Tahmin Modelleri

- Framingham Risk Score
    - Yaş, Cinsiyet, Total kolesterol, HDL, Sigara, SKB, Antihipertansif kullanımı
    - 10 yıllık koroner kalp hastalığı riski
- Reynolds Risk Score
    - CRP seviyelerini içeren bir KVR tahmin modeli
    - Ailede erken KVH öyküsü
    - Ancak, yüksek dereceli CRP seviyelerini kapsamamaktadır
- QRISK®2
    - RA bağımsız bir risk faktörü olarak algoritmaya dahil edilmiştir.
- QRISK®3
    - + SLE ve Psöriyatik artrit
    - Steroid kullanımı
- SCORE (Systemic COronary Risk Evaluation)
    - Yaş, cinsiyet, sigara, SKB, Total kolesterol
- RA, SLE ve PsA gibi hastalıklarda standart KVR modelleri yetersiz kalabilir
- Mümkünse QRISK3 gibi inflamatuar hastalıkları kapsayan modeller kullanılmalı
- Değilse, mevcut SCORE modeli modifiye edilmelidir
  (risk x 1.5 gibi)

Subklinik KVH tespit etmek için

- İntima-media kalınlığı (IMT) ve plak varlığı için karotis arterler USG
- Koroner aterlerde kalsiyum yükü ölçümü için elektron beam BT
- Arteriyel sertlik için nabız dalga hızı (pulse wave velocity)

Karotis ultrasonografisi

- Karotis aterosklerozunun varlığı koroner ateroskleroz için bir belirteç olarak kullanılabilir
- 2012 ESC kılavuzlarında karotis plaklarının varlığı KVH ile eşdeğer
- Karotis ultrasonografisinin eklenmesi KVR değerlendirmesini iyileştirebilir

Genetik faktörler, inflamasyon göstergeleri, immünolojik göstergeler ve endotel fonksiyonunu belirten göstergeler

- Sitokin reseptörü osteoprotegerin düzeyleri
    - RA'da KVH varlığı ile ilişkili
- Angiopoietin-2
    - Endotel fonksiyonunun başka bir göstergesidir ve RA'da KVH ile korele
- Pro-BNP
- Serum ürik asit düzeyleri
    - HT, böbrek fonksiyon bozukluğu ve KVH ile ilişkili
- Mikroalbuminüri ve ortalama trombosit hacmi

    - RA hastalarında HT ile ilişkili
- Ancak bu faktörlerin KVR tahminindeki faydası bilinmemektedir
- NT pro-BNP, CRP ve Troponin I kombinasyonunun eklenmesi, geleneksel risk faktörü modeline kıyasla 10 yıllık risk tahminini iyileştirmekte

KARDİOVASKÜLER RİSK YÖNETİMİ

- Hastalık aktivitesinin kontrolü
    - Erken tanı
    - Antiromatizmal tedavi
        - DMARD
        - bDMARD
        - NSAİİ
        - GK
- Risk faktörlerinin non-farmakolojik yönetimi
    - Sigara bırakma
    - Fiziksel aktivite
    - Sağlıklı beslenme
- Risk faktörlerinin farmakolojik yönetimi
        - Statinler

4. Antihipertansifler

SÖZEL BİLDİRİ ÖZET METİNLER

[Abstract:0083]

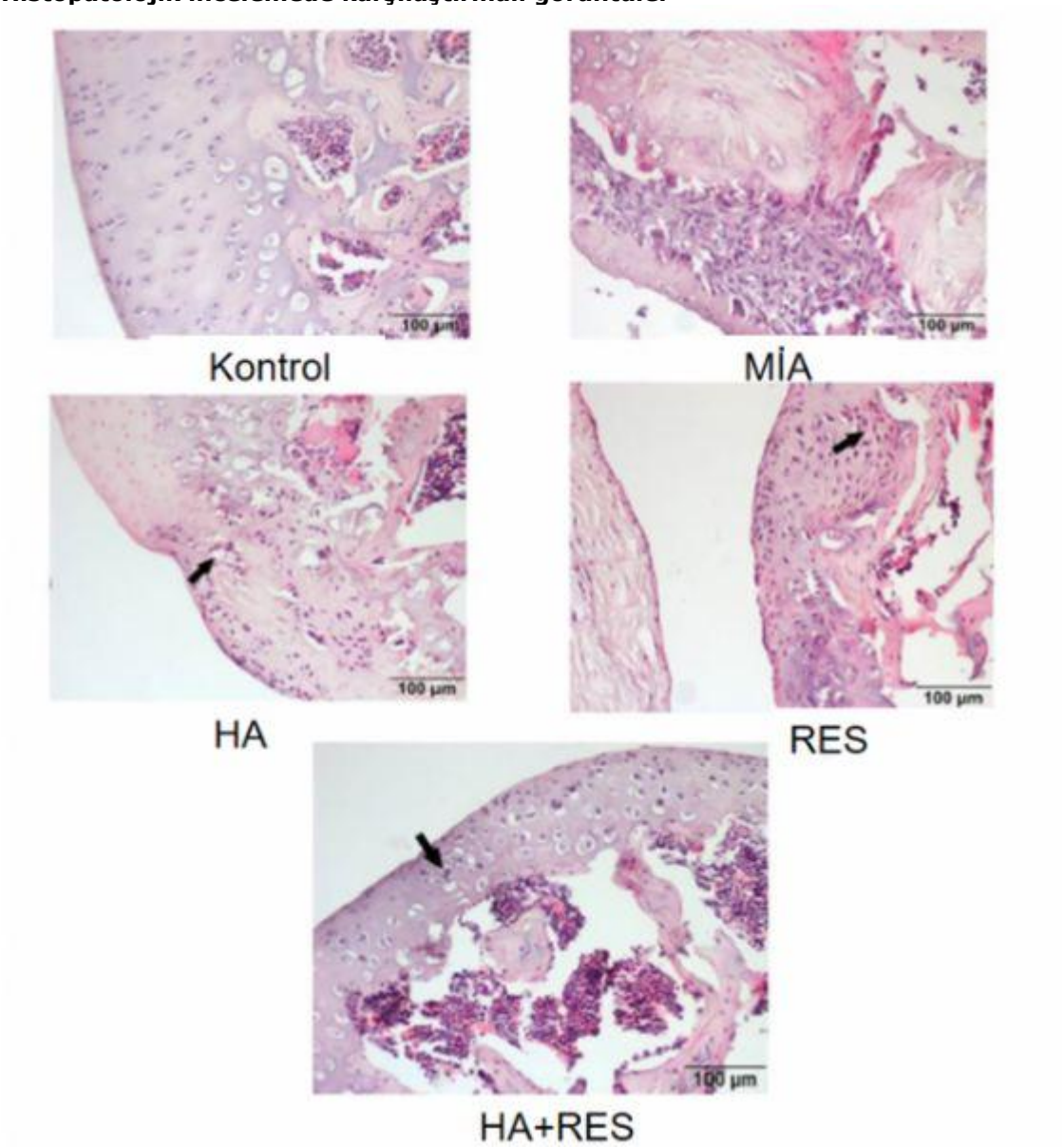
Resveratrol ve hyaluronik asitin ratlarda oluşturulan deneysel osteoartrit modelinde tedavi edici etkinliğinin değerlendirilmesi

Ömer Faruk Çelik[1], Barış Nacır[2], Nadide Koca[2], Gökhan Koca[2], Nihat Yumuşak[3]
[1]Pursaklar Devlet Hastanesi
[2]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Harran Üniversitesi

Amaç: Deneysel osteoartrit modeli oluşturulan ratlarda resveratrol(RES) ve hyaluronik asitin(HA) birlikte ve ayrı ayrı kullanımlarının kondrosit ve subkondral kemik doku ile sinovyal sıvıdaki enflamatuar sistem üzerindeki tedavi edici etkinliğin histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak değerlendirilmesi amaçlandı.
Gereç-Yöntem: Çalışmamızda her grupta 10 adet olmak üzere toplam 50 adet 8 haftalık 250-300 mg ağırlığında Wistar Albino türü ratlar kullanıldı. Osteoartrit modeli intraartiküler olarak uygulanan 3 mg monosodyum iyodoasetat(MIA) ile oluşturuldu. Ratlar; Grup 1; kontrol grubunda oral dimetil sülfoksit ve eklem içi serum fizyolojik uygulanan, Grup 2; sadece MİA uygulanan, Grup 3; MİA + oral 10 mg/kg gün RES alan, Grup 4; MİA+ haftada 1 kez 3 hafta boyunca eklem içine 30 µl HA uygulanan, Grup 5; MİA + oral 10 mg/kg gün resveratrol + haftada 1 kez 3 hafta boyunca eklem içine 30 µl HA uygulanan olmak üzere 5 gruba ayrıldı. 4. hafta sonunda ratlar histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirme yapılmak üzere sakrifiye edildi. Histopatolojik değerlendirme için Mankin ve OARSI skorlama sistemi kullanıldı. İmmünohistokimyasal olarak TNF-a, IL-1, IL-6, MMP-2 ve MMP-9 değerlendirildi.
Bulgular: MİA grubunda, kontrol grubuna kıyasla Mankin ve OARSI skorları ile TNF-a, IL-1, IL-6, MMP-2 ve MMP-9 gibi enflamatuar mediatörlerin istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Histopatolojik olarak RES, HA ve RES+HA gruplarında eklem kıkırdak dokusunda dejenerasyonların izlendiği ancak MİA grubuna göre daha hafif seyrettiği gözlemlendi. Resveratrol, Hyaluronik Asit ve Resveratrol+Hyaluronik Asit uygulanan tedavi grupları içinde Mankin ve OARSI skorları ile TNF-a, IL-1, IL-6, MMP-2 ve MMP-9 gibi enflamatuar mediatörlerde MİA grubuna kıyasla anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($p<0.001$).
Sonuç: Yaptığımız çalışma ile MİA ile ratlarda oluşturulan OA modelinde kullanılan RES'in HA'ya göre sinovyal enflamasyonda daha fazla gerilemeye yol açtığını kemik ve kıkırdak doku üzerindeki etkinliğin benzer olduğunu ancak birlikte kullanımlarında sinovyal enflamasyonda ayrı ayrı kullanımlarına göre daha fazla azalma olduğunu, subkondral kemik ve kıkırdak doku üzerinde belirgin iyileşme sağladığını saptadık.

Anahtar Kelimeler: Hyaluronik asit, Osteoartritte modifiye edici tedavi, Ratlarda, osteoartrit modeli, Resveratrol

Histopatolojik incelemede karşılaştırmalı görüntüler



Kontrol grubunun, MIA uygulama sonrası değişimi ile tedavi edici etkinliğin karşılaştırıldığı RES ve HA uygulanması sonrası değişimin karşılaştırılması

Gruplar arası Kıkırdak ve kemik yıkımı ile enflamasyon değişiminin sayısal karşılaştırılaması

	KONTROL	MIA	HA	RES	HA+RES
Kıkırdak ve Kemik Yıkımı	0	4	2	2	1
Enflamasyon	0	4	3	2	0.5

Gruplar arasında sayısal olarak immünohistokimyasal ve histopatolojik değişim karşılaştırılması (0 en az 4 en fazla etkilenimin olduğu değeri yansıtmaktadır)

[Abstract:0087]

Romatolojik Hastalığa Sahip Kadınlarda Kontrasepsiyon ve Gebelik

Oznur Kutluk
Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji

Romatolojik hastalığa sahip kadınlarda etkili doğum kontrolü hem hastalık ve gebelik sonuçları hem de ilaç kullanımına bağlı risklerden korunmak için önemlidir. Bu çalışmada; kadın hastaların kontrasepsiyon yöntemleri hakkındaki bilgileri ve ne kadar etkin kullandıklarını belirlemek amaçlanmıştır Çalışmaya 11 romatoid artrit (RA), 10 ankilozan spondilit (AS), 10 sistemik lupus eritematozus (SLE) tanılı 31 kadın hasta alındı. 17 hasta hidroksikolorokin sülfat (Hql) (7 RA, 10 SLE), 10 hasta metotreksat (MTX) (RA), 11 hasta tümör nekrozis faktör alfa inhibitörü (TNFi) (10 AS, 1 RA), 4 hasta azatioprin (AZA) (4 SLE), 2 hasta mikofenolat mofetil (2MMF) kullanıyordu. En çok kullanılan doğum kontrol yöntemi 12 hasta (%38.7) ile geri çekme yöntemi idi. Hastaların 11'i (%35.5) prezervatif, 4'ü (%12.9) rahim içi araç (RİA) kullanırken, 3 (%9.7) kişi tüp ligasyon cerrahisi, 1 hastanın eşi ise vazektomi cerrahisi olmuştu. Hastaların 19'unda tüm canlı doğumlar romatolojik hastalık tanısından önce, 12'sinde ise sonra gerçekleşmişti. 12 hastanın 5'i SLE, 4'ü AS, 3'ü RA idi. 5 SLE hastasının tamamı gebeliği boyunca 400 mg/gün Hql kullanmıştı, 4 gebeliğin sonucu normalken, 1 gebe son trimesterde hipertansiyonu olması nedeniyle 36 haftalık erken doğum yapmıştı. 4 AS hastası gebelikleri boyunca aralıklı nonsteroid antienflamatuar ilaçlar (NSAİİ) kullandıklarını ifade etti. 1 AS hastasının doğumu ölü doğum olarak sonlanmışken diğer AS hastalarının gebelik sonuçları normaldi. 3 RA tanılı hastasının tamamı gebelikleri boyunca sülfasalazin (SLZ) kullanmıştı, hepsinin gebelik sonuçları normaldi. Hastalara kullanılan ilaçların gebelikle olan uyumları soruldu, 10 MTX hastası; 5 bilmiyorum, 5 uyumsuz; 11 TNFi hastası; 5 bilmiyorum, 4 uyumlu, 2 uyumsuz cevabı verdi. Daha önce doğum kontrolü ile ilgili eğitim aldınız mı sorusuna, 9 hasta hiç almadığını, 19 hasta sağlık ocağında ebe tarafından, 3 hasta ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından bilgilendirildiğini ifade etti. Hastaların çoğunun kullandığı kontrasepsiyon yönteminin güvenilir olmadığı, hastaların kontrasepsiyon ve medikal tedaviler konusunda daha etkin bilgilendirilmeleri gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: gebelik, kontrasepsiyon, romatolojik hastalık

[Abstract:0093]

Lateral Epikondilitli Hastalarda Bandaj veya Bandaj Ve Fiziksel Tedavinin Karşılaştırılması

Ceyhun Bıcılıoğlu
Celal Bayar Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Manisa

Giriş-Amaç: Lateral epikondilit(LE),genellikle elin aşırı kullanımına bağlı olarak ekstansör kas tendon orjinlerinde ağrıya neden olan bir rahatsızlıktır. Genellikle dominant kol etkilenir ve nadiren bilateral olarak ortaya çıkar. kavrama,bükme,ağır taşıma aktiviteleri ile dirsek ekstansör kasların yapışma yerlerinde ağrı ile kendini gösterir(1).Bandaj,fizik tedavi modiliteleri,egzersiz ve enjeksiyonlar uygulamaları ile enflamasyon ve hassasiyetin azaltılması ile hastanın fonksiyonlarında düzelme amaçlanır(2,3,4).Biz egzersiz,bandaj ve egzersiz,bandaj,fizik tedavi uygulamalarının tedavideki etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.
Yöntem: Öykü ve fizik muayene bulguları ile LE tanısı alan toplam 21 hastanın 21 dirseği dahil edilmiştir.Hastalar hissettikleri ağrı değerlendirmesi,LE'e özel testler,dirsek ve el bilek eklem hareket açıklığı ölçümü,jamar dinamometre ile dirsek fleksiyonda ve ekstansiyonda ağrısız ve maksimum el bilek kavrama gücü ölçümü ile değerlendirildi.Olgular iki tedavi grubuna randomize edildi.Kombine tedavi grubuna: LE bandajı ve fiziksel tedavi modaliteleri(ultrason, whirpool,TENS),egzersiz;bandaj grubuna:LE bandajı,egzersiz tedavileri uygulandı. hastalar tedavi başlangıcında tedavi sonrası birinci ayda ve ikinci ayda tekrar değerlendirildi.Verilerin istatistiksel analizi SPSS kullanılarak yapılmıştır. Olguların karşılaştırmasında Mann-Whitney-U ve Wilcoxon testi kullanılmıştır.
Bulgular: Çalışmamız sonucunda her iki tedavi yönteminin LE tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir.Gruplar kendi aralarında değerlendirildiğinde kavrama gücünde kombine tedavi grubunda daha iyi sonuçlar elde edilmiştir.Fonksiyon açısından bandaj grubunda ikinci ayda anlamlı iyileşme yoktur.Hastaların hissettikleri ağrı açısından bakılırsa kombinasyon tedavisinde ilk ay izlemde hasta memnuniyeti daha fazlaydı.Kısa dönem sonuçlarına bakıldığında kombine tedavi grubunda özellikle hasta memnuniyeti açısından daha iyi olduğu gözlenmiştir.
Tartışma ve Sonuç: Başlangıçta hafif ağrısı bulunan ve dirsek fonksiyonları hafif etkilenmiş hastalarda LE bandajı,egzersiz,hareket modifikasyonu yeterli olacaktır.Ciddi ağrıları bulunan,hayat kalitesi bozulan ve spor ile aktif olarak uğraşan hastalarda kombinasyon tedavisi daha uygun görünmektedir Çalışmamızın kısıtlayıcı faktörleri:hasta sayısının azlığı,izlem süresinin kısalığıdır.Litaretürde fizik tedavinin kısa dönem sonuçlarının daha iyi olduğu uzun dönemde ise aralarında fark olmadığını göstermiştir.Bu açıdan çalışmanın uzun dönem sonuçlarına bakılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: lateral epikondilit, bandaj, fiziksel tedavi

[Abstract:0100]

Diz osteoatrit tanılı hastalarda kısa dalga diatermi ile yüksek yoğunluklu lazer tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması

Zafer Ceyhan[1], Şahika Burcu Karaca[2]
[1]Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastalıkları Hastanesi
[2]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ftr Ana Bilim Dalı

Amaç: Bu çalışmanın amacı yüksek yoğunluklu lazer tedavisi ile kısa dalga diatermi tedavisinin diz osteoartritli hastalarda ağrı, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesine olan etkilerini araştırmak ve bu modalitelerin etkinliklerini karşılaştırmaktır.
Gereç-Yöntem: Kırıkkale üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran radyolojik olarak Kellgren-Lawrence evre 2 ve 3 primer diz osteoartrit tanılı ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 60 hasta çalışmaya alındı. Hastalar randomize olarak 2 gruba ayrıldı. Birinci gruba 2 hafta süre ile haftada 5 gün, toplam 10 seans yüksek yoğunluklu lazer tedavisi (HILT) ve egzersiz, ikinci gruba 2 hafta süre ile haftada 5 gün toplam 10 seans kısa dalga diatermi (KDD) tedavisi ve egzersiz uygulandı. Hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrası Visüel Analog Skala (VAS) ağrı, Western Ontario ve Mcmaster Üniversiteleri Osteoartrit İndeksi (WOMAC), Zamanlı Kalk ve Yürü Testi, Merdiven İnip Çıkma Testi, 30 Saniye Kalk Otur Testi, 40 Metre Hızlı Tempo Yürüme Testi ve Short form 36 (SF-36) testleri ile değerlendirildi. $P<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.
Bulgular: HILT grubunda tedavi öncesi ve sonrası tüm testlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. KDD grubunda ise 30 saniye otur-kalk, 40 metre hızlı tempo yürüme testi hariç tüm testlerde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. HILT merdiven inip-çıkma testi ve 40 metre hızlı tempo yürüme testi hariç tüm testlerde tedavi öncesi- sonrası değişimler açısından KDD'ye göre daha etkili bulundu.
Sonuç: Her iki gruba uygulanan tedavilerin kısa dönemde etkili olduğu görülmekle beraber; ağrı, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine HILT'in daha etkili olduğu saptanmıştır. Evre 2-3 diz osteoartritli hastalarda HILT öncelikli olarak tedavi planında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartriti, yüksek yoğunluklu lazer tedavisi, Kısa dalga diatermi, WOMAC, SF-36

[Abstract:0101]

Nonspesifik Boyun Ağrısı Olan Bireylerde Fokal Vibrasyon Terapisi Etkili midir?

Figen Dağ[1], Pınar Müge Altınkaya[2], Orhan Güvener[2], Melek Sezgin[2]
[1]Mersin Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Mersin
[2]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Mersin

Amaç: Boyun ağrısı olan hastalarda fokal vibrasyon tedavisinin (FVT) etkinliğini araştırmak. Yöntem: Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki 50 öğrenciye (18-30 yaş) Boyun Özürlülük İndeksi (BÖİ) uygulanarak boyun ağrısı saptanan 13 öğrenci çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan hastalara 1 hafta boyunca toplam 5 seans (150 Hz frekans ile ve 15 dakika) olacak şekilde FVT (V-Plus Wintecare SA, Chiasso, Switzerland) uygulandı. Tedavi öncesi (T0), tedaviden bir gün sonra (T1) ve tedavi bitiminde (T2) ağrı durumları görsel analog skala (VAS) ile basınç ağrı eşikleri ise mekanik algometre (TORZ MEDICAL Operating Manual Digital Force Measurement Unit Version 5.0) ile değerlendirildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil olan 13 öğrencinin 6'sı (%46.2) erkek, 7 'si (%53.8) kadın olup, yaş ortalaması 23.07±1.11 yıldı. Tedaviden bir gün sonraki ve tedavi bitimindeki VAS ağrı skorları, tedavi öncesi skorlardan istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (T0: 4,69±0.85, T1:3.92±0.76, T2:2.53±1.12, T0-T1 için p=0.002, T0-T2 için; p=<0.001). Ayrıca tedavi bitimindeki VAS ağrı skorları tedaviden bir gün sonraki ağrı skorlarına göre daha düşüktü (T1-T2 için, p=<0.001). Bununla birlikte, tedaviden bir gün sonraki ve tedavi bitimindeki ağrı eşiği değerleri tedavi öncesi değerlerden istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (T0: 12.15±3.68, T1:13.38±4.07, T2:16.37±4.30, T0-T1 için p=0.007, T0-T2 için; p=<0.001). Ayrıca tedavi bitimindeki ağrı eşiği değerleri tedaviden bir gün sonraki değerlere göre daha yüksekti (T1-T2 için, p=0.001).
Sonuç: Bu veriler, FVT'nin boyun ağrısı olan bireylerde hem ilk uygulama sonrası hem de 5 seans uygulama sonrasında ağrı ve ağrı eşiği üzerinde iyileşme sağladığını göstermiştir. Bununla birlikte FVT'nin uzun dönem etkinliği açısından daha çok sayıda hasta içeren randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Boyun ağrısı, basınç ağrı eşiği, fokal vibrasyon tedavi

[Abstract:0102]

Psöriatik artrit tanılı hastalarda fibromiyalji, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi

Berivan Çoban Tekbaran, Murat Toprak, Server İlter
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), periferal ve aksiyel tutulum ile seyreden; entezit, daktilit, cilt ve tırnak tutulumuna neden olan heterojen bir hastalıktır. Çalışmamızın amacı PsA tanılı hastalarda fibromiyalji, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi ile ilişkisini değerlendirmektir.
Yöntem: Çalışmamıza "Psöriatik Artrit Sınıflandırma Kriterlerine" (CASPAR) uyan, 18 yaş ve üstü, gebe olmayan, ek romatolojik hastalığı olmayan, 36 PsA hastası (22 Kadın, 14 Erkek, ortalama yaş: 38,22; yaş aralığı:18-77) dahil edildi. Hastaların yaşı, demografik bilgileri ve hastalığa ait verileri kaydedildi. Hastalara fibromiyalji taraması için "Fibromiyalji Hızlı Tarama Testi" (FiRST), yaşam kalitesi değerlendirilmesi için "Psöriatik Artrite Spesifik Yaşam Kalitesi Aracı" (PsAQoL), yorgunluk değerlendirilmesi için "Kronik Hastalık Terapisinin İşlevsel Değerlendirmesi Ölçeği" (FACİT), anksiyete ve depresyon için "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" (HADÖ) skorları hesaplandı. Hastalık aktivitesi için "Psöriatik Artritte Hastalık Aktivite İndeksi" (DAPSA) skoru hesaplandı.Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alındı ve hesaplamalar için SPSS (versiyon 21.0) istatistik paket programı kullanıldı.
Bulgular: Hastaların DAPSA skoruna göre Grup-1: DAPSA<28 (remisyon-düşük düzey-orta düzey hastalık aktivitesi), Grup-2: DAPSA≧28 (yüksek hastalık aktivitesi) olarak iki grup oluşturuldu. Oluşturulan gruplara göre tek yönlü varyant analizi tablosu düzenlendi (Tablo-1). DAPSA skoru ile diğer skorlar arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanarak Tablo-2 oluşturuldu. DAPSA skoru ile FIRST skoru (r: 0.585; p<0,01), FACIT skoru (r: 0.548; p<0,01) ve PsAQoL skoru (r: 0.518; p<0,01) arasında anlamlı korelasyon vardı. DAPSA ile HDAÖ Anksiyete (p>0.05) ve Depresyon (p>0.05) Skoru ile anlamlı korelasyon saptanmadı. Her ne kadar DAPSA ile HDAÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmasa da 1.gruptaki hastaların Anksiyete ve Depresyon skorlarının ortalaması 2.gruptaki hastaların ortalamasından daha düşük kaydedildi.
Sonuç: PsA'da fibromiyalji, yorgunluk ve yaşam kalitesinin; yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu hastalara multidisipliner yaklaşılması gerektiği görüşüne varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, depresyon, fibromiyalji, psöriatik artrit, DAPSA

TABLO-1

		N	Ort.n	Std. Sap.	Min.	Maks.	p
FIRST SKORU	1	18	2,44	1,617	0	6	0,022
	2	18	3,89	1,967	1	6	
	Total	36	3,17	1,920	0	6	
FACIT SKORU	1	18	21,39	7,097	9	34	0,046
	2	18	25,83	5,721	16	35	
	Total	36	23,61	6,741	9	35	
HDAÖ Anksiyete Skoru	1	18	7,33	1,970	3	11	0,197
	2	18	8,28	2,321	5	12	
	Total	36	7,81	2,175	3	12	
HDAÖ Depresyon Skoru	1	18	6,72	3,102	2	13	0,088
	2	18	8,39	2,570	4	13	
	Total	36	7,56	2,932	2	13	
PsAQoL.Skoru	1	18	5,17	4,515	1	17	0,036
	2	18	9,44	6,989	1	20	
	Total	36	7,31	6,191	1	20	

TABLO-2

	FIRST SKORU	FACIT SKORU	HDAÖ Anksiyete Skoru	HDAÖ Depresyon Skoru	PsAQoL	DAPSA
FIRST SKORU	1					
FACIT SKORU	0,553**	1				
HDAÖ Anksiyete Skoru	0,480**	0,447**	1			
HDAÖ Depresyon Skoru	0,349*	0,500**	0,407*	1		
PsAQoL	0,599**	0,574**	0,497**	0,379*	1	
DAPSA	0,585**	0,548**	0,346*	0,369*	0,518**	1

**: p<0.05; **:p<0.01*

[Abstract:0103]

Can lumbar magnetic resonance imaging be used to predict osteoporosis in men?

Pınar Özge Başaran[1], Mehmet Büyükşireci[2]
[1]Hitit University, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Çorum
[2]Medicana International Samsun, Department of Radiology, Samsun

Background: This study aims to compare the findings of Dual Energy X-ray absorptiometry (DXA) and magnetic resonance imaging (MRI) in male patients and investigate MRI's effectiveness in diagnosing osteoporosis.
Methods: This prospective, controlled study included 26 men diagnosed with osteoporosis by DXA and 26 men without osteoporosis, all of whom underwent lumbar MRI within the past six months, with sagittal T1-weighted images (T1WI). A novel quantitative approach utilizing T1WI images for signal-to-noise ratio (SNR) measurements of lumbar vertebrae 1–4 (L1–L4) and M-scores derived from these SNR values has been calculated and the relationship with DXA T scores was investigated.
Results: In men with osteoporosis, the average vertebra SNR values were found as follows: L1 vertebra 78.30 (18.16-185.98), L2 vertebra 77.47 (16.64-152.12), L3 vertebra 65.15 (16.34-151.72), L4 vertebra 63.53 (15.02-151.52), and the average of L1-L4 vertebrae was 72.54 (16.49-161.24). Compared to the control group, all values were statistically significant. The M value was measured as 1.66 (0.98-5.86) in men with osteoporosis, while it was 0.77 (0.88-1.06) in the control group (p: 0.018). In male patients with osteoporosis, the M score was found to be negatively correlated with the DXA values of the L1-L4 lumbar vertebrae (r: -0.408, p:0,029). The optimal predictive value for the M score average was 0.38. with a sensitivity of %69.2 and specificity of %73.1
Conclusion: The M score can be used as a screening method for osteoporosis in male patients for early diagnosis and treatment of high-risk patients before serious complications develop without additional radiation.

Keywords: magnetic resonance imaging, Dual Energy X-ray absorptiometry, osteoporosis, men

Characteristics of the groups

	Patient Group n = 26	Control Group n = 26	p value
Age (years)	67 (53-73.25)	62.5 (51-76)	0.942
Height (cm)	165.12±6.41	166.85±7.46	0.374
Weight (kg)	70.58±9.36	75.15±8.1	0.066
Body Mass Index (cm2/kg)	25.89±3.12	27.02±2.7	0.171
Smoking	13(50%)	6 (23.1%)	0.083
Alcohol Use	7 (26.9%)	5 (19.2%)	0.743
Lomber L1-L4 T Score	-3 (-3.42—2.7)	0.1 (-0.95-0.82)	<0.001
Femoral Neck T Score	-2.55 (-2.62—2.5)	0.3 (-0.72-0.7)	<0.001
FRAX Major	7 (4.95-9.3)	2.85 (2.2-3.4)	<0.001
FRAX Hip	2.8 (1.7-6)	0.5 (0.2-0.8)	<0.001

Fracture Risk Assessment Tool (FRAX), L1-L4 (Lomber vertebrae), p-value of less than 0.05 was considered statistically significant

[Abstract:0104]

Psöriatik Artritli Biyolojik İlaç Alan ve Almayan Hastaların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Latif Tosun, Selda Çiftci İnceoğlu, Kadriye Banu Kuran
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı, psöriatik artrit (PsA) nedeniyle takipli hastaların klinik özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.
Metod: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğinin Romatoloji özel polikliniğinden PsA nedeniyle takipli hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar biyolojik tedavi alan ve almayanlar olarak 2 gruba ayrıldı. Yaş, cinsiyet, hastalık süresi ve eklem dışı bulguların varlığı açısından karşılaştırıldı.
Bulgular: Çalışmaya toplamda 36 hasta dahil edildi.Çalışmaya dahil edilen hastaların 25(%69,4) i biyolojik tedavi alıyordu.Biyoloji tedavi alan hastaların yaşları ortalama 50,84±11,43 yıl iken, almayan grubun yaş ortalaması 56,91±9,88 yıldı. Biyolojik tedavi alanların hastalık süresinin ortancası 9 (IQR=10,0) yıl iken, almayan grubun ortancası 5 (IQR=5,5) yıldı. Biyolojik tedavi alan hastaların 17 (%68) sinin tek biyolojik ilaç kullanım öyküsü varken, 8 (%32) inin birden fazla biyolojik ilaç kullanım öyküsü vardı.Tek biyolojik ilaç kullanım öyküsü olan hastaların 5 (%29,4) i sekukinumab, 4 (%23,5) ü adalimumab, 3 (%17,6) ü sertolizumab pegol, 2 (%11,8) si etanarsept, 2 (%11,8) si infliksimab ve 1 (%5,9) i de golimumab kullanıyordu. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve hastalık süresi açısından anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0,136; p=1,000; p=0,073). Gruplar entezit açısından karşılaştırıldığında, biyolojik tedavi alanlarda anlamlı olarak daha yüksek entezit saptandı (p< 0,001). Üveit, psöriasis, inflamatuar barsak hastalığı, daktilit ve tırnak değişikliği açısından ise gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).
Sonuç: Biyolojik tedavi alan ve almayan PsA'lı hastaların entezit dışında klinik özellikleri arasında anlamlı farklılık saptanmaması, çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az olmasına bağlı olabilir. Daha fazla hastanın dahil edildiği çalışmaların, biyolojik tedavi alanlar ve almayanlar arasında klinik özellikler açısından farklılığın ortaya konmasında daha faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: : biyolojik tedavi, psöriatik artrit, entezit

[Abstract:0105]

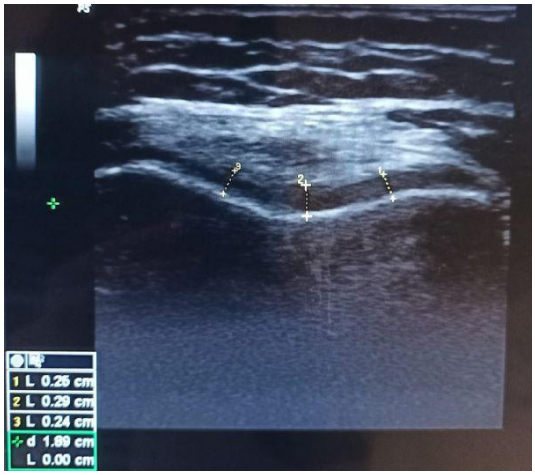
Tüm Vücut Vibrasyon Eğitiminin Diz Osteoartriti Olan Hastalar Ve Sağlıklı Bireylerde Femoral Kıkırdak Kalınlığı Üzerine Etkisi

Merve Arbay Çeltek[1], Hasan Çeltek[2], Necmettin Yıldız[1], Hakan Alkan[1]
[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Denizli
[2]Denizli Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Denizli

Amaç: Diz osteoartriti (OA) olan hastalarda tüm vücut vibrasyon (TVV) eğitiminin femoral kıkırdak kalınlığı üzerine olan etkisiyle, diz OA'sı olmayan sağlıklı gönüllülerde TVV eğitiminin femoral kıkırdak kalınlığı üzerine olan etkisini karşılaştırmayı hedefledik.
Materyal-Metod: Çalışmaya Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) göre Diz OA tanılı 30 hasta ve yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 30 sağlıklı birey alındı. Her iki gruba da tek seans TVV (Power Plate) eğitimi verildi. TVV eğitimi 40Hz. frekaslarında, 2mm amplitüd gücünde uygulandı. Her iki gruba da Squat- deep squat- wide stance squat- hamstring germe egzersizleri; her bir egzersiz 30sn egzersiz, 15sn dinlenme olarak 5 tekrar şeklinde uygulandı. Femoral kıkırdak kalınlığı ölçümü TVV eğitiminden hemen önce ve bittikten sonra 2 dakika içinde ultrasonografi(USG)(General Electric LOGIQ P5, Wauwatosa, WI, USA) ile medial femoral kıkırdak, interkondiler alan ve lateral femoral kıkırdak orta noktalarından yapıldı.
Bulgular: TVV uygulaması öncesi femoral kıkırdak kalınlığı ölçümünde sağ medial femoral kondil, interkondiler ve lateral femoral kondil kalınlığı diz OA'sı olan hastalarda sağlıklı bireylere göre istatistiksel olarak daha azdı($p<0,001$). Her iki grupta TVV uygulama öncesi ve sonrası sağ medial femoral kıkırdak kalınlığı ve interkondiler alanda grup içi değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma vardı($p<0,001$).
Diz OA hastaları ve sağlıklı bireyler TVV uygulama öncesi ve sonrası medial femoral kondil, interkondiler ve lateral femoral kıkırdak kalınlığındaki değişim açısından karşılaştırıldığında sadece medial femoral kondil kıkırdak kalınlığında diz OA'lı hastalarda sağlıklı bireylere göre istatistiksel olarak daha fazla azalma saptanırken($p<0,05$), diz OA hastaları ve sağlıklı bireyler arasında interkondiler ve lateral femoral kıkırdak kalınlığı değişimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu($p>0,05$).
Sonuç: TVV uygulaması sonrasında diz OA hastaları ve sağlıklı bireyler kıkırdak kalınlığındaki değişimler açısından karşılaştırıldığında sadece medial femoral kondil kıkırdak kalınlığı değişiminde diz OA hastalarında sağlıklı bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olmuştur. Bunun nedeni diz OA'li hastalarda da eklem aralığında daralma en çok medial eklem aralığında olması nedeniyle olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: osteoartrit, tüm vücut vibrasyon, femoral kıkırdak kalınlığı

Ultrasonografi ile femoral kıkırdak kalınlığı ölçümü



Çalışmaya alınan hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Diz Osteoartriti Olan Hastalar	Sağlıklı Bireyler	
	Ort ± SD (n=29)	Ort ± SD (n=30)	p1
Yaş (yıl)	56,55 ± 5,98	54,47 ± 5,44	0,392
Boy (cm)	162,93 ± 4,93	164,77 ± 5,44	0,352
Kilo (kg)	76,34 ± 7,27	75,47 ± 6,75	0,399
VKİ	28,77 ± 2,64	27,79 ± 2,12	0,348
VAS	5,66 ± 1,08	-	
WOMAC-Ağrı	10,62 ± 2,26	-	
WOMAC-Sertlik	4,03 ± 1,18	-	
WOMAC-Fonksiyonellik	45,93 ± 7,38	-	
WOMAC-Total	60,59 ± 9,67	-	
FKK sağ medial femoral kondil			
TVV öncesi	1,63 ± 0,24	2,21 ± 0,12	<0,001**
TVV sonrası	1,44 ± 0,30	2,11 ± 0,13	
p2	<0,001**	<0,001**	
FKK sağ interkondiler alan			
TVV öncesi	1,67 ± 0,26	2,29 ± 0,11	<0,001**
TVV sonrası	1,58 ± 0,28	2,19 ± 0,15	
p2	<0,001**	<0,001**	
FKK sağ lateral femoral kondil			
TVV öncesi	1,69 ± 0,24	2,34 ± 0,11	<0,001**
TVV sonrası	1,66 ± 0,27	2,27 ± 0,16	
p2	0,145	0,003*	
Δ FKK sağ medial femoral kondil	-0,19 ± 0,19	-0,1 ± 0,11	0,012*
Δ FKK sağ interkondil alan	-0,09 ± 0,09	-0,1 ± 0,14	0,948
Δ FKK sağ lateral kondil	-0,03 ± 0,13	-0,06 ± 0,1	0,371

*p1: gruplar arası karşılaştırma, p2: gruplar içi karşılaştırma, *p< 0,05, **p< 0,001, FKK: Femoral Kıkırdak Kalınlığı TVV: Tüm vücut vibrasyon, VKİ: vücut kitle indeksi, VAS: vizuel analog skala, WOMAC: The Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index*

[Abstract:0106]

Romatoid artrit hastalarında immatür granülosit sayısı ve yüzdesinin klinik ve laboratuvar bulgularla ilişkisi

Sinem Kübra Beke, Hüseyin Kaplan, Gizem Cengiz
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: Romatoid artrit (RA), kronik ve otoimmün bir hastalık olup sinovyal inflamasyon ve eklem hasarı ile karakterizedir. RA hastalık aktivitesini izlemek için CRP, ESH ve DAS28 gibi parametreler yaygın olarak kullanılsa da spesifik olmamaları daha güvenilir biyobelirteçlere olan ihtiyacı artırmıştır. Son yıllarda immatür granülosit sayısı (IG#) ve yüzdesi (IG%), inflamasyonun yeni biyobelirteçleri olarak öne çıkmış ve RA hastalık aktivitesiyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmada, RA hastalarında IG# ve IG%'nin laboratuvar ve klinik bulgularla olan ilişkisi değerlendirilecektir.
Yöntem: Çalışmaya, Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) 2010 sınıflama kriterlerine göre RA tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Akut veya kronik enfeksiyonu, malignitesi, başka bir otoimmün hastalığı olan hastalar ve hamileler dışlanmıştır. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak elektronik hastane kayıtlarından toplanmıştır.
Bulgular: 80 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 57 ve %88,8'i kadındı. Hastalık süresi ortalaması 15,9 yıl ve 65 hasta seropozitifti. Hastaların %68,8'i konvansiyonel sentetik, %52,5'i biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç kullanmaktaydı. Ortalama C-reaktif protein 5,0 mg/L, ortalama eritrosit sedimantasyon hızı 24,4 mm/saat olarak bulunmuştur. Ortalama IG# 0.03 g/L ortalama IG% %0,37 olarak bulunmuştur. IG# ve IG% ile DAS28-CRP, DAS28-ESH, Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (CDAI) ve Basit Hastalık Aktivite İndeksi (SDAI) skorları karşılaştırıldığında, inaktif ve aktif hastalık grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). IG# ve IG% ile çeşitli klinik ve labaratuvar parametrelerinin ilişkisi korelasyon analizi ile incelenmiştir ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 1).
Sonuç: Bu çalışmada, IG# ve IG% ile hastalık aktivitesi veya laboratuvar değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte bu parametrelerin RA hasta grubunda inflamasyon ve hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceğini ileri süren çalışmalar mevcuttur. Hastaların demografik özellikleri ve kullandıkları immünsupresif ilaçların bu parametreler üzerindeki potansiyel etkileri dikkate alındığında, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak iyi tasarlanmış, çok merkezli ve prospektif çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Biyobelirteç, immatür granülosit sayısı, immatür granülosit yüzdesi, romatoid artrit

Tablo 1

	IG sayısı		IG yüzdesi	
	r	p	r	p
Yaş, yıl	-0,54	0,632	0,29	0,796
VKİ, kg/m^2	0,084	0,460	1,34	0,236
Hastalık süresi, yıl	-0,64	0,572	-0,126	0,264
CRP, mg/L	1,38	0,221	0,208	0,065
ESH, mm/saat	0,083	0,465	0,198	0,078
DAS28CRP	0,118	0,312	-0,15	0,895
DAS28ESH	0,080	0,491	0,014	0,906
CDAI	0,09	0,438	-0,56	0,630
SDAI	0,021	0,855	-0,124	0,285
HAQ	-0,256	0,120	-0,244	0,140
RAQoL	0,041	0,721	0,54	0,641

IG, İmmatür Granülosit; VKİ, Vücut Kitle İndeksi; CRP, C-reaktif protein; ESH, Eritrosit Sedimantasyon Hızı; DAS28CRP, Hastalık Aktivite Skoru-28 (CRP); DAS28ESH, Hastalık Aktivite Skoru-28 (ESH); CDAI, Klinik Hastalık Aktivite İndeksi; SDAI, Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite İndeksi; HAQ, Sağlık Değerlendirme Anketi; RAQoL, Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği.

Klinik ve laboratuvar parametreleri ile IG sayısı ve yüzdesi arasındaki korelasyon analizi

[Abstract:0109]

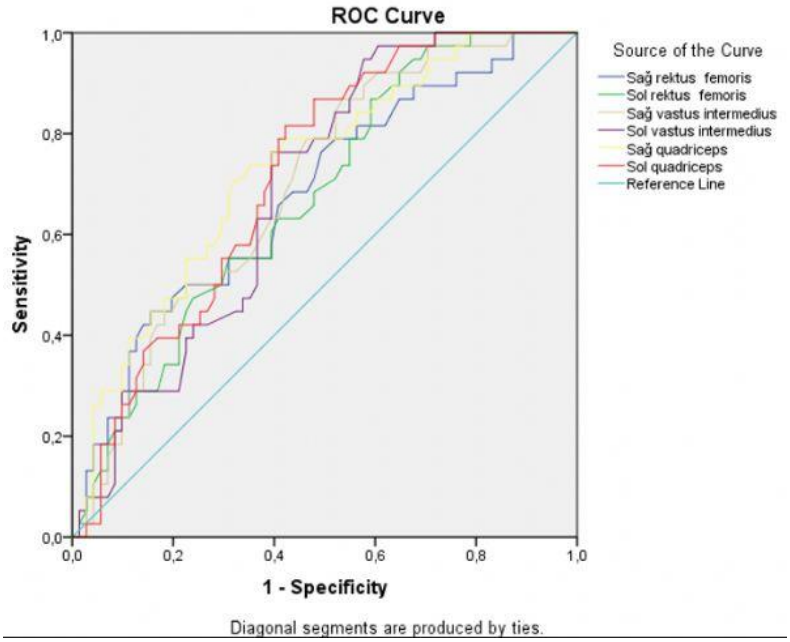
Psöriyatik artrit ve sarkopeni: ultrasonografik parametreler

Gonca Canan Doğan Tosun[1], Tuba Güler[2], Fatma Gül Yurdakul[2], Hatice Bodur[2], Mehtap Balaban[3]
[1]Kırşehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kırşehir
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Radyoloji, Ankara

Amaç: Çalışmamız Psöriyatik Artrit (PSA) hastalarında sarkopeni ve ilişkili faktörleri belirlemeyi, ultrasonografi (USG)'nin sarkopeni tanısındaki prediktif değerini incelemeyi amaçlamaktadır. Yöntem: CASPAR kriterlerine göre en az 1 yıl önce tanı alan 54 PSA'lı hasta ve yaş ile cinsiyeti benzer 55 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Katılımcıların demografik verileri kaydedildi; antropometrik ölçümleri, el kavrama kas gücü ve 4 metre yürüme hızı testi yapıldı. Bilateral rektus femoris, vastus intermedius ve kuadriceps kas kalınlıkları USG ile ölçüldü. Tüm vücut kas ölçümleri dual enerji X ışını absorpsiyometrisi (DEXA) ile analiz edildi. Hastalık aktiviteleri Psöriyatik Artritin Hastalık Üzerindeki Etkisi (PSAID12), Hastalık Aktivite Skoru (DAS28), Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Psöriyatik Artritte Hastalık Aktivitesi (DAPSA) ve Psoriasis Alan ve Şiddet İndeksi (PASI) ile değerlendirildi. Bulgular: PSA'lı 22 (%40,7) hastaya ve kontrol grubundaki 12 (%21,8) sağlıklıya sarkopeni tanısı konuldu. Sarkopeni ile yaş, cinsiyet, ek hastalık, sigara, alkol, sedim, C Reaktif Protein (CRP), D vitamini ve düşme öyküsü arasında ilişki bulunmazken, vücut kitle indeksi (VKİ) ve hastalık süresi ile ilişkiliydi ($p<0,05$). Ultrasonografik olarak sarkopeni tespit edilen hastalarda bilateral rektus femoris, vastus intermedius ve kuadriceps kas kalınlıkları daha düşüktü ($p<0,05$). ROC eğrisi altında kalan alan sağ rektus femoris için 0,680 ($p=0,002$); sol rektus femoris için 0,672 ($p=0,003$); sağ vastus intermedius için 0,697 ($p=0,001$); sol vastus intermedius için 0,691 ($p=0,001$); sağ kuadriceps için 0,731 ($p<0,001$); sol kuadriceps için 0,716 ($p<0,001$) bulundu. Kesim değerleri sırasıyla sağ/sol rektus femoris 1,11 cm (%57 duyarlılık, %60 seçicilik), sağ vastus intermedius 1,17 cm (%61 duyarlılık, %62 seçicilik), sol vastus intermedius 1,19 cm (%63 duyarlılık, %62 seçicilik), sağ kuadriceps 2,31 cm (%68 duyarlılık, %69 seçicilik), sol kuadriceps 2,32 cm (%68 duyarılık, %62 seçicilik) bulundu.
Sonuç: Bu çalışmada PSA'lı hastalarda sarkopeni sıklığı daha yüksek bulunmuştur. USG ile kas kitlesinin değerlendirilmesi sarkopeni tanısında yardımcı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: psöriyatik artrit, romatizmal hastalık, sarkopeni, ultrasonografi

Şekil 1. Sarkopeni grubunda kas kalınlığına göre ROC eğrisi



Tablo 1.Psöriyatik artritli sarkopenik ve sarkopenik olmayan hastaların USG ölçümleri

USG kalınlık ölçümleri (cm)	Sarkopeni olan	Sarkopenisi olmayan	p
Sağ Subkutan Doku (ort± SD)	0,97±0,35	1,00±0,54	0,826
Sol Subkutan Doku (ort ± SD)	0,99±0,98	1,00±,52	0,666
Sağ Rektus Femoris (ort ± SD)	1,06±0,28	1,27±0,37	0,040
Sol Rektus Femoris (ort ± SD)	1,01±0,31	1,29±0,39	0,006
Sağ Vastus İntermedius (ort ± SD)	1,11±0,31	1,31±0,37	0,048
Sol Vastus İntermedius (ort ± SD)	1,15±0,32	1,35±,34	0,028
Sağ Kuadriceps (ort ± SD)	2,17±0,52	2,59±0,63	0,016
Sol Kuadriceps (ort ± SD)	2,17±0,59	2,64±0,60	0,004

[Abstract:0111]

Kronik bel ağrısı olan hastalarda çekilen lomber vertebral manyetik rezonans görüntülerine eklenen 'koronal T2 ağırlıklı yağ baskılı sekanslar' aksiyel spondiloartritin erken tanısına olanak sağlar mı?

Kemal Erol[1], Lütfiye Parlak[2], Halil İbrahim Şara[3], Mehmet Sedat Durmaz[4]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR ABD, Romatoloji Bölümü, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR ABD, Konya
[3]Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya
[4]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,Radyoloji ABD, Konya

Giriş: Kronik bel ağrısı toplumda en sık ağrı sebeplerindendir ve önemli bir nedeni de axial spondiloartrittir. Tanı için görüntüleme yöntemi olarak Lomber Magnetik Rezonans Görüntüleme (LMRG) sıklıkla kullanılır.
Amaç: Biz bu çalışmada kronik bel ağrısı şikayeti ile 3. Basamak bir hastanenin fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniklerine başvurmuş hastaların çekilmiş LMRG rutin prosedürüne eklenmiş coronal STIR sekanslarındaki sakroiliit sıklığını tespit etmeyi ve rutin LMRG çekimlerine coronal STIR sekansların eklenmesinin AxSpA tanısı açısından erken yönlendirmeye olanak sağlayıp sağlamadığını belirlemeyi amaçladık.
Yöntem: 3. basamak bir hastanenin fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniklerine en az 3 aydır devam eden kronik bel ağrısı ile başvurmuş ve LMRG çekilmiş olan, 18-65 yaş arası 1000 hastanın lomber vertebral görüntüleme incelemeleri retrospektif olarak tarandı. Deneyimli 2 radyolog tarafından rutin çekim prosedürlerine ek olarak yapılan coronal STIR sekanslardaki aktif sacroiliit varlığı, ASAS kriterleri temel alınarak değerlendirildi.
Bulgular:ASAS sınıflama kriterlerine göre 113 hastada (%11.3) aktif sacroiliit mevcut iken; 117 hastada (%11.7) non spesifik kemik iliği ödemi tespit edildi. Yaş <= 45 olan 72 hastada (%13,1) ve Yaş>45 olan 41 hastada (%9,1) aktif sakroiliit görüldü (p=0.046). Hastalar cinsiyete göre 2 gruba ayrıldığında; 91 kadın hastada (%13,2) ve 22 erkek hastada (%7,1) aktif sakroiliit mevcuttu (p=0,005).
Sonuç:
Rutin çekilen LMRG' lere coronal STIR sekans eklenmesi ile kronik bel ağrılı hastalarında normal popülasyondan yüksek oranda aktif sacroiliit saptanmıştır. Özellikle 45 yaş altı kronik bel ağrısı olan hastaların rutin LMRG çekimlerine eklenen coronal STIR sekans görüntüler hastaların önemli bir kısmı için fırsat penceresi oluşturabilir.

Anahtar Kelimeler: axial spondiloartrit, bel ağrısı, manyetik rezonans görüntüleme, sakroiliit, T2 yağ baskılı sekans

---

Koronal yağ baskılı serilerde aktif sakroiliit örneği



Koronal yağ baskılı serilerde bilateral sakroiliak ekleme komşu kemik yüzlerde aktif sakroiliit lehine subkortikal kemik iliği ödemi izleniyor.

[Abstract:0112]

Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Belirlenmesi

Köksal Sarıhan[1], Seval Sarıkaya[2]
[1]Maçka Ömer Burhanoğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
[2]Oltu Devlet Hastanesi

Amaç: Bu çalışmada fibromiyalji sendromu (FMS) olan hastalarda artmış sağlık kaygısı (HA) varlığını ve klinik özelliklerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.
Yöntem: Çalışmaya 52 FMS hastası (40,9 ± 7,0) ve 51 sağlıklı gönüllü (39,7 ± 9,5) dahil edildi. Çalışmanın verileri bölgesel bir kamu hastanesinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği polikliniklerinden toplandı. Ağrı için Görsel Analog Skala (VAS), FMS hastalık aktivitesini ölçmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) ve HA düzeylerini ölçmek için Sağlık Kaygısı Ölçeği (HAS) uygulandı.
Bulgular: HAS Boyut 1 ve Toplam puanları vaka grubunda daha yüksekti ($p < 0,05$). FMS hastalarında HAS Boyut 2 ile yaş arasında orta düzeyde negatif korelasyon vardı (r: - 0,311). FMS grubunda, HAS Toplam ve Boyut 1 puanları ile toplam hastane başvuru sayısı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardı (sırasıyla r: 0,459, 0,410). FMS grubunda, VAS ağrı puanları ile HAS Toplam, Boyut 1 ve Boyut 2 puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardı (sırasıyla r: 0,406, 0,486, 0,346). FMS grubunda, FIQ puanları ile HAS Toplam, Boyut 1 ve Boyut 2 puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardı (sırasıyla r: 0,495, 0,552, 0,311).
Sonuç: FMS hastalarında HA düzeyleri yüksektir ve artan hastane başvurusu ile ilişkilidir. Bu, daha yüksek hasta maliyetleri ve olumsuz tıbbi sonuçlar ile neticelenebilir. Sağlık kaygısı, özellikle yüksek ağrı skorları ve artan hastalık aktivitesi olan FMS hastalarında tedavi değişikliklerinde dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, anksiyete, fibromiyalji, sağlık anksiyetesi

[Abstract:0117]

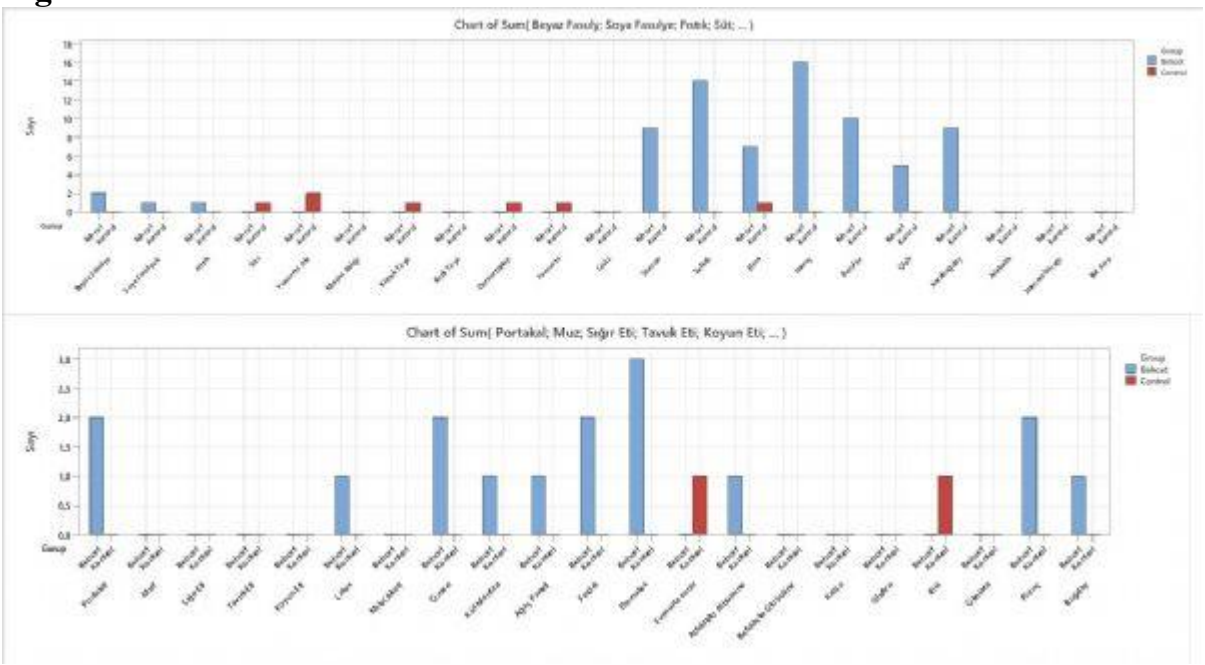
Behçet hastalarında spesifik serum IgG ve zonulin düzeylerinin hastalık ile ilişkisi: vaka-kontrollü çalışma

Gönül Gürol Çiftci[1], Gamze Dilek[2], Mehtap Kalçık Unan[3], Neslihan Peker[4], Gülhan Boytekin[5], Damla Karataş[6], Emre Uzun[3], İbrahim Tekeoğlu[7], Kemal Nas[8], Ayhan Kamanlı[3]
[1]Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Fizyoloji AD
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi EAH Romatoloji Kliniği
[3]Sakarya Üniversitesi EAH Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD
[4]Sakarya Üniversitesi EAH Biyokimya ABD
[5]Sakarya Üniversitesi EAH Alerji İmmünoloji
[6]Yalova Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği
[7]Kütahya Üniversitesi EAH Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD
[8]Sakarya Üniversitesi EAH Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD, İmmünoloji BD

Amaç: Behçet hastalığı patogenezinde bağırsak geçirgenliği ve gıda hipersensivitesinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı Behçet hastalarında spesifik besin IgG düzeyleri ve zonulin düzeylerini değerlendirmek ve hastalık üzerine etkisini araştırmaktır.
Materyal-Metod:Prospektif kontrollü çalışmada, 2021-2022 yılları arasında romatoloji kliniğine sevk edilen BD hastalığı olan hastaların verileri incelendi. Çalışmaya 2014 Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri (ICBD) kriterlerine göre tanı konulan 62 Behçet hastası ve 30 sağlıklı birey dahil edildi. Hastaların klinik, demografik, laboratuvar verileri kayıt altına alındı. 35 gıda antijenine karşı oluşan spesifik IgG antikorları ve serum zonulin düzeyleri ELİZA kit ile değerlendirildi. 0,36 U/ml üzeri spesifik IgG değerleri alerji varlığı olarak pozitif kabul edildi.
Sonuç;Behçet hastaları ile kontrol grubu arasında yaş, VKİ gibi demografik verileri arasında anlamlı fark yoktu. Behçet hastalarında zonulin düzeyi daha düşük bulundu: Behçet grup ortalama 4,87(3,91-6,34), sağlıklı ortalama 6,61(4.52-25,1) ($p < 0.05$)
Behçet hastalarında zonulin düzeyi ve klinik parametreler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, diyaresi olan hastalarda zonulin düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek idi($p=0,04$) (tablo 1). Behçet hastalarında total besin spesifik IgG düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,003$) Figür 1. Behçet hastalarında somon balığı, şeftali, havuç, yeşil bezelye, alerjisi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Behçet hastalarında besin spesifik IgG değerleri ve oral aft, CRP, hastalık aktivasyonu arasında bir ilişki görülmedi.
Tartışma: Çalışmamız Behçet hastalarında besin spesifik IgG markırlarının ve zonulin düzeylerinin değerlendirdiği ilk çalışmadır. Çalışmamızda serum zonulin seviyeleri diğer romatolojik hastalıklardan farklı olarak Behçet hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak düşük bulundu. Çalışmanın sonucuna bakılarak besinlere karşı olan hipersensivitenin Behçet hastalığı ile ilgili olduğu söylenebilir. Behçet hastalarında hastalık aktivasyonu ve besin hipersensivitesi arasındaki ilişki yüksek katılımcı sayısı ve aktif hasta grubunda çalışılması ile daha iyi açıklanabilir. Behçet hastalarında uygun diyet eliminasyonu hastalık yönetimini kolaylaşabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet, Zonulin, Spesifik IgG

Figür 1:



Besin spesifik IgG düzeylerinin Behçet ve kontrol grubu arasındaki dağılımı

Tablo 1

		Zonulin Düzey		
	n	var	yok	
		Ort + SD	Ort + SD	p
Üveit	14	8,08+-9,6	7,8+-9,96	0,967
Eski Genital Aft	22	7,4+-9,4	8,1 +-10,1	0,3
Eritama Nodosum	8	4,8+-1,5	8,3+-10,4	0,08
Derin Ven Trombozu	10	9,5+-12,3	7,5+-9,2	0,37
Aile Hikayesi	10	7+-8,9	8,06+-10,04	0,84
Yeni Oral Aft	24	8,2+-11,6	7,5+-8,3	0,57
Yeni Genital Aft	2	3,9+-0,18	8,01+-9,94	0,34
Karın Ağrısı	9	9,6+-13,12	7,5+-9,11	0,98
Diyare	11	11,2+-13,5	7,03+-8,6	0,04
Kabızlık	8	10,6+13,4	7,4+-9,1	0,3
Batın Operasyonu	6	7,9+6,5	7,8+-10,1	0,98

Behçet hastalarında klinik parametreler ve zonulin seviyeleri arasındaki ilişki

[Abstract:0119]

Toplumda antikardiyolipin antikor pozitifliği prevalansı ve romatolojik hastalıklarla ilişkisi, retrospesifik bir çalışma: Van ili örneği

Server Ilter[1], İsmail Tunçekin[2]
[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.D, Van
[2]Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Van

Amaç: Bu çalışmanın amacı Van ilinde yaşayan toplumda IgM antikardiyolipin ve IgG antikardiyolipin antikorlarının yaygınlığını araştırmak ve bu antikorların sık görülen romatolojik hastalıklarla ilişkisini belirlemektir.
Yöntem: Çalışmaya ortalama yaşı 42,1 yıl olan 633 kişi dahil edildi. Antikardiyolipin IgM ve antikardiyolipin IgG antikorları ELISA yöntemi ile değerlendirildi ve sonuçlar kantitatif olarak belirlendi. Romatolojik hastalıklar inflamatuar ve inflamatuar olmayan hastalıklar olarak sınıflandırıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi yapılarak sonuçlar değerlendirildi.
Bulgular: 633 olgunun 9'unda (%1,4) antikardiyolipin IgM antikorları, 17'sinde (%2,6) antikardiyolipin IgG antikorları pozitif bulundu.İnflamatuvar olmayan romatolojik hastalıklarda %1,2'sinde antikardiyolipin IgM antikorları, %2,5'inde antikardiyolipin IgG antikorları pozitif bulundu. İnflamatuvar romatolojik hastalıklarda antikardiyolipin IgM antikorları bulunmazken, %4,3'ünde antikardiyolipin IgG antikorları pozitif bulundu. Çalışmamızda inflamatuvar ve inflamatuvar olmayan hastalıklarda antikardiyolipin antikorlarının varlığı açısından anlamlı bir ilişki bulunmadı. Romatizmal hastalıklar ile romatizmal olmayan hastalıklar arasında ölçülen antikardiyolipin antikorları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı. Yaş ile antikardiyolipin antikorlarının varlığı arasında anlamlı bir korelasyon bulundu. Yaş arttıkça antikardiyolipin antikor pozitifliği oranında anlamlı bir artış görüldü. Cinsiyet ve antikardiyolipin antikor varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
Sonuçlar: Sonuç olarak, bu çalışma Türk popülasyonundan bir örneklemde antikardiyolipin antikorlarının yaygınlığını belirlemek için retrospektif bir çalışmanın örneğidir. Sonuçlarımız çeşitli etnik topluluklarda yapılan çalışmalarla düşük uyumlulukta bulunmuştur. Bu çalışmada romatolojik hastalıklarda antikardiyolipin antikor pozitifliği genel popülasyona göre anlamlı olarak daha yüksek bir oranla ilişkilendirilmemiş olsa da, bu antikorların romatolojik hastalıklarla ilişkisi düşünüldüğünde, bu antikorların varlığı otoimmün aracılı patolojinin bir göstergesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: antikardiyolipin antikorlar, prevalans, romatolojik hastalıklar

[Abstract:0126]

Postmenapozal Osteoporozlu Hastalarda Kas Kütlesi ile Düşme Riski Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Esra Karaköseli[1], Hakan Alkan[1], Necmettin Yıldız[1], Rabia Melis Gündoğan[1], Ayşe Sarsan[2]
[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Denizli
[2]Ayvalık Devlet Hastanesi, Balıkesir

Amaç: Osteoporoz (OP), düşük kemik kütlesi ve kemik dokusunun mikromimarisinin bozulması sonucu kemik kırılganlığının artması ile karakterize bir iskelet hastalığıdır. Düşük fiziksel aktivite seviyesiyle orta yaştan itibaren başlayan kas kütlesi ve kas fonksiyonlarında kayıp ana risk faktörleridir. Tekrarlayan düşme yaşayan bireylerin düşme korkusu geliştirdiği, günlük yaşam aktivitelerinden kaçınma davranışları sergiledikleri ve hareket kabiliyetinde azalma olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle kas ve kemik kütlesindeki azalma denge kaybı ve düşme korkusuyla sonuçlanır. Bu çalışmanın amacı postmenapozal OP'li hastalarda Tanita ile ölçülen kas kütlesi ve USG ile değerlendirilen kuadriceps kas kalınlığı ile dinamik posturografi ile değerlendirilen düşme riski arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.
Gereç-Yöntem: Cihan ve ark. tarafından yapılan çalışmaya göre minimum örneklem büyüklüğü, 29 olarak hesaplandı. Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde, Dünya Sağlık Örgütü tanı kriterlerine göre postmenapozal OP tanılı 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Ultrason ile dominant taraf kuadriceps kas kalınlığı ve Tanita ile dominant taraf bacak kas kütlesi ölçüldü. Denge parametrelerini ölçmek için Biodex Denge Sistemi kullanıldı.
Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 59,7 olan 50 postmenapozal OP'li hasta alındı. Kas kütlesiyle denge parametreleri arasındaki korelasyona baktığımızda (Tablo 1), kuadriceps kas kalınlığı ve dominant taraf bacak kas kütlesi ile APSI ve OSI arasında yüksek derecede negatif bir korelasyon gözlenirken, kuadriceps kas kalınlığı ve dominant taraf bacak kas kütlesi ile MLSI arasında bir korelasyon gözlenmedi. Kuadriceps kalınlığı normal olan hastalarda, kuadriceps kalınlığı düşük olanlara göre APSI ve OSI değerlerinde istatistiksel olarak daha düşük bulunurken ($p<0,001$), MLSI değeri arasında fark yoktu. Postüral stabiliteleri normal olan hastalarda, postüral stabiliteleri anormal olan hastalara göre kuadriceps kas kalınlığı ve Tanita ile dominant taraf bacak kas kütlesi istatistiksel olarak daha yüksek saptandı ($p<0,05$).
Sonuç: Çalışmamızda, kas kütlesi arttıkça dengenin arttığı ve düşme riskinin azaldığı görüldü. Postmenapozal OP'li hastalarda kuadriseps kas gücünü arttırarak dengeyi arttırıp düşme riskinin azaltılarak OP'a bağlı gelişen fonksiyonel kayıp ve kırıkların azaltılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Postmenapozal osteporoz, kas kütlesi, düşme riski, denge

Tablo 1. Postmenapozal OP'li Hastalarının Kas Kütlesi ve Denge Parametrelerinin Korelasyon Analizleri

	APSI	MLSI	OSI
Kuadriceps kalınlığı (cm)	r=-0.632 p=<0.001	r=-0.265 p=0.063	r=-0.610 p=<0.001
Dominant bacak kas kütlesi (kg)	r=-0.553 p=<0.001	r=-0.228 p=0.112	r=-0.523 p=<0.001

APSI: Antero-Posterior Stabilite İndeksi, MLSI: Medial-Lateral Stabilite İndeksi, OSI: Genel Stabilite İndeksi.

[Abstract:0129]

Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik DMARD kullanan RA hastalarında obezite ve ilişkili faktörler: BioSTAR kayıt sistemi gerçek yaşam verileri

Tuba Güler[1], Fatma Gül Yurdakul[1], Şebnem Ataman[2], Özgür Akgül[3], Meltem Alkan Melikoğlu[4], Erhan Çapkın[5], Gülcan Gürer[6], Kenan Akgün[7], Nilay Şahin[8], Remzi Çevik[9], Hasan Fatih Çay[10], Lale Altan[11], İsmihan Sunar[2], Feride Göğüş[12], Ayhan Kamanlı[13], İlker Yağcı[14], Aylin Rezvani[15], Mehmet Tuncay Duruöz[16], Gizem Cengiz[17], İlhan Sezer[18], Hatice Bodur[19]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, FTR Hastanesi, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa
[4]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[5]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Trabzon
[6]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[7]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[8]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Balıkesir
[9]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Diyarbakır
[10]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya
[11]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa
[12]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[13]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya
[14]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel ve Tıp Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[15]İstanbul Medipol Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[16]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[17]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Kayseri
[18]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[19]Yıdırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Obezite, romatoid artrit (RA) hastalarında hastalık aktivitesini ve tedavi yanıtını etkileyen, yaygın görülen bir komorbiditedir. Çalışmamız RA'lı hastalarda obezite sıklığını ve obezite ile biyolojik/hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaç (b/tsDMARD) kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.
Yöntem: Gerçek yaşam verilerinin kaydedildiği çok merkezli BioSTAR kayıt sisteminde yer alan 856 RA hastası (688 kadın, 168 erkek) kesitsel planlanan çalışmaya dahil edildi. Hastalar, Dünya Sağlık Örgütü kriterleri temel alınarak Vücut Kitle İndeksi (VKİ) kategorisine göre; Grup 1; obez (BMI>=30kg/m2) ve/veya aşırı kilolu (>=25 ve <30kg/m2) ve Grup 2; normal ve/veya zayıf kilo (BMI>=18,5 ve <25kg/m2) olarak sınıflandırıldı.
Sosyo-demografik ve klinik veriler, hasta değerlendirme ölçekleri, mevcut ilaç kullanımı ve değişikliği sayısı, kümülatif glukokortikoid kullanım dozu (mg-yıl) kaydedildi.
Bulgular: Çalışmamızda aşırı kilolu/obez hasta sayısı 603 (%70,4) idi.Yaş, hastalık süresi, LDL, trigliserit, kolesterol, C-reaktif protein (CRP; mg/l), hastalık aktivite skoru (DAS28)-CRP, Basit Hastalık Aktivite İndeksi (SDAI) grup 1'de daha yüksekti (p<0,05). Hastalık süresi, VAS ağrı VAS yorgunluk, RA Hastalığın Etkisi (RAID) skoru, fibromiyalji semptom şiddeti skoru ve fibromiyalji sıklığı, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) puanlarında gruplar arasında farklılık görülmedi (p>0,05). Kullanılan toplam b/tsDMARD ilaç sayısı, ilaç değiştirme sayısı, kümülatif steroid dozu grup 1 ve grup 2'de benzer izlendi (p>0,05).
Sonuç: RA'lı hastalarda aşırı kilolu olma ve obezite sıklığı yüksektir. Bu grupta hastalık aktivitesi ve CRP daha yüksektir. Farmakolojik ajanların etki mekanizmalarından bağımsız olarak, aşırı kilolu olma ve obezite ile b/tsDMARD değiştirme sayısı ve steroid kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: biyolojik tedavi, obezite, romatoid artrit

Demografik ve klinik veriler

	Total	Obez/aşırı kilolu	Normal/düşük kilolu	p değeri
Yaş	57 (19-89)	58.0 (19-85)	52(20;89)	p<0,001
Cinsiyet (n;%) Kadın Erkek	688;80,4 168;19,6	506;83,9 97;16,1	182;71,9 71;28,1	p<0,001
Hastalık süresi (med;min-max)	12;1-50	12;1-50	11;1-34	0,004
VAS ağrı(med;min-max)	40,00;0-100	40,00;0-100	40.00;0-100	0,085
VAS yorgunluk(med;min-max)	50,00;0-100	50,00;0-100	50.00;0-100	0,758
DAS28-CRP(med;min-max)	3,39;0,96-8,75	3,53;0,96-8,75	3,20;1,22-7,92	0,021
SDAI(med;min-max)	14,27;0,30-76	14,80;0,30-76	12,40;0,30-74	0,012
RAID(med;min-max)	3,88;0-10,00	3,97;0-10,00	3,55;0-9,85	0,082
HAQ(med;min-max)	0,50;0-3	0,60;0-2,85	0,50;0-3,00	0,057
İlaç değişiklik sayısı	1(1-7)	1(1-6)	1(1-7)	0,889

[Abstract:0133]

Gut hastalığında kinezyofobi, santral sensitizasyon ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi

Kübra Tuncer[1], Erkan Kozanoğlu[1], Aylin Sarıyıldız[1], Ayşegül Yetişir[2]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gut hastalarında kinezyofobi ve santral sensitizasyon sıklığını belirlemek, kinezyofobi ve santral sensitizasyonun klinik parametrelerle olan ilişkisini incelemektir.
Yöntem: Çalışma kriterlerini karşılayan gut hastalarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı yetişkinler çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılar Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ), Santral Sensitizasyon Ölçeği (SSÖ), Kısa Form-36 (SF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS) ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form (IPAQ-SF) ile değerlendirildi. Hasta grubunda ayrıca hastalıkla ilişkili klinik parametreler, Gut Aktivite Skoru (GAS) ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) kaydedildi.
Bulgular: Çalışmaya 77 gut hastası ve 77 sağlıklı yetişkinden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Gut hastalarının % 62,3'ünde kinezyofobi, % 33,8'inde santral sensitizasyon saptandı. Hasta grubunun, kontrol grubuna kıyasla TKÖ ve SSÖ puanları daha yüksek (her ikisi için $p<0,001$); SF-36, HADS ve IPAQ-SF puanları daha düşüktü ($p<0,05$). Kinezyofobisi olan hasta grubunda; GAS, SSÖ, HADS ve HAQ skorları daha yüksek, emosyonel rol hariç SF-36'nın tüm alt parametrelerine ait puanlar ve toplam IPAQ-SF puanı daha düşük bulundu ($p<0,05$). Santral sensitizasyon bulunan hasta grubunda; GAS, TKÖ, HADS ve HAQ skorlarının daha yüksek, SF-36 ve toplam IPAQ-SF puanlarının daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). TKÖ ve SSÖ skorları birbirleriyle ve GAS, HADS ve HAQ skorlarıyla değişen derecelerde anlamlı pozitif korelasyona sahipti (Spearman's rho; 0,309 ile 0,729 arasında değişmektedir, $p<0,05$). Multipl lineer regresyon analizinde; SSÖ puanının kinezyofobiyi etkileyen anlamlı parametre olduğu tespit edildi ($p<0,05$).
Sonuç: Gut hastalarında kinezyofobi ve santral sensitizasyon yaygın olarak görülmektedir. Kinezyofobi ve santral sensitizasyon; artmış hastalık aktivitesi, bozulmuş yaşam kalitesi, fiziksel aktivite, fonksiyonalite ve mental sağlıkla ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, gut hastalığı, kinezyofobi, mental sağlık, santral sensitizasyon

[Abstract:0135]

Romatoid Artritli Hastalarda Sarkopeni İle İlişkili Faktörler Ve Ultrasonun Prediktif Değeri

Zeynep Kılıç[1], Fatma Gül Yurdakul[2], Tuba Güler[2], Elif Becenen Durmuş[3], Güldal Funda Nakipoğlu Yüzer[2], Hatice Bodur[4]
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
[2]SBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
[3]SB Gümüşhane Devlet Hastanesi
[4]YBÜ Ankara Bilkent Şehir Hastanesİ

Amaç: Kronik inflamatuar hastalıkların sarkopeniye yol açtığı, romatoid artritli (RA) hastalarda da yaygın olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada RA'lı hastalarda sarkopeni ile ilişkili faktörleri ve sarkopeni tanısında ultrasonografik quadriseps kas kütlesi değerlendirmenin prediktif değerini belirlemeyi amaçladık
Yöntem: En az 1 yıl önce 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre romatoid artrit tanısı almış 18-65 yaş aralığında 51 hasta ve 51 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi.
Hastalık aktivitesi, Hastalık Aktivite Skoru (DAS 28); kas gücü, el dinamometresi; Kas kitlesi, Dual X-Ray Absorbsiyometri ve ultrasonografi; antropometrik değerlendirme, kol ve baldır çevresi ölçümü; fonksiyonel durum, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ); fiziksel performans, Kısa Fiziksel Performans Bataryası; denge, Tinetti ölçeği; yaşam kalitesi, Sarkopenide Yaşam Kalitesi anketi (SARQoL) ve Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirildi.
Bulgular: RA hastalarının 41'i, kontrol grubunun 37'si kadındı. Yaş ortalaması RA'lı hastalarda 45,59±9,85, kontrol grubunda 47,41±8,90'dı. RA'lılarda hastalık süresi ortalama 15,12±9,36 yıldı. 6'sı nonsteroid antienflamatuar, 24'ü steroid, 40'ı sentetik hastalık modifiye edici, 8'i biyolojik hastalık modifiye edici ilaç kullanmaktaydı.
RA'lı hastalarda kas gücü, fiziksel performans, sarkopeniyle ilişkili yaşam kalitesi, denge durumu ve ultrason ile her iki uyluk kas kitlesi ölçüm değerleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktü (sırayla p=0,002, p=0,002, p=<0,001, p=<0,001, p=<0,001). RA'lı 19 hastada, kontrol grubunda 9 kişide sarkopeni saptandı. RA'lı hastalarda sarkopeni oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksekti (sırayla p=0,006, p=0,027).
RA'lı hastalarda sarkopeniyle ilişkili değişkenler, hastalık süresi, düşme öyküsü, fonksiyonel durum, antropometrik ölçümler, ultrason kas kitlesi ölçümleri, yaşam kalitesi ve fiziksel performans düzeyleriydi. Sarkopeni için ultrason ile uyluk kası tanısal kesim değerleri hesaplandı. Sağ kuadriceps kas kalınlığı için kesim değeri 1,72 cm; sol kuadriceps kas kalınlığı için kesim değeri 1,71 cm olarak bulundu.
Sonuç: RA'lı hastalarda sarkopeniyle ilişkili değişkenler, hastalık süresi, düşme öyküsü, fonksiyonel durum, antropometrik ölçümler, ultrason kas kitlesi ölçümleri, yaşam kalitesi ve fiziksel performanstı. Ultrason ile uyluk kası tanısal kesim değerleri elde edildi.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sarkopeni, ultrason, fiziksel performans, yaşam kalitesi

[Abstract:0148]

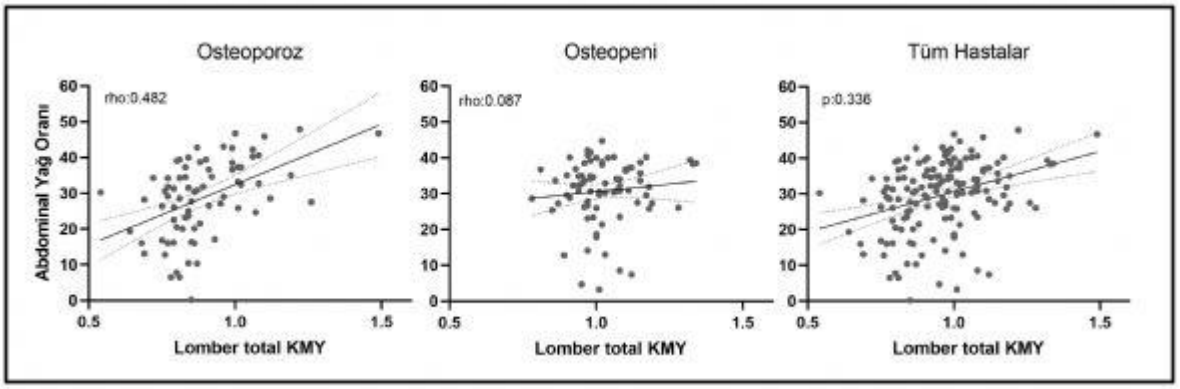
Postmenopozal kadınlarda kemik mineral yoğunluğu ile abdominal yağ oranı ve D vitamini düzeyleri arasındaki ilişki

Tuğba Alışık, Eray Özarslan
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bolu

Amaç: Bu çalışmada, postmenopozal osteopeni ve osteoporoz tanılı hastalarda kemik mineral yoğunluğu (KMY) ile D vitamini ve dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) ölçümünden elde edilen abdominal yağ oranı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
Yöntem: Retrospektif olarak tasarlanan bu çalışmaya, osteopeni (n=80) ve osteoporoz (n=77) tanısı almış toplam 157 postmenopozal kadın hasta dahil edildi. Katılımcıların yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), D vitamini ve DEXA'dan elde edilen KMY ve abdominal yağ oranı verileri hasta dosyalarından alındı. Parametreler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı.
Bulgular: Osteoporoz grubunda 38 (%49,4) hastada, osteopeni grubunda 38 (%47,5) hastada D vitamini yetersizliği vardı. Osteoporoz grubunda abdominal yağ oranı ile lomber total KMY arasında orta düzeyde pozitif korelasyon gözlendi (rho=0.482, p<0.001). Lomber total KMY ile VKİ (rho=0.264, p=0.020) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Osteopeni grubunda ise abdominal yağ oranı ile lomber total KMY ve femur total KMY arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Osteopeni grubunda femur total KMY ile VKİ (rho=0.294, p=0.008) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Tüm hastalar analiz edildiğinde ise abdominal yağ oranı ile lomber total KMY arasında pozitif korelasyon gözlendi (rho=0.336, p<0.001). Femur total KMY hem osteoporoz hem osteopeni hem de tüm hastalarda yaş ile negatif korelasyon gösterdi (sırasıyla rho=-0.333, rho=-0,275 ve rho=-0,376).
Sonuç: Osteoporoz hastalarında abdominal yağ oranı ve VKİ ile lomber total KMY arasında anlamlı pozitif korelasyon, yaş ile femoral kemik bölgelerindeki KMY arasında negatif korelasyon saptandı. Osteopeni grubunda ise abdominal yağ oranı ile femur ve lomber KMY arasında ilişki saptanmadı. Bu bulgular, vücut kompozisyonunun kemik sağlığı üzerindeki etkisini vurgulamakta ve ileri araştırmalar için önemli bir temel oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, kemik mineral yoğunluğu, abdominal yağ oranı

Şekil 1: Osteoporoz, osteopeni ve tüm hastalarda lomber total kemik mineral yoğunluğu (KMY) ile abdominal yağ oranı arasındaki ilişkinin nokta-dağılım grafiği ile gösterimi



Her bir nokta, bir hastanın lomber total KMY ve abdominal yağ oranı değerini temsil etmektedir. Düz çizgi, değişkenler arasındaki doğrusal regresyon eğilimini, kesikli çizgiler ise %95 güven aralığını göstermektedir. Rho değerleri, Spearman korelasyon katsayılarıdır.

[Abstract:0151]

Sistemik Lupus Eritematozus ve Sjögren Sendromu Hastalarında Otoantikor Titreleri, Boyanma Paternleri ve Klinik Seyrin Uzun Dönemdeki Değişimi: Retrospektif Kohort Analizi

Gamze Kılıç[1], Kemal Faruk Körüklü[1], Muhammed Galip Kumcu[1], Adil Tuğsel[1], Murat Karkucak[1], Erkan Kılıç[2]
[1]Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon, Türkiye
[2]Romatoloji Kliniği, Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada, sistemik lupus eritematozus (SLE) ve Sjögren sendromu (SS) hastalarının otoantikor profillerindeki değişiklikler, klinik bulguların seyri ve tedavi uygulamalarındaki değişimlerin incelenmesi amaçlanmıştır.
Yöntem: Çalışma, retrospektif, gözlemsel bir kohort çalışmasıdır. Romatoloji polikliniğinde takip edilen, SLE ve SS tanısı almış hastaların başlangıç ve takip vizitlerinde otoantikor profilleri, (Antinükleer Antikor (ANA) paterni ve titresi, Ekstrakte Edilebilir Nükleer Antijen (ENA) profili), klinik semptomları ve tedavileri kaydedilmiştir. Başlangıç ile takip vizitleri arasındaki değişiklikler bağımlı örneklem McNemar ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılarak değerlendirilmiştir.
Bulgular: Toplam 180 hasta (ortalama yaş 52.9±13,3 yıl, %91.1 kadın) arasında kontrol ANA boyanma paterni olan 78 hasta (51 SLE, 27 SS) çalışmaya dahil edilmiştir. Otoantikor profilleri, SLE hastalarında ortalama 71,9 ay, SS hastalarında ise 67,6 ay sonra bakılmıştır. SLE hastalarında ANA titrelerinde numerik değişiklikler gözlenmiş, ancak bu değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.248$). ANA boyanma paterni takipte benekli ve sentromer paternlerde artış göstermiştir ($p=0.013$). Takipte Ribozomal P antikorlarında anlamlı azalma ve bir hastada Anti-Scl70 pozitifliği tespit edilmiştir ($p<0.001$). SS hastalarında, başlangıçta %85,2 ANA pozitifken, takipte tüm hastalar ANA pozitif olmuştur. ANA boyanma paterni açısından homojen, benekli ve sentromer paternlerinde artış saptanmıştır ($p=0.014$). SLE hastalarında konstitusyonel, mukokutanöz, muskuloskeletal ve hematolojik bulgularda gerileme gözlenirken yeni bulgular olarak interstisyel akciğer hastalığı ve perikardiyal efüzyon gelişmiştir. SS hastalarında sikka semptomları stabil seyrederken, ekstraglanduler bulgularda gerileme eğilimi gözlenmiştir. SLE hastalarının tedavi kortikosteroid kullanımı belirgin şekilde azalmış ($p=0.001$), hidroksiklorokin ($p=0.035$), mikofenolat mofetil ($p=0.025$) kullanımında ise anlamlı artış gözlemlenmiştir. SS hastalarında ise kortikosteroid hidroksiklorokin, leflunomid ve metoreksat kulanım sıklığında anlamlı fark gözlenmemiştir.
Sonuç:SLE ve SS hastalarında, otoantikor profillerinde, klinik bulgularda ve tedavi seçeneklerinde beş yıl ve daha uzun süreli takiplerde belirgin değişiklikler gözlemlenmiştir. Bu bulgular, bağ doku hastalıklarının dinamik bir seyir izlediğini ve otoantikorların zaman içinde değişebileceğini göstermektedir. Gelecek çalışmalarda, otoantikor değişikliklerinin klinik önemi ve tedavi stratejilerindeki etkileri daha ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: otoantikor profili, sistemik lupus eritematozus, sjögren sendromu

[Abstract:0155]

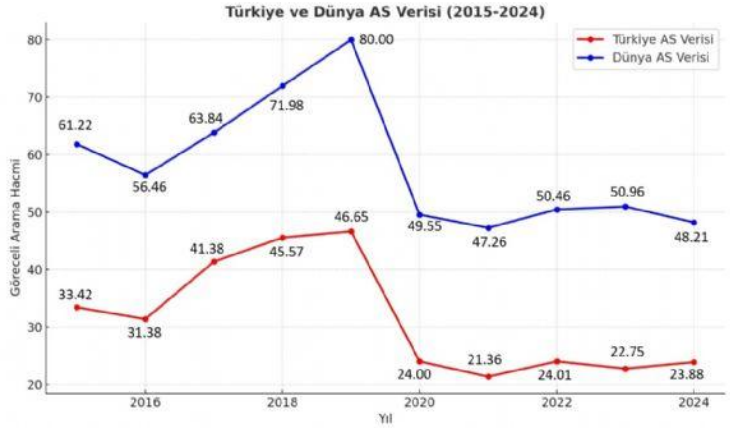
Ankilozan spondilit'e yönelik küresel ve Türkiye özelindeki ilgi: 2015-2024 arası google trends verilerinin analizi

Eser Kalaoğlu[1], Ömer Faruk Bucak[2]
[1]İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), özellikle omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, kronik ve ilerleyici inflamatuvar bir eklem hastalığıdır. Erken tanı ve tedavi yaklaşımlarındaki gelişmeler, bu hastalığın yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. İnternet arama motorlarına olan artan bağımlılık ile birlikte, Google Trends (GT) verilerinin analizi, halkın ilgi ve bilgi arama davranışları hakkında değerli bilgiler sunmaktadır. Bu çalışma, 2015-2024 yılları arasında Türkiye ve dünya genelinde GT verilerini kullanarak, AS hakkında halkın bilgi arama davranışlarını ve farkındalık düzeyindeki değişimleri incelemeyi amaçlamaktadır.
Yöntem: AS ile ilgili halk ilgisini analiz etmek için AS ile ilgili 12 anahtar kelime belirlenmiştir. GT verileri, "web araması", "tüm kategoriler" filtreleriyle "Türkiye" ve "dünya genelinde" seçenekleri kullanılarak toplandı. Ancak, belirlenen anahtar kelimelerin GT platformundaki Göreceli Arama Hacmi (GAH) değerlerinin düşük olması nedeniyle, analizler için en yüksek GAH değerine sahip "ankilozan spondilit" terimi kullanıldı. Verileri, 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2019 ve 1 Ocak 2020 - 31 Aralık 2024 olmak üzere iki beş yıllık dönem olarak analiz edildi. GAH değerleri yıllık olarak hesaplandı ve her iki dönemin ortalama değerleri karşılaştırıldı.
Bulgular: AS terimi için GAH verisi 2019 yılında dünya genelinde 80.00 ile zirve yaparken, Türkiye'de ise bu rakam 46.65'e ulaşmıştır (Şekil 1). Türkiye ve dünya genelinde AS terimi için 2020-2024 döneminde 2015-2019 dönemine göre GAH değerleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (p=0.043). Her iki 5 yıllık dönemde de dünya genelinde Türkiye'ye göre GAH değerleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0.009) (Tablo 1).
Sonuç: Bu çalışma, AS terimi ile ilgili GT verilerini analiz ederek, halkın ilgi düzeyindeki değişimleri ortaya koymuştur. Veriler, Türkiye ve dünya genelinde ikinci beş yıllık dönemde belirgin bir düşüşü göstermektedir. Bu durum, AS farkındalığını artırmak, toplumda bilgiye erişim imkanlarını geliştirmek ve bu alandaki klinik araştırmaları teşvik etmek için kapsamlı stratejilere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, google trends, halk farkındalığı, küresel eğilimler

Şekil 1. Türkiye ve dünya genelinde 'ankilozan spondilit' terimine yönelik halk ilgisinin evrimi: Google trends verilerinin on yılı (2015-2024)



Tablo 1. Türkiye ve dünya genelinde 'ankilozan spondilit' teriminin yıllara göre arama sıklıklarının karşılaştırılması

	Türkiye	Dünya	P değeri
2015-2019	41.38 (32.40-46.11)	63.84 (59.14-75.99)	0.009*
2020-2024	23.88 (22.06-24.01)	49.55 (47.74-50.71)	0.009*
P değeri	0.043**	0.043**	

**Mann Whitney U testi ** Wilcoxon testi Veriler medyan (çeyreklik aralığı) olarak gösterilmiştir.*

[Abstract:0157]

Üst ekstremite parestezisinde pektoralis minör sendromu sıklığının araştırılması

Kübra Cambekli Şenocak, İlknur Aktaş, Feyza Ünlü Özkan, Pınar Akpınar, Meryem Yılmaz Kaysın
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Üst ekstremite parestezisi fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniklerine (FTR) başvurunun önemli bir nedenidir. Çalışmamızda üst ekstremitede parestezi şikayeti ile başvuran hastalarda pektoralis minör sendromu (PMS) sıklığını ve parestezi etiyolojisindeki yerini araştırmayı amaçladık.
Yöntem: Çalışmamıza Aralık 2022- Aralık 2023 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğimize başvuran ve yatarak rehabilitasyon hizmeti alan 18-75 yaş arası, üst ekstremitede parestezi şikayeti mevcut olan 204 hasta dahil edildi. Demografik veriler, fizik muayene bulguları, başvuru şikayetleri, görüntüleme yöntemleri, yapılan enjeksiyonlar ve tanıları ayrıntılı olarak incelenerek analiz edildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 204 hastanın %17,6'sında (n=36) PMS saptandı. PMS tanılı hastaların 15'ine (%41,7) servikal radikülopati, 3'üne (%8,3) karpal tünel sendromu (KTS), 1'ine (%2,8) torasik outlet sendromu (TOS), 1'ine (%2,8) hem KTS hem kubital tünel sendromu, 1'ine (%2,8) servikal radikülopati ve KTS eşlik ettiği görüldü. Hastaların %75'i (n=27) kadın,%25'i (n=9) erkekti, yaş ortalamalarının 52,25±12,26 olduğu, parestezi süresinin ortalama 26,19±24,09 ay olduğu görüldü. PMS olgularının 3'ünde (%8,3) 1-3.parmaklarda, 9'unda (%25,0) 4-5.parmaklarda, 22'sinde (%61,1) tüm parmaklarda, 30'unda (%83,3) ön kolda, 28'inde (%77,8) üst kolda parestezi olduğu gözlendi. Hastaların tamamında kol ağrısı görürken, 28'inde (%77,8) boyun ağrısı, 24'ünde (%66,7) omuz ağrısı, 20'sinde (%55,6) sırt ağrısı, 17'sinde (%47,2) göğüs ağrısı, 9'unda (%25,0) baş ağrısı görülmekteydi. PMS hastalarında, PMS olmayanlara kıyasla subakromiyal sıkışma sendromu ve postür bozukluklarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek oranda görüldüğü ortaya konuldu.
Sonuç: Üst ekstremitede parestezi ve ağrının önemli bir sebebi olan PMS'nin kas iskelet sistemi ile ilgilenen hekimler tarafından bilinmesi ve tanısal enjeksiyonları içeren diagnostik yaklaşım ile ayırıcı tanıya gidilmesi önem taşır. Ancak PMS'nin tanınması ile gerçek prevalans ve insidans sonuçlarına ulaşılması mümkün olacaktır, bu konuda literatürde daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: brakial pleksus, parestezi, pektoral kaslar, torasik outlet sendromu, üst ekstremite

[Abstract:0163]

Fibromiyalji hastalarında Perseverative Düşünme Ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği

İlke Coşkun Benlidayı[1], Ceren Örnek[1], Volkan Deniz[2], Aylin Sarıyıldız[1]
[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Adana
[2]Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Mersin

Giriş: Fibromiyalji hastaları sıklıkla tekrarlayan olumsuz düşüncelerle meşgul olur ve bu durum psikolojik sıkıntıyı artırır. Perseveratif Düşünme Ölçeği (PDÖ), bu bilişsel modeli değerlendirmek için tasarlanmış bir ölçektir. Ancak, fibromiyalji hastalarında psikometrik özellikleri henüz test edilmemiştir.
Amaç: Bu çalışmanın amacı, PDÖ'nün fibromiyalji hastalarındaki geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.
Yöntem: Çalışmaya, 2010/2011 ACR fibromiyalji tanı kriterlerinin 2016 revizyonuna göre kriterleri karşılayan hastalar dahil edilmiştir. Katılımcılardan PDÖ, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Ruminatif Yanıt Ölçeği-Kısa Form (RYÖ-KF) ve Kısa Form-12 (SF-12) anketlerini doldurmaları istenmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği için PDÖ anketi 15 gün ara ile iki kez doldurulmuştur. İç tutarlılık, Cronbach alfa katsayısı ile, yapı geçerliliği ise Spearman korelasyon analizleri ile incelenmiştir. Ayrıca, anketin tavan ve taban etkileri değerlendirilmiştir.
Bulgular: Çalışmaya yaş ortalamaları 45.1±10.0 olan 57 hasta dahil edilmiştir. PDÖ, mükemmel iç tutarlılık (Spearman rho (ρ)=0.973, p<0.001; Cronbach alfa=0.996) ve test-tekrar test güvenilirliği (Intraclass Correlation Coefficient (ICC)=0.992, %95 GA: 0.986-0.996, p<0.001) göstermiştir. Korelasyon analizleri, PDÖ puanlarının; RYÖ-KF, HADÖ toplam skoru, HADÖ anksiyete ve SF-12 zihinsel bileşeni ile güçlü, HADÖ depresyon ve SF-12 fiziksel bileşeni ile ise orta düzeyde ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Yüksek perseveratif düşünme seviyelerinin; daha kötü fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak, yüksek puan aralığında ayırt ediciliğin sınırlı olduğunu gösteren bir tavan etkisi tespit edilmiştir.
Sonuç: PDÖ, fibromiyalji hastalarında perseveratif düşünmeyi değerlendirmek için güvenilir ve geçerli bir araçtır. Güçlü psikometrik özellikleri, klinik ve araştırma alanlarında kullanımını desteklemektedir. Ancak, tavan etkisi puanların yorumlanmasında dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Geçerlilik çalışması, Güvenilirlik, Olumsuz düşünme, Perseveratif biliş

PDÖ toplam puanının (1. ölçüm) SF-12 bileşenleri, HADÖ ve RYÖ-KF ile korelasyonu

	PDÖ-Total-I Spearman's rho	PDÖ-Total-I p
SF-12 zihinsel bileşen (yakınsak geçerlilik)	-0.761	<0.001
SF-12 fiziksel bileşen (ayrışma geçerliliği)	-0.596	<0.001
HADÖ-A	0.851	<0.001
HADÖ-D	0.655	<0.001
HADS-Total skor	0.819	<0.001
RYÖ-KF	0.850	<0.001

SF-12: Kısa Form-12, PDÖ: Perseveratif Düşünme Ölçeği, HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, RYÖ-KF: Ruminatif Yanıt Ölçeği-Kısa Form

[Abstract:0164]

Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç alan inflamatuar romatizmal hastalarda Hepatit B serolojisi, aşı cevapları, ve klinik yaklaşım

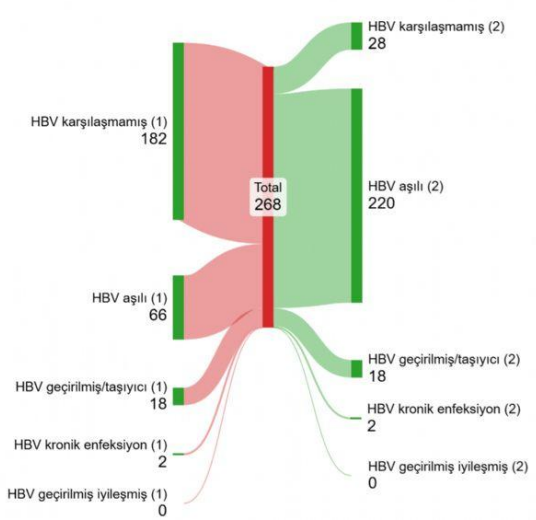
Abdulvahap Kahveci
Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Kastamonu

Giriş: Biyolojik ve hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (bDMARD ve tsDMARD) hepatit B (HBV) maruziyeti olan ya da kronik enfekte hastalarda reaktivasyona yol açabilirler. Bu tedavileri alan hastalarda HBV açısından taranması ve yönetimi önemli başlıklardan birisidir. Bu çalışma bDMARD ve tsDMARD alan hastaların HBV serolojisi, taraması ve klinik yaklaşımı sunmayı amaçlamıştır.
Materyal ve Metod:Bu çalışmaya üçüncü basamak romatoloji merkezinde takipli bDMARD ve tsDMARD kullanan inflamatuvar romatizmal hastalık tanılı 268hasta retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların klinik, demografik verileri ve HBV serolojileri ilk kontrolde ve birinci yılın sonunda (seronegatiflerde 3 doz HBV aşılamadan 1 yıl sonra) hastane veri tabanından elde edildi. Hastalara ait veriler tanımlayıcı istatistik olarak sunuldu.
Bulgular:Çalışmaya dahil edilen 268 [K/E: 158/110; ort. yaş: 50.71 (±12.71)] hastanın ortalama hastalık süresi 13.83 (±9.26) yıldı. Medyan ilaç kullanım süresi bDMARD'larda 43,92 ay, tsDMARD'larda 16.08 aydı. Hastaların merkezdeki ilk kontrolünde %67,91'i (182;268) HBV seronegatif, %24,62'i (66/268) HBV aşılı, %6.34'ü (18/268) HBV taşıyıcı ve %0.07'si (2/268) kronik HBV enfeksiyonuydu. Seronegatif hastalara yapılan 3 doz HBV aşılamadan bir yıl sonraki değerlendirmede HBV aşılı hasta oranı %82.08'e (220/268) yükselirken, hastaların %10.44'ü (28/268) seronegatif olarak devam ediyordu. 1 yıllık takipte 15 (%5.59) hasta HBV açısından profilaktik antiviral tedavi alırken, hiçbir hastada HBV reaktivasyonu gerçekleşmedi.
Sonuç: Bu çalışma bDMARD/tsDMARD tedavisi alan veya planlanan hastalarda HBV aşılama oranlarının oldukça düşük olduğunu gösterdi. Ayrıca 3 doz aşılamaya rağmen hastaların göz ardı edilemeyecek bir kısmında seronegatifliğin devam ettiğini ve aşılamaya antikor yanıtının olmadığını ortaya koydu.

Anahtar Kelimeler: biyolojik tedavi, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç, hepatit B enfeksiyonu, inflamatuvar romatizmal hastalık

---

Figür 1



Tablo 1: İnflamatuvar romatizmal hastaların klinik ve demografik verileri

	Total (n=268)
Yaş, ortalama (SS), yıl	50.71 (12.71)
Cinsiyet (kadın/erkek)	158/110
VKI, ortalama (SS)	27.61 (4.29)
Hastalık süresi, ortalama (SS), yıl	13.83 (9.26)
Tanı (%)	
• AS	108 (40.3)
• RA	78 (29.1)
• PsA	67 (25.0)
• BH	7 (2.6)
• FMF	1 (0.4)
• JIA	4 (1.5)
• Büyük damar vasküliti	3 (1.1)
Anti-TNF'ler (%)	
• ADA	100 (37.3)
• ETA	42 (15.7)
• INF	12 (4.5)
• GOL	23 (8.6)
• SER	7 (2.6)
tsDMARD/JAK inhibitörleri (%)	
• TOFA	14 (5.2)
• BARI	4 (1.5)
• UPADA	20 (7.5)
TOSI (%)	11 (4.1)
SEK (%)	17 (6.3)
IXE (%)	4 (1.5)
USTE (%)	7 (2.6)
ABT (%)	4 (1.5)
KAN (%)	1 (1.0)
ANK (%)	1 (1.0)
bDMARD kullanma süresi, median (min-maks), ay	43.92 (3-252)
JAK inhibitörü kullanma süresi, median (min-maks), ay	16.08 (3-84)
Birlikte steroid kullanımı (%)	83 (30.97)
Birlikte konvansiyonel DMARD kullanımı (%)	145 (54.1)
Birlikte immünsupresif kullanımı (%)	5 (1.86)

[Abstract:0165]

Kronik bel ağrılı hastalarda santral sensitizasyon, nöropatik ağrı ve manyetik rezonans görüntüleme sonuçları arasındaki ilişkinin araştırılması

Yahya Doğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç:Bu çalışmanın amacı, kronik bel ağrısı (KBA) olan hastalarda nöropatik ağrı ve santral sensitizasyonun varlığını araştırmak ve bunların ağrı şiddeti, demografik özellikler ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile ilişkisini incelemektir.
Yöntem:Tek merkezli, kesitsel ve gözlemsel olarak tasarlanan bu çalışmaya KBA tanısı almış 136 yetişkin hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedilmiş; ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) ile, nöropatik ağrı Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4) ölçeğiyle ve santral sensitizasyon Santral Sensitizasyon Ölçeği (SSÖ) ile değerlendirilmiştir. MRG bulgularını derecelendirmek için disk herniasyon tipi, etkilenen disk seviyeleri, darlık veya sinir basısının varlığı ve dejeneratif değişikliklere dayalı yeni bir puanlama sistemi (0-9 puan) geliştirilmiştir (Tablo 1).
Bulgular-Sonuç:SSÖ skoru >=40 olan hastalar, daha yüksek VAS ($p<0.001$) ve DN4 ($p<0.001$) skorlarına sahipti. SSÖ >=40 grubunun MRG puanları, SSÖ <40 grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.047$). DN4 skoru >=4 olan hastalarda ileri yaş ($p=0.036$), daha yüksek ağrı şiddeti ($p=0.007$) ve daha yüksek SSÖ skorları ($p<0.001$) ile anlamlı ilişki bulunurken, MRG puanlarında anlamlı fark gözlenmedi ($p=0.770$). Santral sensitizasyon ve nöropatik ağrı, KBA olan hastalarda ağrı şiddeti ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Ancak, MRG bulgularının yoğunluğunun bu klinik parametrelerle her zaman pozitif korelasyon göstermediği görülmektedir. KBA'nın karmaşık yapısını anlamak ve uygun tedavi stratejileri belirlemek için daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik bel ağrısı, lomber spinal manyetik rezonans görüntüleme, nöropatik ağrı, Santral sensitizasyon ölçeği

---

Tablo 1: Bel Ağrısı için Lomber Omurga MRG Tabanlı Puanlama Sistemi

Kriterler	Bulgular	Puan
1. Herniasyon Türü	Herniasyon yok	0
	Bulging	1
	Protrüzyon	2
	Ekstrüzyon ve sekestrasyon	3
2. Etkilenen Disk Sayısı	1–2 seviye	1
	3–5 seviye	2
3. Daralma ve Bası Varlığı	Foraminal stenoz, spinal stenoz	1
	Sinir basısı	2
4. Dejeneratif Değişiklikler	Yok veya minimal değişiklik	0
	Orta derecede değişiklik	1
	Şiddetli değişiklik	2

Minimum puan: 0 | Maksimum puan: 9

[Abstract:0167]

Fibromiyalji sendromu olan hastalarda ozon tedavisinin ağrı algısı, hastalık aktivitesi, ruh hali, uyku ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: Prospektif tek kollu klinik çalışma

İlknur Topal Yarat[1], Asiye Gülsüm Kakı[2]
[1]istanbul Medipol Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, ABD, İstanbul
[2]Sancak tıp merkezi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, İstanbul

Amaç: Bu çalışma, fibromiyalji sendromu tanısı konan bireyler için ozon tedavisinin potansiyel faydalarını araştırmaktadır.
Materyaller ve Yöntemler: Çalışmaya fibromiyalji tanısı konmuş otuz hasta dahil edildi. Haftada iki kez uygulanan 10 seans boyunca terapötik oksijenasyon dozlarında ozon tedavisi gördüler. Klinik sonuçlar, Sosyodemografik Anket, Ağrı için Görsel Analog Skala (VAS), Beck Depresyon Envanteri (BDI), Beck Anksiyete Envanteri (BAI), Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PSQI) ve MOS 36 Maddeli Kısa Form Sağlık Anketi (SF-36) dahil olmak üzere çeşitli araçlar kullanılarak değerlendirildi. Değerlendirmeler tedaviden önce (T0), tedaviden sonra (T1) ve tedaviden 9 ay sonra (T2) yapıldı. Sonuçlar: 5 hafta sonra VAS, BAI, BDI, FIQ ve PSQI puanlarında önemli iyileşmeler gözlemlendi (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p=0,001$). Ek olarak, SF-36 puanları tedaviden sonra önemli iyileşme gösterdi ve bu da ozon tedavisinin fibromiyalji semptomları üzerindeki olumlu etkisini yansıttı. 9 aylık takipte (T2), VAS, FIQ, PSQI, Rol-Fiziksel (RP), Canlılık (VT), Sosyal İşlev (SF), Bedensel Ağrı (BP) ve Genel Sağlık (GH) puanlarında iyileşmeler devam etti. Ancak, BDI, BAI, Fiziksel İşlev (PF), Rol-Duygusal (RE) ve Ruhsal Sağlık (MH) puanlarında önemli iyileşmeler sürdürülemedi. Sonuç: Ozon tedavisi, fibromiyalji sendromu olan bireylerde ağrıyı hafifletme, ruh halini ve uykuyu iyileştirme ve genel yaşam kalitesini artırma konusunda umut vadetmektedir. Bu bulgular, ozon tedavisinin fibromiyalji semptomlarını yönetmek için potansiyel bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Fibromiyalji Sendromu, Ozon Tedavisi

[Abstract:0169]

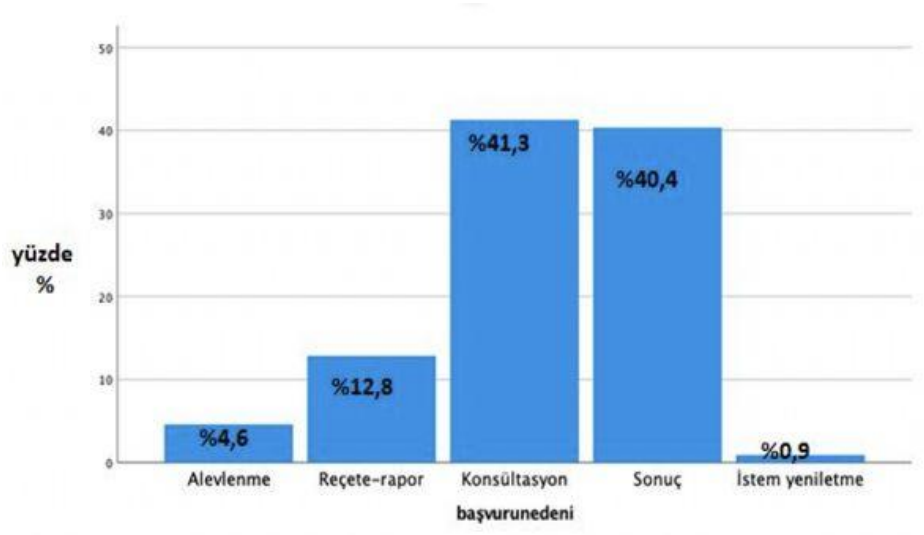
Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Romatoloji Polikliniğine Randevusuz Başvuran Hastaların Analizi

Rezan Koçak Ulucaköy
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Ülkemizde merkezi hekim randevu sistemi (MHRS), hastaların sağlık bakanlığına bağlı hastaneler, ağız diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine randevu alabilecekleri bir sistemdir. Mevcut durumda, ana dal uzman muayenesinden sonra yan dala yeşil alan açılması sonucu hastalar MHRS ile yan dal poliklinik muayene randevusu alabilmektedir. Yan dallar için MHRS açık kalma süresi ise 3 aydır. Günlük çalışma düzenimizde romatoloji randevularımızın doluluk oranları oldukça yüksektir. Bir kısım hasta çeşitli sebeplerle randevusuz muayene olmayı talep etmektedir. Randevusuz gelen hastalar, planlanmış randevuların aksamasına neden olmaktadır. Randevusuz gelen bir hastanın durumunun acil olup olmadığını belirlemek zor olup; acil olmayan vakaların öncelik almasına ve gerçek acil durumların gecikmesine yol açabilir. Bu çalışmada, bir romatoloji polikliniğine randevusuz başvuran hastaların tanıları ve başvuru nedenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.
Yöntem: Bu çalışma Ekim 2024- Ocak 2025 tarihleri arasında Ankara eğitim araştırma hastanesinde ki bir romatoloji uzmanın polikliniğinde randevusuz baktığı hastalar incelenerek yapılmıştır.
Bulgular: Çalışmamızda bir romatoloji uzmanının muayene ettiği 1689 hastanın 109'u (% 6,45) randevusuz hastaydı. Randevusuzların 67'si (%61,5) kadın, yaş ortalaması 55,1 ±15,6 idi. En sık başvuru nedenleri konsültasyon (% 41,3) ve sonuç göstermekti (% 40,4) daha sonra reçete-rapor yazdırmak, alevlenme ve istem yeniletme gelmekteydi (Şekil.1). Randevusuzların %39,4'nün inflamatuar romatolojik hastalığı (İRH) yoktu (n=43), tanılı hastalar içinde ise en sık romatoid artrit (n=25, %22.9) yer almaktaydı (Şekil.2).
Sonuç: Çalışmamızda randevusuz gelen hastaların %60,6 sının bilinen inflamatuar romatizmal hastalığı vardı. Romatolog sayısının sınırlı olması ve pek de efektif olmayan yeşil alan açılması sonucu bir çok romatoloji hastası randevu bulmakta zorlanmaktadır. Romatolog tarafından İRH tanısı konulanlara MHRS randevusunda öncelik verilmesi bu duruma çözüm olabilir. Randevusuz hastalarda konsültasyonlar ve sonuçlar çok önemli yer kaplamaktadır. Konsültasyon istemlerinde acil değerlendirme istenip istenmediği ayrı bir kutucuk ile sorgulanmalıdır. MHRS sisteminde hekimlerin kendi randevu verebildiği, devam eden randevu sayısının arttırılması randevusuz gelen sonuç hastalarına çözüm olacaktır. Tüm bunlarla romatoloji polikliniklerinde verimlilik arttırılabilir.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuar romatizmal hastalık, Randevu, Romatoloji

Şekil.1: Randevusuz hastaların başvuru nedenleri.



[Abstract:0172]

Romatoid Artritli Hastalarda Eşlik Eden Fibromiyalji Sendromunun Yaşam kalitesi ve Uyku ile ilişkisi

Tuba Erdem Sultanoğlu
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Düzce

Giriş-Amaç: Romatoid artrit (RA), kronik inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Eklem hasarı ve kronik ağrı disabiliteye neden olarak yaşam kalitesini etkiler. İş gücü kaybına, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara ve uyku bozukluklarına yol açabilmektedir. Fibromiyalji sendromu (FMS) kronik yaygın ağrı, yorgunluk ve uyku bozuklukları ile karakterizedir. RA, aksiyel spondiloartrit (axSpA) ve psöriatik artrit (PsA) hastalarında eşlik eden FMS'nin yaygınlığı genel popülasyondan önemli ölçüde daha yüksektir. FMS prevelansı RA'da %18-24, axSpA'da %14-16 ve PsA'da %18 olarak bildirilmiştir. Ancak inflamatuar romatizmal hastalıklarda FMS'nin daha iyi tanımlanması, sınıflandırılması ve yönetimine ihtiyaç vardır. Bu çalışmada RA'lı hastalarda eşlik eden fibromiyaljinin yaşam kalitesi ve uyku ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.
Yöntem: Tek merkezli kesitsel çalışmaya 18-65 yaş arasında, 2010 ACR kriterlerine göre RA tanısı almış, hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD) kullanan 52 hasta dahil edildi. Demografik, klinik parametreler ve Hastalık Aktivasyon Skoru 28 (DAS28) kaydedildi. ACR 2016 tanı kriterlerine göre FMS olan hastalar tespit edildi. Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PSQL); FMS'de fonksiyonel durumunu değerlendirmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) kullanıldı.
Bulgular: Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. FMS'li RA hastalarının demografik, klinik ve fonksiyonel parametreleri FMS'siz hastalarla karşılaştırıldı ve Tablo 2'de gösterildi. FMS saptanan RA hastalarında fonksiyonel parametreler anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.001$).FIQ ile demografik ve fonksiyonel parametreler değerlendirildiğinde FIQ ile RA-QoL, DAS-28 ve PSQL ile pozitif orta şiddette korelasyon olduğu ($r=0,494$; $r=0,546$; $r=0,641$; $p=0,012$; $p=0,032$; $p=0,014$); FIQ ile yaş, BMI ve hastalık süresi arasında korelasyon olmadığı saptandı ($p=0,484$; $p=0,224$; $p=0,136$).
Sonuç: FMS inflamatuvar romatizmal hastalıkların tanısında ve takibinde önem taşıyan yaygın ve karmaşık bir hastalıktır. RA'ya eşlik eden FMS, hasta tarafından bildirilen sonuçları etkileyebilir ve hastalık aktivite skorlarının artmasına neden olabilir. RA hastalarında FMS birlikteliği yaşam kalitesinin düşüklüğü ve uyku bozukluğuyla ilişkilidir. İnflamatuvar romatizmal hastalıklar bağlamında FMS'nin daha iyi tanımlanması, sınıflandırılması ve yönetimine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Fibromiyalji Sendromu, yaşam kalitesi, uyku kalitesi

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

		FMS (+) x̄±SS, n % n=26	FMS (-) x̄±SS, n % n=26	Total x̄±SS, n % n =52	p
Yaş		52,88±12.45	51,7±12.55	52.3±12.39	0.741
Cinsiyet	Kadın	19 (73,1)	18 (69,2)	37 (71,2)	0.760
	Erkek	7 (26,9)	8 (30,8)	15 (28,8)	
BMI (kg/m2)		30,49±5,69	29,94±5,14	30,21±5,38	0,715
Hastalık süresi (yıl)		6,19±4,80	4,92±2,94	5,56±3,99	0,256
Eğitim seviyesi	İlköğretim	9 (34,6)	11 (42,3)	20 (38,5)	0,705
	Lise	12 (46,2)	12 (46,2)	24 (46,2)	
	Üniversite	5 (19,2)	3 (11,5)	8 (15,4)	
Medeni durum	Evli	8 (30,8)	6 (23,1)	14 (26,9)	0,531
	Bekar	18 (69,2)	20 (76,9)	38 (73,1)	
Meslek	Ev hanımı	11 (42,3)	8 (30,8)	19 (36,5)	0,585
	İşçi	6 (23,1)	9 (34,6)	15 (28,8)	
	Memur	9 (34,6)	9 (34,6)	18 (34,6)	
Tedavi	csDMARD	4 (15,4)	6 (23,1)	10 (19,2)	0,779
	bDMARD	13 (50)	12 (46,2)	25 (48,1)	
	csDMARD+bDMARD	9 (34,6)	8 (30,8)	17 (32,7)	

Tablo 2. FMS (+) ve FMS (-) RA hastalarının fonksiyonel parametrelerinin karşılaştırılması

	FMS (+) x̄±SS N=26	FMS (-) x̄±SS n=26	Total x̄±SS n =52	p
RA-QoL	16,61±3,43	11,61±2,87	14,1±4,02	<0.001
DAS-28	4,01±0,94	3,24±0,56	3,62±0,86	<0.001
PSQI Total	10,85±3,65	6,23±2,01	8,54±3,73	<0.001
FIQ	34,21±16,52	-	-	

Tablo 3. FIQ'nın demografik, klinik ve fonksiyonel parametrelerle korelasyonu

	r	p
RA-QoL	0,494	**0,012**
DAS-28	0,546	**0,032**
PSQI Total	0,641	**0,014**
Yaş	-0,144	0,484
BMI (kg/m²)	0,247	0,224
Hastalık süresi (yıl)	-0,300	0,136

[Abstract:0177]

Yapay zeka platformlarının yeterlilik sınavlarına hazırlıkta kullanılabilirliği ve güvenilirliği: osteoartrit üzerine deneysel bir çalışma

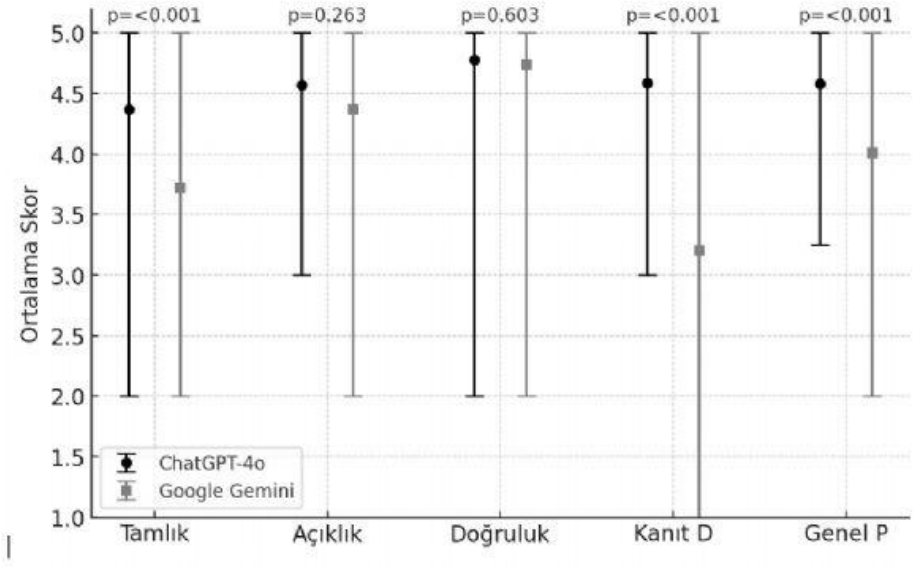
Selkin Yılmaz Muluk
Antalya Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Bu çalışma, yapay zeka (YZ) platformlarının Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanlık yeterlilik sınavlarına hazırlık sürecinde bilimsel doğruluk, güvenilirlik ve eksiksizlik açısından değerlendirilebilirliğini araştırmayı amaçlamaktadır. Günümüzde YZ birçok işkolunda yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve kullanım alanı giderek genişlemiştir. Bu yükseliş, tıp ve sağlık bilimleri gibi medikal alanlarda da kaçınılmaz hale gelmiştir.
Yöntem: Çalışmada, "Robert Kaplan, Pearls of Wisdom, Second Edition" kitabının osteoartrit bölümündeki 46 soru kullanılmıştır. Sorular, ChatGPT-4.0 ve Gemini Advanced 2.0 Flash platformlarına yönlendirilmiş, verilen yanıtlar kaynaktaki cevaplar referans alınarak tamlık, açıklık, yanlış bilgi içermeme (doğruluk) ve kanıt desteği açısından 5'li Likert skoru ile değerlendirilmiştir. Platformların skorlarını karşılaştırmada Wilcoxon Signed-Rank testi ve paired t-test kullanılmış, grup içi farklılıkları açığa çıkarmada Friedman testi kullanılmıştır.
Bulgular: ChatGPT, tamlık (4.37±0.77), açıklık (4.57±0.62), doğruluk (4.78±0.63) ve kaynak varlığı (4.59±0.69) açısından yüksek puanlar almıştır. Gemini ise tamlıkta (3.72±0.96) ve kaynak varlığında (3.20±1.69) daha düşük performans göstermiştir. Wilcoxon testi sonuçlarına göre ChatGPT, tamlık ve kaynak varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde üstün bulunmuştur ($p<0.001$, etki büyüklüğü: 0.52 ve 0.61). Genel değerlendirme puanı ChatGPT için 4.58±0.49, Gemini için 4.01±0.66 olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$, Cohen's $d=0.74$). YZ platformları, osteoartritle ilgili en yüksek başarıyı tedavi yanıtlarında gösterirken, en düşük başarıyı genel bilgiler kategorisinde göstermiştir. Friedman testi sonuçlarına göre, her iki modelin en iyi performansı yanlış doğruluk olurken, ChatGPT'nin en zayıf olduğu kategori tamlık, Gemini'nin ise kaynak desteği olmuştur.
Sonuç: ChatGPT, osteoartrit konusundaki sınav hazırlık materyallerinde daha tutarlı ve kapsamlı bilgiler sunarken, Gemini doğruluk açısından benzer performans göstermesine rağmen eksik bilgi ve kaynak kullanımı yönünden zayıf kalmıştır. YZ destekli çalışma yöntemlerinin board sınav hazırlığında destekleyici bir araç olabileceği ancak eksiksizlik ve kanıt desteği açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Tıbbi bilgi edinme ve öğrenme süreci kritik olduğundan, YZ'nın ürettiği yanıtlar mutlaka güvenilir kaynaklarla doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: osteoartrit, yapay zeka, yeterlilik, tıbbi bilgi

---

ChatGPT ve Gemini'nin değerlendirme kategorilerine göre ortalama skorları ve minimum, maksimum değerleri



Ortalama Skor: her kategorideki genel puan ortalaması, Kanıt D: kanıt desteği, Genel P: genel performans. Şekiller ortalamaları, çubuklar minimum ve maksimum değerleri göstermektedir.

ChatGPT ve Gemini skorlarının Wilcoxin-signed-rank ve paired t-test ile karşılaştırılması ve etki büyüklükleri

Karşılaştırma	Z skoru/ t (df:45)	p değeri	Etki Büyüklüğü
Tamlık	-3.551	<0.001*	0.52
Açıklık	-1.119	0.263	0.16
Doğruluk	-0.520	0.603	0.08
Kanıt desteği	-4.152	<0.001*	0.61
Genel performans	5.048	<0.001*	0.74

Tamlık, açıklık, doğruluk ve kanıt desteği için Wilcoxin-signed-rank testi kullanıldı (Z skoru), Genel performans için paired t-test kullanıldı (t). Genel performans skorları, SD ve SEM ChatGPT ve Gemini için 4.58, 4.01; 0.49,0.66; 0.073,0.097.

[Abstract:0178]

Çocukluk çağı başlangıçlı psöriyazis ile erişkin başlangıçlı psöriyazis hastalarının psoriatik artrit fenotiplerinin karşılaştırılması: çok merkezli bir çalışma

Abdulvahap Kahveci[1], İsmihan Sunar[2], Şebnem Ataman[2], Hatice Bodur[3], Betül Sargın[4], Gizem Cengiz[5], Nihan Cuzdan Balta[6], Merve Baykul[7], Dilek Keskin[8], Hatice Reşorlu[9], Hakan Alkan[10], Sevtap Acer Kasman[11], Nilay Şahin[12], Kevser Orhan[13], Murat Toprak[14], İlknur Albayrak Gezer[15], Cevriye Mülkoğlu[16], Mehmet Tuncay Duruöz[17], Nesrin Şen[18], Ajda Bal[19], Ozan Volkan Yurdakul[20], Okan Küçükakkaş[21], Meltem Alkan Melikoğlu[22], Figen Ayhan[23], Mustafa Çalış[24], Erhan Çapkın[25], Gül Devrimsel[26], Sami Hizmetli[27], Ayhan Kamanlı[28], Yasar Keskin[20], Hilal Ecesoy[29], Oznur Kutluk[30], Omer Faruk Sendur[31], Sena Tolu[32], Mazlum Serdar Akaltun[33], İbrahim Tekeoğlu[28], Tiraje Tuncer[34], Erkan Kılıç[35], Kemal Nas[28]

[1]Kastamonu Training and Research Hospital, Rheumatology, Kastamonu, Türkiye
[2]Ankara University School of Medicine, Dept of PMR, Division of Rheumatology, Ankara, Türkiye
[3]Ankara Bilkent City Hospital, Dept of PMR, Ankara, Türkiye,
[4]Aydın State Hospital, Rheumatology, Aydın, Türkiye
[5]Erciyes University School of Medicine, Dept of PMR, Division of Rheumatology, Kayseri, Türkiye
[6]Antalya City Hopital, Rheumatology, Antalya, Türkiye
[7]Hatay Dörtyol State Hospital, PMR, Hatay, Türkiye
[8]Kırıkkale University School of Medicine, Dept of PMR, Kırıkkale, Türkiye
[9]Çanakkale Onsekiz Mart University School of Medicine, Dept of PMR, Çanakkale, Türkiye
[10]Pamukkale University School of Medicine, Dept of PMR, Denizli, Türkiye
[11]Medical Park Pendik Hospital, Rheumatology, Istanbul, Türkiye
[12]Balıkesir University School of Medicine, Dept of PMR, Balıkesir, Türkiye
[13]Ankara Bilkent City Hospital, Rheumatology, Ankara, Türkiye
[14]Yuzuncu Yıl University School of Medicine, Dept of PMR, Van, Türkiye
[15]Selçuk University School of Medicine, Dept of PMR, Konya, Türkiye
[16]University of Health Sciences, Ankara Training and Research Hospital, Dept of PMR, Ankara, Türkiye
[17]Marmara University School of Medicine, Dept of PMR, Division of Rheumatology, Istanbul, Türkiye
[18]Kartal Dr. Lutfi Kirdar Training and Research Hospital, Rheumatology, Istanbul, Türkiye
[19]Ankara Etlik City Hospital, Dept of PMR, Ankara, Türkiye
[20]Bezmiâlem Foundation University, Dept of PMR, Istanbul, Türkiye
[21]NMC Speciality Hospital-Dubai Investment Park, PMR, Abu Dhabi, United Arab Emirates
[22]Atatürk University School of Medicine, Dept of PMR, Division of Rheumatology, Erzurum, Türkiye
[23]Atılım University School of Medicine, PMR, Ankara, Türkiye
[24]Erciyes University School of Medicine, Dept of PMR, Kayseri, Türkiye
[25]Karadeniz Technical University School of Medicine, Dept of PMR, Trabzon, Türkiye
[26]Recep Tayyip Erdoğan University School of Medicine, Dept of PMR, Rize, Türkiye
[27]Sivas Cumhuriyet University School of Medicine, Dept of PMR, Division of Rheumatology, Sivas, Türkiye
[28]Sakarya University School of Medicine, Dept of PMR, Division of Rheumatology, Sakarya, Türkiye
[29]Karamanoğlu Mehmetbey University School of Medicine, Dept of PMR,Division of Rheumatology, Karaman, Türkiye,
[30]Antalya Training and Research Hospital, Rheumatology, Antalya, Türkiye,
[31]Medicana International Izmir Hospital, PMR, İzmir, Türkiye,
[32]Medipol University School of Medicine, PMR, Istanbul, Türkiye,
[33]Gaziantep University School of Medicine, Dept of PMR, Gaziantep, Türkiye,
[34]Akdeniz University School of Medicine, Dept of PMR, Antalya, Türkiye,
[35]Kanuni Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Trabzon, Türkiye

Giriş: Psöriyazis (PsO) kronik inflamatuar deri hastalığı olup hastaların yaklaşık %30'unda psoriatik artrit (PsA) gelişmektedir. Psöriyazisten PsA'ya geçiş riski farklı hasta gruplarında klinik ve moleküler olarak değişkenlik göstermektedir. Bu çalışma çocukluk çağında başlayan PsO ile erişkin çağda başlayan PsO hastalarında gelişen PsA'nın klinik fenotiplerini karşılaştırmayı amaçlamıştır.
Materyal ve Metod: Bu çalışmaya CASPAR kriterlerini karşılayan 1337 PsA hastası TRASD-Network projesi kapsamında çok merkezli olarak dahil edildi. Hastalara ait veriler hasta kayıt sisteminden elde edilerek analiz edildi. PsA hastaları, PsO başlangıç zamanına göre çocukluk çağı başlangıçlı (18 yaş altı) ve erişkin başlangıçlı (18 yaş ve üzeri) olarak iki gruba ayrılarak hastaların demografik özellikleri, semptom ve tanı süresi, tanı gecikmesi, klinik özelliklerini, hastalık aktivitesi ve fonksiyonel durumları verinin özelliğine göre uygun istatistiksel test ile analiz edilerek karşılaştırıldı.
Bulgular: Çocukluk çağı başlangıçlı Pso olan PsA hastalarında (n=235) ortalama yaş 38.89 (±12.00), erişkin başlangıçlı grupta (n=1102) ortalama yaş 47.91 (±11.53)'di (p <0.001). Çocukluk çağı başlangıçlı grupta kadın hasta sayısı daha yüksek (%71.06 vs %63.43; p=0.026), semptom süresi, tanı süresi ile tanı gecikme

süresi istatistiksel olarak daha uzundu (sırasıyla p=0.002, p=0.002 ve p=0.021). Erişkin başlangıçlı grupta multimorbit hasta oranı (p<0.001), tırnak etkilenimi (p=0.021) ve radyografik sakroileit (p=0.017) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Hastalık aktivite ölçeklerinden DAPSA ve MASES skorları çocukluk çağı başlangıçlı grupta daha yüksek iken (sırasıyla p=0.025 ve p<0.001), BASMI ve BASFI skorları erişkin başlangıçlı grupta daha yüksekti (sırasıyla p=0.002 ve p=0.022). Sonuç: Bu çok merkezli ulusal çalışma PsO'nun çocukluk çağında başladığı PsA hastalarında tanı gecikme süresinin daha uzun, DAPSA skoru ve entezit skorunun (MASES) daha yüksek olduğunu ortaya koydu. Diğer yandan PsO'nun erişkin dönemde başladığı PsA hastalarında tırnak etkilenimi, radyografik sakroileit ve komorbit hastalıkların daha sık, BASMI ve BASFI skorlarının daha yüksek olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: erişkin başlangıç, jüvenil başlangıç, klinik fenotip, psoriatik artrit, psöriyazis

---

Tablo 1. Çocukluk çağı başlangıçlı ve erişkin başlangıçlı psöriyazis hastalarının psoriatik artrit klinik özellikleri

	Grup 1 PsA (Çocukluk çağı başlangıçlı PsO) n:235	Grup 2 PsA (Erişkin başlangıçlı PsO) n:1102	P
Yaş	38.89 (±12.00)	47.91 (±11.53)	**<0.001**
Cinsiyet, kadın %	167 (71.06)	699 (63.43)	**0.026**
VKİ	28.21 (±13.49)	29.26 (±9.09)	0.147
Semptom süresi, yıl	12.32 (±11.89)	9.72 (±8.66)	**0.002**
Hastalık süresi, yıl	7.83 (±9.21)	6.21 (±6.80)	**0.002**
Tanı gecikmesi, yıl	4.48 (±7.00)	3.50 (±5.69)	**0.021**
Psöriyasis ve kas-iskelet tutulumu arasında geçen süre, ay	173 (0-1248)	84 (0-720)	**<0.001**
Periferik artrit başlangıcı (yaş)	38.33 (±12.76)	38.35 (±13.10)	0.984
Entezit başlangıcı (yaş)	38.57 (±12.02)	37.31 (±13.45)	0.258
Allede sedef hastalığı öyküsü %	92 (39.14)	373 (33.84)	0.121
Multimorbidite %	16 (6.80)	194 (17.60)	**<0.001**
Ön üveit %	15 (6.38)	67 (6.07)	0.631
Daktilit %	67 (28.51)	307 (27.85)	0.937
IBD %	6 (2.55)	23 (2.09)	0.507
Spondilit %	53 (22.55)	228 (20.68)	0.526
İnflamatuar bel ağrısı %	116 (49.36)	492 (44.64)	0.188
Radyografik sakroileit %	75 (31.91)	409 (37.11)	**0.017**
Tırnak tutulumu %	120 (51.06)	653 (59.25)	**0.021**
Başlangıç PsA belirtisi (%)			
✓periferik artrit	146 (62.12)	733 (66.51)	0.655
✓entezit	35 (14.89)	134 (12.15)	0.524
✓inflamatuvar bel ağrısı	78 (33.19)	337 (30.58)	0.455
✓daktilit	25 (10.63)	94 (8.5)	0.157
DAPSA	25.91 (±15.63)	22.98 (±13.54)	**0.025**
MASES	3.20 (±3.26)	2.28 (±3.14)	**<0.001**
BASDAI	4.24 (±1.92)	4.46 (±2.08)	0.074
BASMI	1.80 (±1.67)	2.11 (±1.86)	**0.002**
BASFI	3.37 (±1.97)	3.71 (±2.18)	**0.022**
PSAQOL	6.62 (±6.02)	6.94 (±6.45)	0.362
CRP, mg/L	8.84 (11.30)	9.61 (17.25)	0.375

[Abstract:0179]

TNF-alfa inhibitörü kullanan hastalarda nötropeni sıklığı ve klinik sonuçları: Retrospektif bir çalışma

Eren Aygün, Burak Uğur Çetin, Rana Terlemez, Kenan Akgün
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Son yıllarda inflamatuvar eklem hastalıklarının tedavisinde TNF-alfa inhibitörü ilaçlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastalık aktivitesini kontrol altına almak ve eklem hasarını önlemek açısından etkin olmakla birlikte, çeşitli yan etkilere de yol açabilmektedirler. Bu ilaçlar hematolojik yan etkilerle nadiren ilişkilendirilse de, literatürde ilaca bağlı nötropeni, anemi, trombositopeni ve eozinofili bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde TNF-alfa inhibitörü tedavisi alan hastalarda nötropeni gelişme sıklığını değerlendirmek, nötropeni gelişen hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerini belirlemek ve bu durumun tedavi süreci üzerindeki etkilerini retrospektif olarak analiz etmektir.
Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, kliniğimizde Eylül 2023 – Ocak 2025 tarihleri arasında TNF-alfa inhibitörü reçete edilen hastalar incelendi. Hasta verileri, hastane elektronik kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından geriye dönük olarak tarandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri, tanıları, aldıkları tedavi, tedavi süresi, tam kan sayımı sonuçları ve nötropeni gelişme durumları değerlendirildi. Nötropeni saptanan hastalarda klinik seyir, tedavi değişiklikleri ve takip sonuçları kaydedildi.
Bulgular: Çalışmaya 86 aksiyel spondiloartrit (AxSpA), 8 psöriatik artrit (PsA) ve 28 romatoid artrit (RA) hastası dahil edildi. Taranan toplam 122 hastanın 7'sinde (%5,74) nötropeni saptandı. Bu hastaların 3'ü AxSpA, 1'i PsA ve 3'ü RA tanısı almıştı. RA tanılı hastalardan ikisi, biri metotreksat diğeri leflunomid olmak üzere konvansiyonel sentetik DMARD tedavisi alıyordu. AxSpA hastalarının ikisi etanersept, biri adalimumab kullanırken; RA hastalarının biri etanersept, diğer ikisi ise adalimumab tedavisi almaktaydı. PsA hastası ise etanersept kullanmaktaydı. Tüm hastalarda hafif düzeyde nötropeni tespit edildi. Nötropeni gelişimi, hastaların dördünde TNF-alfa inhibitörü tedavi başlandıktan sonra 3. ay kontrolünde, ikisinde 6. ay kontrolünde ve birinde ise 12. ay kontrolünde gözlendi. Hiçbir hastada ciddi enfeksiyon gelişmemiş ve tedavide herhangi bir değişikliğe gerek duyulmamıştır.
Sonuç: Nötropeni, TNF-alfa inhibitörü kullanan hastalarda nadir görülen bir durum olmakla birlikte, hematolojik bir komplikasyon olarak dikkatle izlenmelidir. Nötropeni, sıklıkla TNF-alfa inhibitörü ile tedavinin erken döneminde ortaya çıkmaktadır ve sıkı takip edilmesi gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Biyolojik ajanlar, hematolojik yan etkiler, nötropeni, TNF-alfa inhibitörleri

[Abstract:0180]

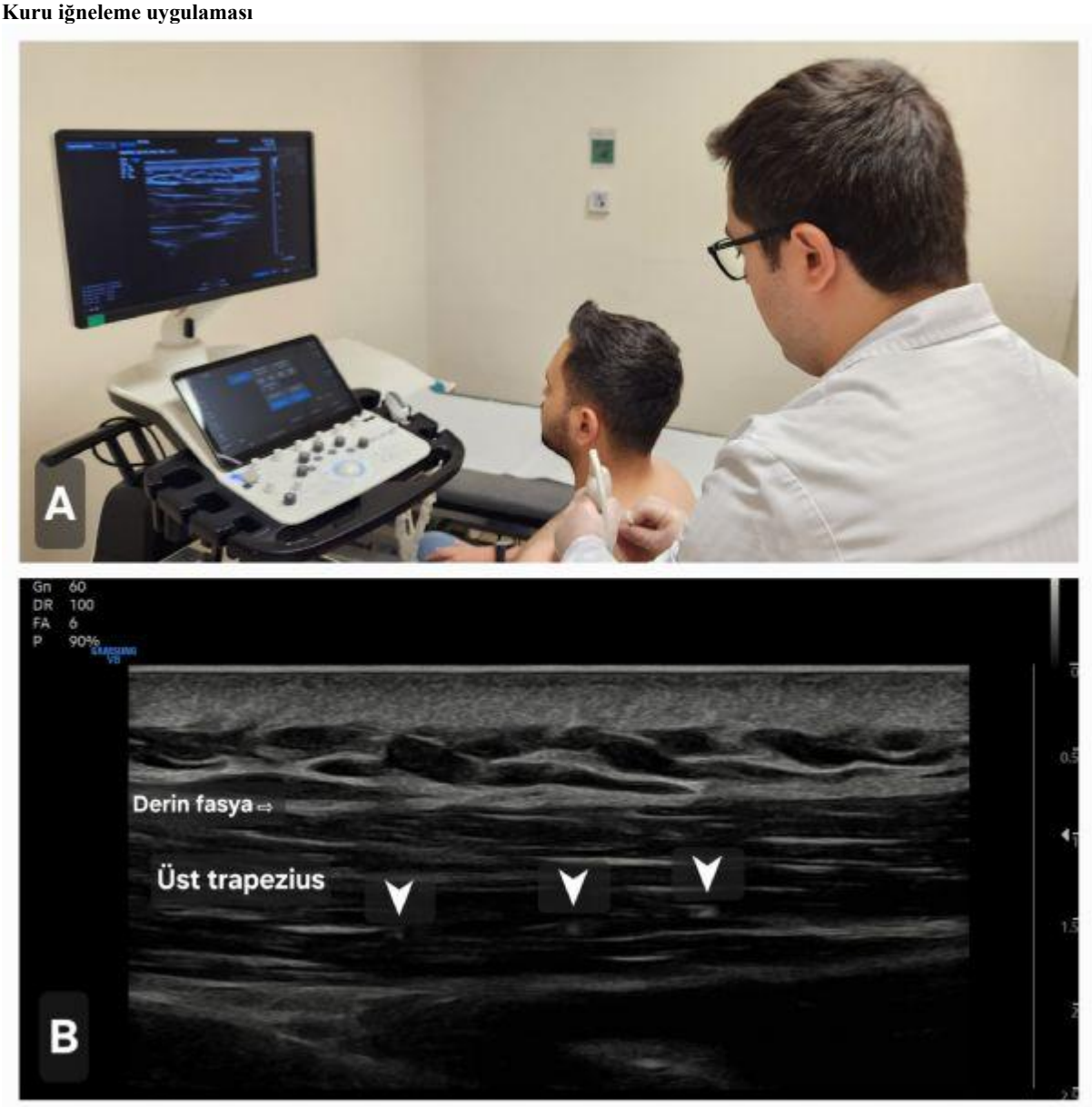
Üst trapezius kası miyofasyal ağrı sendromu tedavisi: ultrason rehberliğinde kuru iğneleme tekniklerinin karşılaştırılması

Muhammed Korkut, Mustafa Fatih Yaşar, Serdar Kılınç
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Çalışmanın amacı üst trapezius kası miyofasyal ağrı sendromu (MAS) tanısı alan hastalarda, ultrason (USG) rehberliğinde uygulanan yüzeyel kuru iğneleme (YKİ) ve derin kuru iğneleme (DKİ) tekniklerinin etkinliklerini karşılaştırmaktır.
Gereç-Yöntem: Kronik boyun ağrısı şikayetiyle başvuran ve üst trapezius kası MAS tanısı alan 80 hasta çalışmaya dahil edildi. Prospektif, tek kör olarak tasarlanan çalışmada, hastalar randomize olarak iki gruba ayrıldı.
YKİ Grubu (Fasyal): Miyofasyal tetik noktaların olduğu bölgeden USG rehberliğinde iğneler ciltten girilerek subkutan derin fasyaya kadar ilerletilerek uygulandı.
DKİ Grubu (Miyofasyal): İğneleme işlemi USG rehberliğinde doğrudan kas içindeki tetik noktalara uygulandı.
Her iki gruba da bir hafta boyunca ev egzersiz programı tedaviye ek olarak verildi. Hastalar tedavi öncesinde (TÖ) ve tedaviden bir hafta sonra (TS) değerlendirildi. Değerlendirmede Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği (SADÖ), Boyun Bournemouth Anketi (BBA) ve Boyun Özürlülük Sorgulama Anketi (BÖSA) kullanıldı. Ayrıca, Servikal Eklem Hareket Açıklığı (EHA) ve Algometre Basınç Ağrı Eşiği değerlendirildi.
Bulgular: USG rehberliğinde yapılan her iki teknikte SADÖ, BBA, BÖSA ve basınç ağrı eşiği ölçümlerinde TÖ ve TS istatistiksel olarak anlamlı değişim saptandı ($p < 0,001$). YKİ grubunda SADÖ -1,45 ± 1,13, BBA -8,72 ± 7,22, BÖSA -3,8 ± 2,97 ve basınç ağrı eşiği 0,36 ± 0,39 değişim gösterirken, DKİ grubunda SADÖ -4,22 ± 1,42, BBA -26,12 ± 9,44, BÖSA -11,72 ± 3,79 ve basınç ağrı eşiği 1,23 ± 0,42 olarak değişti. Ayrıca DKİ grubunda, servikal EHA tüm yönlerde anlamlı bir iyileşme görülürken ($p<0,001$), YKİ grubunda ise sadece fleksiyon ve sağ rotasyonda anlamlı bir artış görüldü ($p<0,05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda DKİ grubunun tüm parametrelerde tedaviye daha üstün yanıt verdiği görüldü ($p < 0,001$).
Sonuç: Üst trapezius MAS yönetiminde yüzeyel ve derin dokuları ayırt etmesi amacıyla USG rehberliğinde yapılan kuru iğneleme tedavisi güvenli ve etkili bir yöntemdir. DKİ, yüzeyel iğnelemeye kıyasla ağrı, fonksiyonel durum, günlük yaşam aktiviteleri ve biyopsikososyal açıdan daha etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Kuru iğneleme, Miyofasyal ağrı sendromu, Tetik nokta

Kuru iğneleme uygulaması



Resim A: Lineer ultrason probu kullanılarak üst trapezius kası longitudinal planda görüntülendi. Ultrason rehberliğinde out-plane yaklaşımı ile kuru iğneleme uygulandı. Resim B: Ultrason rehberliğinde derin kuru iğneleme, üst trapezius kası içindeki tetik noktalara uygulandı. Ok başı işaretleri (➤), iğne uçlarını göstermektedir. Ok işareti (⇨), derin fasya kompartmanını göstermektedir.

[Abstract:0196]

Dorsoradial El Bilek Ağrılı Hastalarda Klinik ve Ultrasonografik Bulguların Korelasyonu

Münteha İlkyaz Karadağ, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş, Esra Giray, Özge Gülsüm İlleez, Aslınur Keleş Ercişli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,İstanbul

Amaç: Dorsoradial bölgede el bilek ağrısına neden olan patolojiler arasında başparmak karpometakarpal eklem osteoartriti, de Quervain (DQ) tendiniti, proksimal ve distal interseksiyon sendromları, süperfisiyel radial sinir nöropatisi, ganglion kistleri, osseöz patolojiler ve romatolojik hastalıklar yer almaktadır. Ancak bu patolojilerin ayırıcı tanısında provakatif testler yetersiz kalabilmektedir. Çalışmamızda dorsoradial el bileği ağrısı ile başvuran hastalarda USG incelemeleri sonucunda elde edilen parametreler ile klinik muayene testleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlandı.
Gereç ve Yöntemler: Çalışmamıza Haziran 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 18-80 yaş arası, dorsoradial el bileği ağrısı olan hastalar dahil edildi. Hastalar fizik muayene sonrasında kör bir araştırmacı tarafından USG ile değerlendirildi. Karpometakarpal (KMK) eklem, birinci ekstansör kompartman, proksimal ve distal interseksiyon bölgeleri ve süperfisiyel radial sinir (SRS) incelendi.
Bulgular: Çalışmaya 45 hasta dahil edildi. Klinik tanıları incelendiğinde %57,8'i (n=26) KMK eklem artriti, %35,6'sı (n=16) DQ tendiniti, %2,2'si (n=1) proksimal interseksiyon sendromu, %2,2'si (n=1) distal interseksiyon sendromu, %2,2'si (n=1) ganglion kisti idi. KMK artriti grubunda kortikal düzensizlik varlığı) ve orta ile majör osteofit varlığı USG'de anlamlı bulgular olarak öne çıktı. DQ tendiniti için tendon ekojenitesinde azalma ve tendon kılıfı ile tendon mesafesi (TKTM)'deki artış en belirgin USG bulguları oldu. KMK eklem hassasiyeti, KMK artriti ile anlamlı bir ilişki gösterdi. Bununla birlikte, öğütme testi ve subluksasyon-relokasyon testi bulgularının KMK artriti ile anlamlı bir ilişki göstermediği saptandı. Radial stiloid ağrısı ve Eichhoff testi, DQ tendiniti tanısında anlamlı bulundu.
Sonuç: Provakatif testlerin çoğu tanı açısından sınırlı bir katkı sunarken, USG özellikle arada kalınan vakalarda doğru tanı için değerli bir araçtır. KMK eklem artriti için kortikal düzensizlik ve osteofit varlığı; DQ tendiniti için USG ile saptanan birinci ekstansör kompartmanda TKTM'nin artışı ve tendon ekojenitesindeki azalma önemli bulgular olarak tanımlandı.

Anahtar Kelimeler: de Quervain tenosinoviti, karpometakarpal eklem artriti, ultrasonografi

[Abstract:0198]

Fibromiyalji sendromunda tedaviye uyumun algılanan hastalık yükü ve fonksiyonel durum ile ilişkisi

Tuğba Alışık[1], Yağmur Çağla Reis Altan[2], Esra Şahingöz Bakırcı[4], Elif Yakşi[1], Barış Nacır[3]
[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bolu
[2]Çubuk Halil Şıvgın Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[3]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[4]Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Yozgat

Amaç: Fibromiyalji (FMS), hem fiziksel hem de ruhsal iyi oluşu etkileyen, çeşitli semptomların eşlik ettiği, kronik ve yaygın kas iskelet ağrısı ile karakterize bir sendromdur. FMS'de patofizyoloji tam olarak bilinmediğinden etkili tedaviyi belirlemek zorlaşmakta ve hastaların tedaviye uyumunun sağlanması önem taşımaktadır. Bu çalışmada FMS hastalarında tedaviye uyum ile hastalık algısı, fonksiyonel durum ve ağrı şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
Yöntem: Bu kesitsel araştırmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 2013 ACR modifiye tanı kriterlerine göre FMS tanısı konulmuş hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri ve klinik parametreleri kaydedildi. Tüm katılımcılara Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MMTUÖ), Fibromiyalji Etki Anketi (FEA), Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve Kısa Ağrı Envanteri (KAE) ölçekleri doldurduldu. Verilerin istatistiksel analizinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Çoklu grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi ile post hoc Dunn-Bonferroni testi kullanıldı.
Bulgular: Çalışmaya 67 kadın (%79,8) ve 17 erkek (%20,2) olmak üzere 84 FMS hastası dahil edildi. Hastaların ortanca (çeyrekler arası açıklık) MMTUÖ puanları 3 (2-4), KHAÖ puanları 50 (42-60), FEA puanları 48 (36-57,8), KAE puanları 9 (5-14) bulundu. Hastalar cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, sigara, alkol kullanımı, ilaç kullanımı veya ek hastalık varlığı açısından gruplandırılarak karşılaştırıldığında MMTUÖ puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$). MMTUÖ puanları KHAÖ ($rho=-0,445$, $p<0,001$), FEA ($rho=-0,275$, $p=0,011$) ve KAE puanları ($rho=-0,403$, $p<0,001$) ile anlamlı ilişkili bulundu. FEA puanlarına göre ağır etkilenmiş olan hastaların tedaviye uyum puanları daha düşüktü ($p<0,05$).
Sonuç: Çalışmamızda FMS hastalarında tedaviye uyum ile hastalık algısı, fonksiyonel durum ve ağrı şiddeti arasında negatif bir ilişki bulundu. Bu bulgular hastalık etkisi arttıkça ve hastalık algısı bozuldukça FMS hastalarının tedaviye uyumunun azaldığını ortaya koymaktadır. Bu durum, tedaviye uyumun artırılabilmesi için hastalık algısının olumlu yönde düzenlenmesine ve multidisipliner yaklaşımların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: fibromiyalji, hastalık algısı, tedavi uyumu

[Abstract:0200]

Postmenopozal romatoid artrit tanılı hastalarda trabeküler kemik skoru (TBS) ve osteosarkopeni ilişkisinin değerlendirilmesi

Başak Günay, Şansın Tüzün, Rana Terlemez
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Osteoporoz ve sarkopeni birlikteliği 'osteosarkopeni' olarak isimlendirilen bir geriatrik sendromdur. Bu çalışmanın amacı romatoid artrit (RA) tanılı postmenopozal osteoporozu olan kadın hastalarda, eşleştirilmiş kontrol grubuyla karşılaştırıldığında osteosarkopeninin trabeküler kemik skoru (TBS) ile ilişkisini değerlendirmektir.
Çalışmamıza RA ve postmenopozal osteoporoz tanılı 15 olgu ve kontrol grubu olarak postmenopozal osteoporozu olup eşlik eden romatizmal hastalığı olmayan 15 olgu dahil edilmiştir. Olguların demografik verileri ve osteoporozla ilişkili risk faktörleri sorgulanmıştır. Lomber ve femoral kemik mineral yoğunluğu (KMY) ve TBS değerlendirilmiştir. Sarkopeni tanısı için, Uluslararası Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği çatısı altında, sarkopeni özel ilgi grubu (ISarcoPRM) içinde yer alan uzmanların geliştirdiği algoritma kullanılmıştır. Bu algoritmaya göre düşük kas fonksiyonunu belirlemek için sandalyede otur kalk testi (SOKT) ve el kavrama kuvveti değerlendirilmiştir. Kas kütle kaybını değerlendirmek için, ultrasonografi ile uyluk ortasından ölçülen kas kalınlığının (milimetre) vücut kitle indeksine bölünmesiyle elde edilen STAR (Sonographic Thigh Adjustment Ratio) değeri kullanılmıştır. Düşük kas fonksiyonu ve kas kütlesi birlikteliği 'sarkopeni' olarak kabul edilmiştir.
RA grubu ve kontrol grubunun yaş ortalaması sırasıyla 65,6 ± 9,4 yıl ve 65,47 ± 9,56 yıldır. RA grubunda osteosarkopeni sıklığı kontrol grubuna kıyasla daha yüksektir (%47'ye karşı %20). RA grubu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha düşük el kavrama kuvveti (17,5 kg-21,6 kg; $p<0,05$) ve daha düşük STAR değerlerine (0,96-1,11;$p<0,05$) sahiptir; ancak KMY, TBS ve SOKT değerleri arasında anlamlı fark yoktur. RA grubu, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında osteosarkopeni tanısı alan hastaların TBS'leri arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktur.
Osteosarkopeni, RA hastalarında eşleşmiş kontrol grubuna kıyasla daha sık görülmektedir ancak TBS ve osteosarkopeni korele bulunmamıştır. RA hastalarının TBS'leri normal olsa bile, sarkopeni için değerlendirilmelidirler. Sarkopeni tedavisi, düşmeleri önlemeyi ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedefler, böylece osteoporotik kırıkları önlemeye yardımcı olur.

Anahtar Kelimeler: osteosarkopeni, romatoid artrit, trabeküler kemik skoru

[Abstract:0204]

Kronik bel ağrısı ile başvuran ve sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemede nonspesifik kemik iliği ödemi olan hastaların uzun dönem takip sonuçları

Kemal Erol[1], Lütfiye Parlak[2]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji ABD, Konya
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Konya

Amaç: Kronik bel ağrısı(KBA) olan, axial spondiloartrit(AxSpA) şüphesi ile çekilmiş sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntüleme(SİE-MRG)'de non-spesifik kemik iliği ödemi (nskiö) saptanan hastalarda uzun dönem takipte AxSpA gelişme sıklığını tespit etmek ve prediktif faktörleri belirlemektir.
Yöntem: Bu çalışmada 01.12.2023 tarihi sonrasında 3.Basamak bir hastanenin romatoloji polikliniğine KBA ile başvuran, AxSpA şüphesi ile çekilen SİE-MRG'de nskiö saptanıp ASAS'a göre AxSpA olarak sınıflandırılamayan 100 hasta çalışmaya alındı.Hastalara en az 6 ay sonra klinik değerlendirme ve kontrol SİE-MRG çekimi için randevu verildi. Hastaların klinik ve radyolojik değerlendirilmesi; alanında 10 yılın üstünde deneyimi olan ve uluslararası SİE-MRG değerlendirme sertifikası olan bir romatolog tarafından yapıldı.Tanımlayıcı ve analiz edici, gruplara uygun istatistiksel yöntemler uygulandı.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 100 hastadan 76'sı kontrol muayenesine geldi. Hastaların yaş ortalaması 40,8; %75'i kadındı.76 hastanın %17,1'inde kontrol SİE-MRG'de aktif sakroiliit gözlemlendi.Kontrolde hastaların %18,4'ü ASAS AxSpA kriterlerine göre AxSpA olarak sınıflandı.AxSpA grubunda eşlik eden hastalıklar ve romatizmal hastalık aile öyküsü daha yüksek oranda görüldü. Topuk enteziti, NSAİİ'ye iyi yanıt, artmış CRP seviyesi ve pozitif SpA özellik sayısı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmazken diğer SpA özelliklerine sahip hasta sayısı az olduğu için analize uygun değildi(Tablo1).
Tartışma: Spondiloartrit prevalansı %0,01 ile %2,5 arasındadır(1).SPACE kohortunda KBA'lı hastaların iki yıllık takiplerinde üçte birine SpA tanısı konduğu bildirilmiştir(2). Lakin o çalışmada,ilk değerlendirmede MRG sakroiliiti olan hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir.Çalışmamızda, ortalama 10 aylık izlem süresi sonunda KBA ile başvuran,AxSpA şüphesi ile çekilen SAİE-MRG'de nskiö saptanan hastaların %18,4'ü takip sonunda AxSpA olarak sınıflandırılmıştır. Bu oran, genel popülasyondaki AxSpA prevalansına kıyasla daha yüksektir.
Sonuç: KBA ile başvuran hastalarda çekilen SİE-MRG'de saptanan nskiö, özellikle ailede SpA öyküsü olanlarda spondiloartritin öncüsü olarak değerlendirilebilir. Bu hastaların takibi, erken tanı ve tedavi açısından önemli bir fırsat penceresi sunabilir.

Anahtar Kelimeler: aksiyel spondiloartrit, kronik bel ağrısı, nonspesifik kemik iliği ödemi, sakroiliit

Tablo 1. Sakroiliak eklem nonspesifik kemik iliği ödemi olan hastaların ilk değerlendirmedeki demografik ve klinik verileri ile son takipte AxSpA

AxSpA'lı ve Non-AxSpA'lı hastaların demografik ve klinik verileri	Tüm hasta Grubu Başlangıç Verileri n=76 (%100)	Non-AxSpA n=62 (%81,6)	AxSpA n=14 (%18,4)	p değeri
Erkek	19(%25)	15(%24,2)	4(%28,6)	0,740
Ek hastalık	20(%26,3)	13(%21)	7(%50)	0,042
Ailede romatolojik hastalık	9(%11,8)	4(%6,5)	5(%35,7)	0,015
HLA-B27 pozitifliği **	2(%2,6)	1(%1,6)	1(7,1)	0,361
Luzum halinde NSAİİ	22(%28,9)	21(%33,9)	1(%7,1)	0,026
Sürekli NSAİİ	32(%42,1)	21(%33,9)	11(%78,6)	0,026
Başlangıçta inflamatuar ağrısı olan hasta	36(%47,3)	27(%43,5)	9(%64,3)	0,379
Sabah tutukluğu varlığı	52(%68,4)	42(%67,7)	10(%71,4)	>0,05
30 dk. fazla sabah tutukluğu	22(%28,9)	18(%29,0)	4(%28,6)	>0,05
Periferal Artrit ¶	3(%3,9)	3(%4,8)	0(%0)	>0,05
Topuk enteziti ¶	29(%38,2)	21(%33,9)	8(%57,1)	0,189
Daktilit ¶	0(%0)	0(%0)	0(%0)	-
Psöriazis ¶	2(%2,6)	1(%1,6)	1(%7,1)	-
Ailede psöriazis ¶	1(%1,3)	0(%0)	1(%7,1)	-
İnflamatuar barsak hastalığı ¶	1(%1,3)	0(%0)	1(%7,1)	-
Üveit ¶	1(%1,3)	0(%0)	1(%7,1)	-
NSAİİ yanıt	37(%48,7)	28(%45,2)	9(%64,3)	0,270
CRP seviyesi	3,9(±2,4)	3,9(±2,4)	4((±2,3)	0,889
1 Spa özelliği	24(%31,5)	21(%33,9)	3(%21,4)	0,074
2 Spa özelliği	20(%26,3)	13(%21)	7(%50)	0,074
3 Spa özelliği	13(%17,1)	10(%16,1)	3(%21,4)	0,074
4 Spa özelliği	5(%6,5)	4(%6,5)	1(%7,1)	0,074

*Veriler mean (SD) veya hasta sayısı (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. ¶ şimdi ya da geçmişte bir hekim tarafından tanımlanan bulgular. *47 hasta üzerinden değerlendirilmiştir. ** 58 hasta üzerinden değerlendirilmiştir. ***74 hasta üzerinden değerlendirilmiştir. Non-AxSpA:AxSpA olmayan, MRG:Manyetik Rezonans Görüntüleme, nskiö: non-spesifik kemik iliği ödemi, NSAİİ:Non-Steroid Antiinflamatuar İlaç, ASAS: Assesment in Spondyloarthritis International Society, HLA: Human Leucocyte Antigen*

[Abstract:0205]

Major Ozon Otohemoterapinin Fibromiyalji Sendromu Üzerine Etkisi: Retrospektif Klinik Çalışma

Muhammed Fatih Erden[1], Selda Çiftci İnceoğlu[1], Alperen İnceoğlu[2], Banu Kuran[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Fibromiyalji Sendromu (FMS) toplumda oldukça sık görülen kas-iskelet sistemi ağrılarından biridir. Yetersiz ve uygun olmayan tedavi, kilo fazlalığı gibi birçok nedene bağlı olarak kronikleşmekte, sosyal ve ekonomik olarak kayıplara neden olmaktadır. İlaç tedavisi, egzersiz ve bilişsel davranışçı terapiler FMS'de sıklıkla tercih edilen tedavilerdir. Ancak bazı kişilerde bu tedavilerle semptomlar yeterince kontrol edilememektedir. Bu vakalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) yöntemleride tedaviye eklenmektedir. Bu çalışmanın amacı, Major Ozon Otohemoterapi (MOO)'nin FMS tanılı hastalarda ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.
Metod: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FT&R) Polikliniğine başvuran FMS tanılı, ilaç ve egzersiz tedavi uygulanmış hastalar retrospektif olarak dahil edildi. FMS dışında malignite, enfeksiyon, favizm, radiküler yayılımlı ağrı veya kas güçsüzlüğü olan olgular çalışmadan dışlandı. MOO tedavisi, haftada 2 seans olmak üzere toplam 10 seans uygulandı. Tedaviye başlamadan önce ağrı düzeyleri Visüel Analog Skala (VAS), yaşam kalitesi Sağlık Anketi Kısa Form-12 (SF-12) ve fibromiyaljinin durumunu değerlendirmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) ile değerlendirmeler yapıldı. Tedavi bitiminden sonra 3. ayda bu değerlendirmeler tekrarlandı. Ayrıca tedavi sonrasındaki kontrollerde hastaların MOO ilgili görüşleri Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbba Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) ile değerlendirildi. BTATÖ'nün bütüncül sağlık (BS) ve TAT olmak üzere iki kısımdan oluşur. Minimum puan 11, maksimum puan 66'dır. Düşük puanlar TAT'ye olumlu görüşü gösterir.
Bulgular: Ekim-Aralık 2024 tarihleri arasında FT&R polikliniğinin Ozon Terapi Ünitesinde tedavi gören 23 hastanın retrospektif verileri değerlendirildi. 3 hastanın verilerinde eksiklik nedeniyle çalışmadan dışlandı ve 20 hastanın verileri değerlendirildi. Çalışmaya katılan hastaların 17 (%85) si kadındı. Hastaların yaş ortalaması 54,20±9,66 idi. Hastaların tedavi sonrası VAS skorlarında anlamlı azalma (p<0,001) SF-12 hem fiziksel hem de mental skorlarında anlamlı artış (p<0,001), FEA da ise anlamlı azalma saptandı (p<0,001). BTATÖ'nün toplam skor ortalaması 29,30±4,44, BS skorunun ortalaması 7,75±2,49, TAT skor ortalaması ise 21,55±23,58 idi.
Sonuç: MOO'nun, FMS'de ağrı, FMS semptomları ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri vardır.

Anahtar Kelimeler: fibromiyalji sendromu, major ozon otohemoterapi, ozon terapi

Tablo 1: Tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmeler.

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p
Visüel Analog Skala	8,5±1,15	4,65±2,21	<0,001w
SF-12 fiziksel komponent	29,05±7,83	44,53±8,14	<0,001w
SF-12 mental komponent	32,83±7,86	45,53±10,64	<0,001w
Fibromiyalji Etki Anketi	61,15±11,09	36,93±13,85	<0,001t
BTATÖ total	-	29,30±7,83	
BTATÖ-bütüncül sağlık	-	7,75±2,49	
BTATÖ-tamamlayıcı ve alternatif tıp	-	21,55±3,58	

SF-12, kısa form sağlık anketi; BTATÖ, bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbba karşı tutum ölçeği, wWilcoxon testi, tEşleştirilmiş t testi

[Abstract:0211]

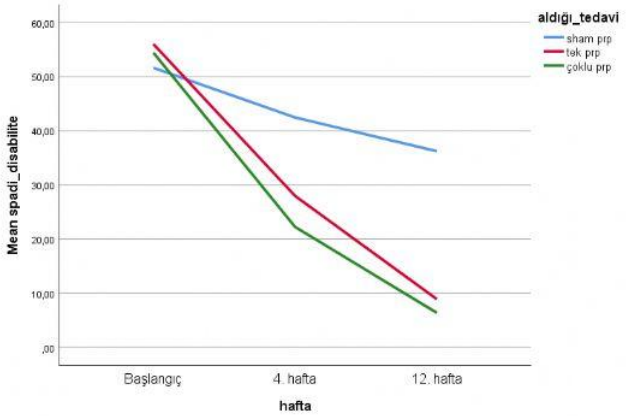
Rotator Kaf Sendromu Tedavisinde Tek PRP Enjeksiyonunun Etkinliğinin Plaseboyla ve Çoklu PRP Enjeksiyonuyla Karşılaştırılması: Çift Kör Randomize Kontrollü Çalışma

Elşan Hasanov[1], Selma Eroğlu[2], Nuran Eyvaz[2], Ümit Dündar[2]
[1]Siverek Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.D.
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Bu çalışmada rotator kaf tendinozisi ve/veya supraspinatusta parsiyel yırtığı olan omuz ağrılı hastalarda subakromial tek PRP enjeksiyonunun plaseboyla ve çoklu PRP enjeksiyonuna karşı ağrı, eklem hareket açıklığı, yaşam kalitesi, omuz fonksiyonu ve kas gücü üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.
Gereç-Yöntem: Çalışmaya 80 hasta dahil edildi. Hastalar sham PRP+egzersiz, tek PRP+ egzersiz ve çoklu PRP+ egzersiz grubu olmak üzere randomize edildi. Tek PRP grubuna bir defa, çoklu PRP grubuna 3 hafta arayla iki PRP enjeksiyonu yapıldı. Sham PRP grubuna %0,9 salin enjeksiyonu yapıldı. Tüm enjeksiyonlar ultrason rehberliğinde uygulandı. Tüm gruplara omuz eklem hareket açıklıkları (EHA), germe ve güçlendirme egzersizleri ev programı olarak anlatıldı. Değerlendirme parametreleri; pasif ve aktif omuz EHA, Visuel Analog Skala (VAS), Constant Murley Skoru (C-MS), Omuz Ağrı ve Dizabilite İndeksi (OADİ), SF-36 Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi ve izokinetik dinamometre ile omuzun iç ve dış rotasyon 120, 180 ve 210 derece hızlarda pik tork kas gücü ölçümüydü. Değerlendirmeler, tedavi öncesi, tedaviden 4 hafta sonra ve tedaviden 12 hafta sonra yapıldı.
Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 49,26±9,37 idi. Sham 27, tek PRP 26 ve çoklu PRP grubu 27 hastadan oluşmaktaydı. Her üç tedavi grubu aktif EHA, VAS, C-MS ve OADİ skorlarında tedavi öncesine kıyasla tedavi sonrası 4. hafta ve 12. hafta kontrollerinde iyileşme gösterdi ($p<0,05$). Gruplar arası incelemede, PRP grupları sham grubuna göre aktif EHA, VAS, C-MS ve OADİ (şekil 1), SF36 skorlarında 4. hafta ve 12. hafta değerlendirmelerinde anlamlı olarak iyileşme gösterdi ($p<0,05$) ancak tek ve çoklu PRP grupları arasında anlamlı fark izlenmedi. Tüm gruplarda izokinetik dinamometre ile kas gücü değerlendirmesinde tedavi öncesine göre 4. hafta ve 12 haftada pik tork ölçümlerinde çoğu ölçümde anlamlı iyileşme saptanırken ($p<0,05$), gruplar arasında belirgin fark tespit edilmedi($p>0,05$).
Sonuç: Rotator kaf sendromunda subakromial aralığa uygulanan PRP enjeksiyonu sham enjeksiyona kıyasla kısa ve orta vadede ağrıyı, eklem hareket açıklığını, fonksiyonelliği ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Rotator kaf sendromu, PRP enjeksiyonu, Supraspinatus kası, Subakromiyal bursa

Şekil 1.



Grupların OADİ disabilite değerlerinin zamana göre değişimi (0-4-12.haftalar)

[Abstract:0215]

Dermatomiyozit tanılı hastalarda miyozit antikor profilinin ve tedavi planlarının değerlendirilmesi: Vaka serisi

Nur Filiz Ok, Halise Hande Gezer, Nuran Öz, Mehmet Tuncay Duruöz
Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Dermatomiyozit, karakteristik cilt özellikleri ve heterojen sistemik belirtileri olan idiyopatik inflamatuar miyopatidir. Dermatomiyozitli hastalarda miyozit spesifik ve miyozit ile ilişkili antikorlar, hastalığın klinik fenotipini, prognozunu ve tedavi yanıtını belirlemede önemli rol oynar. Bu çalışmada, dermatomiyozit tanılı hastalarda antikor profili ve uygulanan tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
Yöntem: Şubat 2024- Şubat 2025 tarihleri arasında kliniğimizde dermatomiyozit tanısı ile takip edilen Bohan-Peter tanı kriterlerini karşılayan ve miyozit antikor paneli yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Demografik verileri (yaş, cinsiyet), klinik özellikleri, kreatinin kinaz seviyeleri, onkolojik PET-CT sonuçları, EMG sonuçları, Miyozit spesifik/ilişkili antikorlar (anti-Mi-2, anti-Jo-1, anti-TIF1-γ, NXP-2 vb.) değerlendirildi. Kullanılan immünsupresif ilaçlar (glukokortikoidler, IVIG, rituksimab vb.) ve yanıtları kaydedildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 7 hastanın 3'ü erkek 4'ü kadın olup yaş ortancası 41 (22-63) idi. 1 hastada NXP-2, 1 hastada MDA-5, 1 hastada PL-7, 2 hastada JO-1 saptanırken 1 hastada miyozit spesifik/ilişkili antikor saptanmadı. Malignite ile ilişkilendirilen Anti-TIF1-γ pozitif hastamız yoktu. Tüm hastalarda onkolojik PET-CT normaldi. En sık başlangıç semptomu cilt döküntüsü ve makinist eldi (%57). İnterstisiyel akciğer hastalığı (İAH) %71 oranında en sık eşlik eden tutulumdur. Tedavileri değerlendirdiğimizde; NXP2 pozitif olan, kas güçsüzlüğü ve yutma güçlüğü ile başvuran hastada 3 kür IVIG sonra MMF/AZA+GK verildi ancak remisyon sağlanamadı IVIG tedavisinin devamı planlandı. PL-7 antikoru pozitif olan hastanın başlangıçta solunum semptomu olmamasına rağmen görüntülemelerde İAH saptanması nedeniyle MMF eklendi. Anti-SRP pozitif olan nekrotizan miyozit olgusu AZA/MMF ve rituksimab tedavisi aldı ve bu tedaviler altında birçok nüks gözlendi.
Sonuç: Dermatomiyozitli hastalarda antikor profilleri hastalığın seyri ve tedavi yanıtı üzerinde belirleyici olabilmektedir. Antikor özellikleri ve tedavi yanıtları heterojen olmakla birlikte, immünsüpresif tedaviler etkin bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarıyla yönetilmesinin önemini vurgulamaktadır. Glukokortikoid+AZA/MMF/HCQ kombinasyonu en sık tercih edilen tedavi rejimi olup, 7 hastanın 6'sında klinik düzelme gözlendi.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, Miyozit spesifik antikor, Miyozit ilişkili antikor

Tablo-1

Tablo-1 Dermatomiyozit Hastalarında Klinik ve Laboratuvar Özellikler

Yaş, Cinsiyet	Başlangıç semptom	MSA-MAA	Klinik	Onkolojik Pet-Ct	Tanı CK	EMG	Tedavi
25, K	Kas güçsüzlüğü Yutma güçlüğü	NXP-2	Kas güçsüzlüğü, Aksiller kalsinozis	N	952	Miyopati	IVIG (3 kür) MMF GK
48, E	Nefes darlığı	MDA-5	İAH	N	86	MÜTF	Siklofosfamid (9 kür) AZA HCQ
35, K	Cilt döküntüsü Makinist el	JO-1, SSA	İAH	N	1022	N	AZA HCQ GK
63, E	RA+İAH	Negatif	İAH	N	3800	SM-PNP	RTX HCQ+GK
41, E	Cilt döküntüsü Makinist el	SSA, PMSCL100+++ PL-7	İAH, PTE		1133	Miyopati	MMF GK
22, K	Cilt döküntüsü Makinist el	JO-1, SSA	Cilt döküntüsü Makinist el	N	1455	Yok	AZA/MMF HCQ GK
62, K	Cilt döküntüsü Makinist el	SSA, SRP	İAH Nekrotizan miyozit	N	900	Yok	AZA/MMF RTX+GK

Tablo-1 Dermatomiyozit Hastalarında Klinik ve Laboratuvar Özellikler

[Abstract:0216]

Bağ dokusu hastalıklarında akciğer parankiminin bilgisayarlı tomografi görünümleri

Nedim Kaban
Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği

GİRİŞ ve Amaç: Bağ dokusu hastalıkları (BDH); romatoid artrit (RA), sistemik skleroz (SSk), Sjogren sendromu (SjS), mikst bağ dokusu hastalığı, idiyopatik inflamatuar miyozit ve andiferansiye bağ dokusu hastalığı'ndan oluşan bir grup kronik inflamatuar hastalıklardır. Akciğer tutulumu tüm BDH'lerde görülebilmekte ve klinik spektrum oldukça geniştir. BDH 'lerde pulmoner tutulum parankim, plevra, bronş, pulmoner vasküler sistemde ortaya çıkabilir. BDH ve akciğer tutulumunun ortak noktası ise interstisyel akciğer hastalığıdır (İAH). Bu bilgilerin ışığında, kliniğimizdeki BDH olan hastaların akciğer parankiminin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
Yöntem: Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi FTR-Romatoloji Kliniği'nde takip edilen, Akciğer BT görüntüleri ve BDH bulunan [RA (n=59), SSk (n=13), SJS (n=10)] toplam 82 kişi retrospektif olarak planlanan çalışmaya dahil edildi.
Bulgular: Mevcut çalışmada her üç grup cinsiyet, ortalama yaş, vücut kitle indeksi ve hastalık süresi bakımından benzerdi (p>0,05). Sigara içme öyküsü RA grubunda istatistiksel olarak diğer gruplara göre daha belirgindi (p=0,009). Benzer şekilde romatoid faktör, anti siklik sitrülinize protein, anti nükleer antikor pozitifliği ve C-reaktif protein yüksekliği RA grubunda diğer gruplara göre daha fazlaydı (p=0,001). Hastalar akciğer BT patolojisine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında fark gözlemlenmezken, sırasıyla en sık %43 ve %37 oranla nodül ve non-spesifik interstisyel pnomoni (NSİP), en az %1,2 oranla lenfositik interstisyel pnomoni saptanmıştır. Pulmoner arteryal hipertansiyon ise SSk grubunda daha fazla saptanmıştır (p=0,015) (tablo).
Sonuç: RA'lı hastalarda yüksek çözünürlüklü BT veya histolojide en yaygın görülen İAH paternleri, olağan interstisyel pnömoni ve NSIP'dir ancak NSİP daha az sıklıkta görülür. İlginç olarak çalışmamızda RA hastalarında literatürün aksine NSİP paterni daha sık gözlenmiştir. Sigara, RA ilişkili İAH için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda sigara içme öyküsü en sık RA hastalarında saptanmış olup akciğer parankiminde fibrozise neden olarak fibrotik NSIP paternini artırmış olabilir. Çalışmamızda saptanan bu farklı sonucu destelemek için hasta sayısının daha fazla ve grupların daha homojen olduğu prospektif dizaynda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bağ doku hastalığı, bilgisayarlı tomografi, interstisyel akciğer hastalığı

TABLO: Hastaların demografik, laboratuvar ve akciğer tomografisi bulguları.

	RA (n=59)	SSK (n=13)	SJS (n=10)	P1	P2	P3	P
Cinsiyet (E/K)	23/26	4/9	0/10	0,580	0,016	0,054	0,052 X2
Yaş, yıl (ort±SS)	63.75±10.69	64,23±8,05	65,9±6,15	0,845	0,356	0,985	0,816 A
VKI (ort±SS) (kg/cm2)	26.24±3,78	27,26 ± 4,21	26,29±3,30	0,214	0,258	0,247	0,258 K
Sigara içme öyküsü (n, %)	29 (49.2)	1 (7,7)	2 (20)	0,006	0,087	0,385	0,009 X2
Hastalık süresi, yıl (ort±SS)	11.8±9.76	5,92 ± 4,55	7,21± 3,89	0,078	0,145	0,087	0,098 K
RF pozitifliğİ (n, %)	47 (79.7)	1 (7,7)	4 (40)	0,001	0,008	0,063	0,001 X2
Anti-CCP pozitifliğİ (n, %)	46 (78)	0 (0)	0 (0)	0,001	0,001	MD	0,001 X2
ANA pozitifliğİ (n, %)	10 (16,9)	11 (84,6)	8 (80)	0,001	0,001	0,772	0,001 X2
Sedimentasyon (ort±SS) (mm/sa)	37.31±22.96	28,38 ± 10,93	37,50± 19,08	0,125	0,235	0,254	0,312 K
CRP (ort±SS) (mg/dL)	25.60±27.09	9,37 ± 10,34	6,99± 3,31	0,006	0,003	0,780	0,001 K
Akciğerdeki BT Patolojisi (n, %)				0,344	0,691	0,277	0,495 X2
NSİP	17 (28,8)	9 (69,2)	4 (40)				
OİP	8 (13,5)	2 (15,4)	1 (10)				
LİP	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)				
Nodül	27 (45,7)	3 (23)	5 (50)				
Efüzyon	6 (10.1)	0 (0)	1 (10)				
Diğer	8 (13,5)	0 (0)	1 (10)				
PAH varlığı (n, %)	0 (0)	2 (15,4)	1 (10)	0,002	0,014	0,704	

RA: romatoid artrit, SSK: sistemik skleroz, SJS: Sjogren sendromu, VKİ: vücut kitle indeksi, RF: romatoid faktör, CCP: siklik sitrülinize protein, ANA: anti nükleer antikor, CRP: C-reaktif protein, BT: bilgisayarlı tomografi, NSİP: non-spesifik interstisyel pnomoni, OİP: olağan interstisyel pnomoni, LİP: lenfositik interstisyel pnomoni, PAH: pulmoner arteryal hipertansiyon, MD: mevcut değil P1: RA vs. SSK, P2: RA vs. SJS, P3: SSK vs. SJS, X2: Ki-Kare testi, A: ANOVA testi, K: Kruskal Wallis testi

[Abstract:0218]

Aksiyel spondiloartritli hastalarda koroidal kalınlık ve koroidal vaskülarite indeksinin değerlendirilmesi ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin belirlenmesi

Dilek Eker Büyükşireci[1], Gülce Gökgöz Özışık[2], Tayfun Şahin[2], Ayla Çağlıyan Türk[1]
[1]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye
[2]Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Çorum, Türkiye

Amaç:Aksiyel spondiloartropatili (axSpA) hastalarda koroidal kalınlık (KK) ve koroid vaskülarite indeksini (KVİ) değerlendirmek ve hastalık aktivitesi ile ilişkisini belirlemektir.
Yöntem:Aksiyel spondiloartrit için Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) sınıflandırma kriterlerine göre, 32 axSpA hastası (axSpA grubu) ve 44 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu) çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve laboratuvar verileri kaydedildi. Hastaların ağrı düzeyleri Visuel analog skalası (VAS) ile, hastalık aktiviteleri Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ile, fonksiyonel kapasiteleri Bath Ankylosing Spondylitis Fuctional Index (BASFI) ile değerlendirildi. Sonrasında gruplara kör iki farklı göz hekimi tarafından tüm katılımcıların her iki göz için değerlendirmeleri optik koherens tomografi (OKT) ile yapıldı ve sağ gözün verileri kaydedildi. Foveanın 500 mikrometre (µm), 1000 µm, 1500 µm nazalinden, foveanın 500µm, 1000µm, 1500µm temporalinden ve subfoveal bölgeden koroid kalınlığı (KK) ölçüldü. KVİ hesaplaması için ImageJ version 1.53i (National Institutes of Health, Bethesda, MD,USA) açık erişimden kullanıldı ve KVİ luminal alan (LA) /total koroidal alan (TKA) olarak kaydedildi.
Bulgular:Yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksi iki grupta benzerdi. AxSpA grubunda hasta global VAS 4.06±2.55, BASDAI skoru 4.11±1.89 ve BASFI skoru 3.41±1.95 idi. AxSpA hastalarının 5'inde (%15,6) HLA-B27 pozitifti. TKA, LA ve stromal alan axSpA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştı (Tablo-1). KVİ ve KK gruplar arasında benzerdi (Tablo-1). AxSpA grubunda Nazal 1000 µm KK ve Temporal 1000 µm KK ile CRP düzeyi arasında pozitif korelasyon bulundu (sırasıyla r=0.359, p=0.044; 0.442, p=0.011). Koroid kalınlıkları, BASDAI, BASFI ve hastaların global VAS skorları arasında korelasyon bulunmadı.
Sonuç:AxSpA'lı hastalarda toplam koroidal alan, lüminal alan ve stromal alanın sağlıklı bireylere kıyasla arttığı, ancak bu artışın hastalık aktivitesi ve fonksiyonel düzey ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartropati, koroid vaskülarite indeksi, hastalık aktivitesi

Tablo-1: AxSpA hastalarının ve kontrol grubunun oküler bulguları ve OKT verileri

	AxSPA grubu n=32	Kontrol Grubu n=44	p değeri
Görme keskinliği	0.99±0.017 1 (1-1)	1.15±1.05 1 (1-1)	0.513
Göz içi bacıncı (mm-Hg)	14.37±2.33 15 (12.25-16)	16±3.35 16 (13.25-18)	0.032
Refraksiyon kusuru (sferik ekivalan-dioptri)	-0.07±4.50 -0.06(-0.46-0.25)	-0.44±1.38 -0.12 (-1-0.21)	0.335
Aksiyel uzunluk (mm)	23.39±0.52 23.40 (23.09-23.71)	23.43±0.73 23.37 (22.98-23.78)	0.850
Nazal 1500 µm KK	329.75±96.69 329.5 (249.5-422.5)	305.54±90.53 295 (238.25-257.5)	0.267
Nazal 1000 µm KK	352.75±103.17 353.5 (270.25-452.25)	327.40±87.67 327 (279.25-363.5)	0.255
Nazal 500 µm KK	364.78±107.94 355 (279.5-477)	337.63±88.71 341 (286-385)	0.233
Subfoveal santral KK	377.46±99.19 361.50 (312-475.75)	353.90±90.75 350 (302.5-403.75)	0.286
Temporal 500 µm KK	364.43±86.51 360.5 (295.25-443.75)	347.22±86.50 348 (284.25-395)	0.395
Temporal 1000 µm KK	354.06±82.67 354.50 (290.50-427.5)	344.81±82.86 355 (295.25-385.50)	0.632
Temporal 1500 µm KK	341.93±72.66 338 (282.75-406.5)	334.54±83.51 348.50 (275.75-385.75)	0.689
Total Koroidal Alan (mm2)	1.69±0.45 1.69 (1.35-1.94)	1.41±0.34 1.42 (1.12-1.64)	0.003*
Stromal Alan (mm2)	0.58±0.21 0.54 (0.44-0.69)	0.47±0.15 0.45 (0.36-0.58)	0.008*
Luminal Alan (mm2)	1.11±0.28 1.12 (0.91-1.25)	0.94±0.22 0.94 (0.74-1.1)	0.004*
KVI (%)	66.32±3.16 66.44 (64.82-68.41)	67.7±3.16 67.51 (64.88-69.83)	0.128

Veriler ortalama± standard sapma ya da ortanca (%25-75) olarak verilmiştir. p<0.05.KK: Koroidal Kalınlık, KVI: Koroidal vaskülarite indeksi.

[Abstract:0221]

Hastanemiz El Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran Distal Radius Kırıklı Hastaların İncelenmesi: Retrospektif Bir Çalışma

Cevriye Mülkoğlu[1], Nadide Koca[1], Muhammet Tahir Kan[1], Ayşenur Baş[1], Banu Ordahan[2]
[1]SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı, El Rehabilitasyon Polikliniğimize başvuran distal radius kırığı (DRK) olan hastaları incelemek ve klinisyenlere fonksiyonel bozukluk, yaşam kalitesi ve iş gücü kaybına neden olan bu kırıklarda rehabilitasyonun önemini hatırlatmaktır.
Gereç-Yöntem: Hastanemiz bilgisayar otomasyon sisteminden tarama yapılmış, Eylül 2022-Ekim 2024 tarihleri arasında El Rehabilitasyon Polikliniğimize başvuran ve radius distal uç kırığı tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastanemiz etik kurulundan bu çalışma için onay alınmıştır.
Bulgular: Toplam 91 hastada DRK tanısı mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması 53.3±12.2 yıl idi. Hastaların %60.4'ü (n:55) kadın, %39.6'sı (n:36) erkekti. Hastaların %95.6'sında (n:87) kırık nedeni düşme idi. Hastaların %79,1'inde (n:72) eşlik eden kırık yoktu. Hastaların %61,5'i (n:56) konservatif olarak, %38,5'i (n:35) cerrahi olarak tedavi edilmişti. Ortalama immobilizasyon süresi 36,3±8,5 gündü. Hastaların %40.7'sinde (n:37) kırık sonrası kompleks bölgesel ağrı sendromu gelişmişti.
Tartışma: Yaşlı erişkinlerde DRK'nın en sık nedeni ayakta dururken düşmeye bağlı düşük enerjili travmalardır. Hastalarımızın yaş ortalaması 53.3±12.2 idi ve çoğu (n:55) kadındı. Hastaların 87'sinde kırığın nedeni düşmeydi. DRK'nın çoğu konservatif olarak tedavi edilir. Bu genellikle, eğer yer değiştirmişse kırığın redüksiyonunu ve ön kolun yaklaşık 6 hafta boyunca alçı veya atel içinde immobilizasyonunu içerir. Bizim hastalarımızın çoğu (%61,5) da konservatif olarak tedavi edilmişti. Ortalama immobilizasyon süresi 36.3±8.5 gün idi.
Sonuç: DRK, yaşlı kadınlarda düşmeye bağlı olarak sık görülen kırıklardır. Bu kırıklar ciddi fonksiyonel bozukluğa ve yaşam kalitesinde önemli ölçüde azalmaya neden olur. Uygun bir fizik tedavi ve rehabilitasyon programı ile hastaların çoğu günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Distal radius kırığı, fizik tedavi, rehabilitasyon, immobilizasyon, fonksiyonel bozukluk

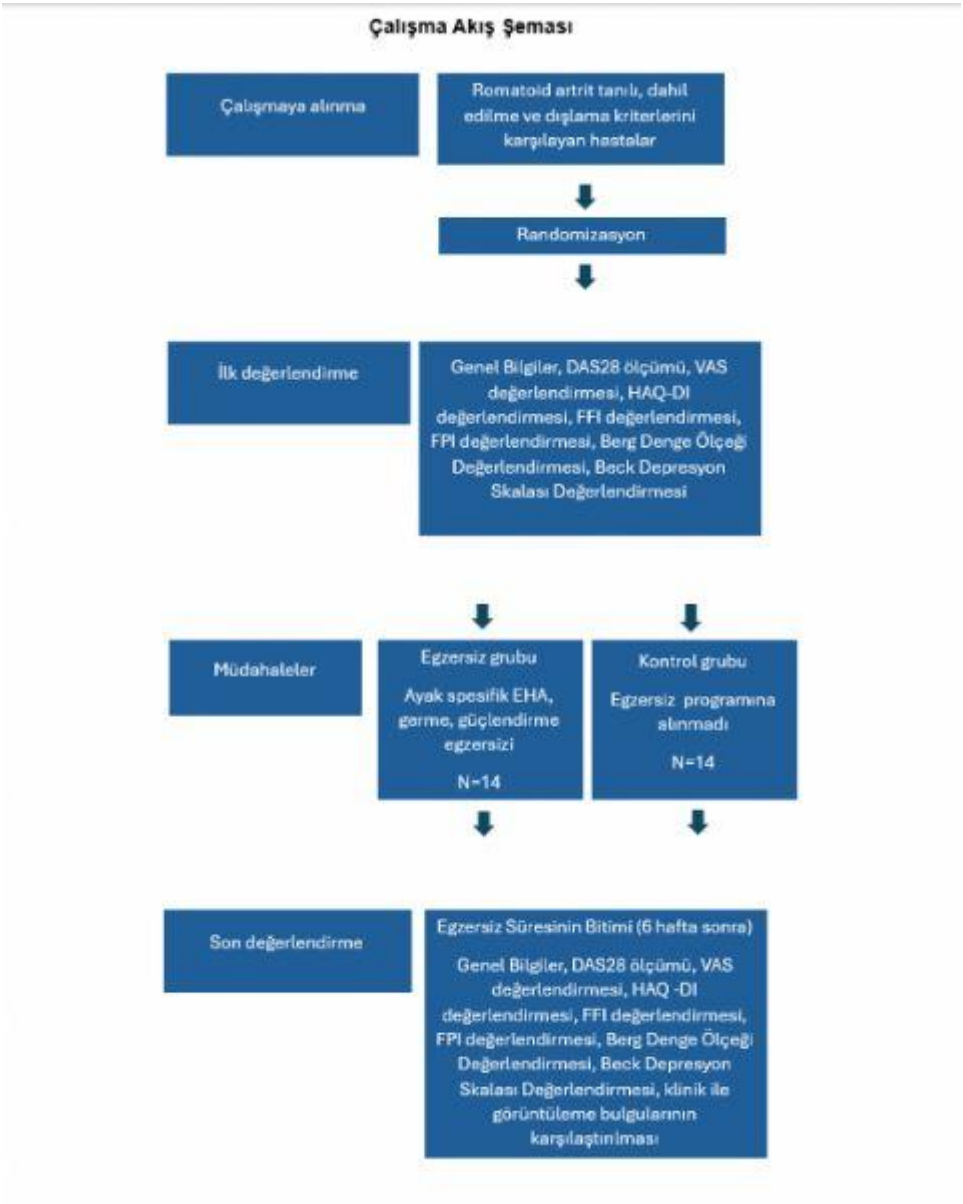
[Abstract:0222]

DAS 28 düzeyi düşük-orta olan ayak-ayak bileği ağrılı romatoid artrit tanılı kadın hastalarda laboratuvar, klinik, manyetik rezonans görüntüleme bulgularının ve ev egzersiz programına ağrı-fonksiyonel durum yanıtının değerlendirilmesi

Serkan Atay, Ayşe Beyhan Lale Cerrahoğlu
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Romatoid artrit tanılı hastalarda ayak ağrısı genel popülasyondan iki kat daha sık görülür. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan DAS28 skoru avantajlarının yanında ayak ve ayak bileği eklemlerini değerlendirmemektedir. Ayak-ayak bileği ağrısı bulunan, DAS28'e göre düşük-orta hastalık aktivitesi olan hastalarda inflamasyonun ayak-ayak bileği fonksiyonu, denge, genel fonksiyonel ve psikososyal duruma etkisini, ek olarak 6 haftalık ev egzersiz programının ağrı ve ayak fonksiyonu üzerine etkisini belirlemek amaçlandı. Yöntem: Çalışmamıza; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Poliklinikleri'ne başvuran, ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre romatoid artrit tanısı alan, ayak ağrısı şikayeti bulunan, DAS28'e göre düşük-orta hastalık aktivitesinde olarak değerlendirilen, ayak-ayak bileği ağrısında ayırıcı tanı amaçlı MRG'si mevcut olan hastalar dahil edildi. Hastalar internet aracılığıyla ulaşılan, ilk değerlendirme tarihini ve hasta sırasını baz alan randomizasyon şeması kullanılarak egzersiz grubunda 14, kontrol grubunda 14 hasta olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Egzersiz grubunda yer alan hastalardan 6 hafta boyunca haftada en az 3 gün egzersiz yapmaları istendi. Kontrol grubuna ise müdahalede bulunulmadı. Hastalar başlangıçta ve 6. haftada VAS, FFI, DAS28, FPI-6, HAQ-DI, BDI ve BBS ile değerlendirildi.
Bulgular: MRG raporlarına göre hastalarda %78,57 oranında ayak-ayak bileği etkilenimi görüldü. Egzersiz grubunda hastalarda 6 hafta sonunda DAS28 ESH değeri ortalaması 3,49'dan 3,04'e, VAS değeri 58,57'den 40,36'ya, FFI genel puanı 50,16'dan 39,06'ya, FFI aktivite kısıtlılığı alt puanı 49,88'den 36,19'a, FFI yetersizlik alt puanı ise 48,69'dan 41,98'e geriledi. Tüm hastaların %64,29'unda BDI-II'ye göre depresif duygudurumu saptandı. Egzersiz grubunda başlangıçta %71,43 oranında depresif duygudurumu görülürken, bu oran 6 hafta sonunda %57,14'e geriledi.
Sonuç: Hastalarda düşük-orta hastalık aktivitesinde dahi ayak tutulumunun yaygın olduğu, hastalık aktivitesi ile ayak fonksiyonunu değerlendiren ölçekler arasında korelasyon bulunduğu, ayak ağrısı olan hastalarda hastalığın takibi ve ayak egzersizlerinin tedavideki rolünün daha çok vurgulanması gerektiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, ayak, ayak bileği, FFI, egzersiz


Çalışma Akış Şeması
Çalışmaya alınma
Romatoid artrit tanılı, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan hastalar
Randomizasyon
İlk değerlendirme
Genel Bilgiler, DAS28 ölçümü, VAS değerlendirmesi, HAQ-DI değerlendirmesi, FFI değerlendirmesi, FPI değerlendirmesi, Berg Denge Ölçeği Değerlendirmesi, Beck Depresyon Skalası Değerlendirmesi
Müdahaleler
Egzersiz grubu
Ayak spesifik EHA, germe, güçlendirme egzersizi
N=14
Kontrol grubu
Egzersiz programına alınmadı
N=14
Son değerlendirme
Egzersiz Süresinin Bitimi (6 hafta sonra)
Genel Bilgiler, DAS28 ölçümü, VAS değerlendirmesi, HAQ -DI değerlendirmesi, FFI değerlendirmesi, FPI değerlendirmesi, Berg Denge Ölçeği Değerlendirmesi, Beck Depresyon Skalası Değerlendirmesi, klinik ile görüntüleme bulgularının karşılaştırılması

[Abstract:0223]

Romatolojik hastalıklarda JAK inhibitörlerinin kullanımı: Bibliyometrik bir analiz

Büşra Varman[1], Selman Parlak[1], Hilal Ecesoy[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, Konya
[2]Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Karaman

Giriş: Janus Kinaz (JAK) inhibitörleri, romatolojik hastalıkların tedavisinde önemli bir hedefe yönelik sentetik hastalık modifiye edici ajan (tsDMARD) grubudur. JAK-STAT sinyal yolunun inhibisyonu, inflamatuar süreçleri baskılayarak bağışıklık sistemini modüle etmektedir. Son yıllarda bu ajanların etkinliği ve güvenliği üzerine yapılan araştırmalarda belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu çalışmada, JAK inhibitörleri ile ilgili bilimsel literatürün bibliyometrik analizi yapılarak yayın eğilimleri ve araştırma odakları değerlendirilmektedir.
Yöntem: Web of Science veritabanından elde edilen orijinal araştırma ve derleme makaleleri analiz edilmiştir. Yayın yılları, atıf ağları, en çok atıf alan çalışmalar, yazar iş birlikleri ve anahtar kelime dağılımı Bibliometrix (R paketi) ve VOSviewer ile değerlendirilmiştir.
Bulgular: JAK inhibitörlerinin romatolojik hastalıklarda kullanımı ile ilişkili toplam 1133 makale analiz edilmiş olup, bunların büyük çoğunluğunu orijinal araştırmalar oluşturmaktaydı. Araştırmaların özellikle 2020-2024 yılları arasında önemli bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Çalışmaların odak noktası genellikle JAK inhibitörlerinin romatoid artrit (RA), psöriyatik artrit (PsA) ve ankilozan spondilit (AS) gibi hastalıklardaki etkinliği ve güvenliği olmuştur. En çok atıf alan çalışma 924 atıf ile Ytterberg ve ark. (2022) tarafından yapılan tofasitinib kullanan RA hastalarında kardiyovasküler olay ve kanser riskini araştırmaktadır. Ülke bazlı analizde, ABD, Japonya, Çin, İngiltere ve İtalya, JAK inhibitörleri ile ilgili araştırmalara en fazla katkı sağlayan ülkeler arasındadır. Yayınların büyük çoğunluğu, "Annals of the Rheumatic Diseases", "Arthritis Research & Therapy" ve "Rheumatology" gibi yüksek etki faktörlü dergilerde yayımlanmıştır. En fazla yayın yapan yazarlar arasında Tanaka, Takeuchi, Fleischmann öne çıkmaktadır.
Sonuç: Bu bibliyometrik analiz, JAK inhibitörleri alanında yapılan araştırmaların yayın eğilimlerini ve bilimsel etkisini ortaya koyarak gelecekteki çalışmalar için yol gösterici bir kaynak sunmaktadır. Gelecekte yapılacak araştırmaların, JAK inhibitörlerinin uzun vadeli güvenlik profili, bireyselleştirilmiş hasta seçim kriterleri ve kombinasyon tedavilerindeki potansiyel rollerini daha kapsamlı şekilde incelemesi beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: JAK inhibitörleri, Romatoid artrit, Bibliyometrik analiz, Hedefe yönelik tedavi, Biyolojik DMARD karşılaştırmaları

[Abstract:0224]

Romatoid artritte diz tutulumu: Aktivasyon belirteci mi, ayırıcı tanıda bir tuzak mı?

Konul Gayıbova, Eren Aygün, Aytan Kalbiyeva, Rana Terlemez, Kenan Akgün
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

Amaç: Romatoid artrit (RA), genellikle küçük eklemleri etkileyen kronik inflamatuar bir hastalıktır. Başlangıçta sadece küçük eklemler etkilense de ilerleyen dönemlerde omuz, kalça ve diz eklemleri de sıklıkla etkilenebilmektedir. Bu çalışmada RA tanısı ile takip ettiğimiz hastalarda hastalık aktivitesinin arttığı dönemlerde, hastaların eklem tutulum paternlerini incelemeyi amaçladık.
Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, kliniğimizde Ocak 2022 – Ocak 2025 tarihleri arasında RA tanısı ile takip edilen hastalar incelendi. Hasta verileri, hastane elektronik kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından geriye dönük olarak tarandı. Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri, tanıları, serolojik durumları, eklem tutulum paternleri ve tedavileri değerlendirildi.
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 69 romatoid artritli hastanın 13'ü erkek, 56'sı kadındı. 17 hasta seronegatif, 52 hasta ise seropozitifti. Hastaların 46'sı biyolojik DMARD ile 22'si konvansiyonel DMARD ile takipliydi. Bir hasta ise ilaçsız olarak takip edilmekteydi. İlk başvuruda sadece küçük eklem tutulumu olan 37 hasta, hem büyük hem küçük eklem tutulumu olan 26 hasta ve sadece büyük eklem tutulumu olan 6 hasta saptandı. Takipler sırasında hangi eklemlerde artrit geliştiğine bakıldığında sadece küçük eklem tutulumu ile devam eden 22 hasta varken, sadece büyük eklemlerde artrit gelişen hasta sayısı 16 olarak bulundu. Bu 16 hastanın da %81,25'inde diz ekleminin tutulduğu (n=13) gözlendi. Diz eklem tutulumu olan hastaların tanı aşamasındaki sayısı 19 iken 3 yıllık takipte bu oranın 37'ye yükseldiği gözlenmiştir. Diz ekleminde aktivasyon gözlenen bir hastada aspirasyon sonucu ürik asit kristalleri saptanırken, bir hastada da m. tuberculosis üremesi gözlenmiştir. Üç hasta osteoartrit alevlenmesi, kalan 8 hasta RA alevlenmesi olarak kabul edildi.
Sonuç: Romatoid artritli hastalarda yıllar içinde tutulan eklemlerin dağılımının değişebileceği bilinmektedir. Bu çalışmada özellikle ilerleyen yaşla, diz eklemi tutulum sıklığının arttığı gözlenmiştir. Bu hastalarda RA aktivasyonu ie birlikte kristal artritler, septik artrit ve osteoartrit alevlenmesi de akılda tutulmalıdır. Tanı sürecinde klinik, mikrobiyolojik ve radyolojik değerlendirmelerin birlikte ele alınması, gereksiz veya yanlış tedavilerin önüne geçilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, osteoartrit, eklem tutulumu, diz eklemi

POSTER BİLDİRİ ÖZET METİNLER

[Abstract:0085]
İnflamatuar Bel Ağrısı İle Gelen Hasta: Multipl Myelom Olgusu

Kezban Armağan Alptürker
İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji kliniği

41 yaşında kadın, bel ve sırt ağrısı ile iç hastalıkları poliklinikten romatoloji polikliniğine sevk edilerek gelen hastanın 3 aydır süren özellikle geceleri artan bel ağrısı vardı. Hastanın daha öncesinde böylesi bir bel ağrısı olmamıştı. Hastanın son zamanlada halsizlik yaınası olmaya başlamış ve son 2 ayda 6 kg kadar kilo kaybı olmuştu. İnflamatuar bel,sırt ağrısı dışındaki romatolojik sorgusunda geçmişte ya da şuan psöriazis, inflamatuar barsak hastalığı, üveit tanısı olmayan hastanın ailesinde romatolojik bir hastalık öyküsü yoktu. Romatolojik muayenesinde lomber hareketleri ağrılı ve kısıtlı, FABERE testi ve Sakroiliak kompresyon testi pozitif olan hastanın tetkikleri istendi. Gelişinde kan tetkik sonuçları Hb:7.1 g/dL, wbc:12800 plt:341000, ALT:55 U/L, AST:34 U/L, kreatinin:1.68 mg/dL, kalsiyum: 11.2 (mg/dL), Ürik asit 11.73 (mg/dL), CRP:93 mg/L, sedimantasyon hızı 130 mm/saat, TİT: bol eritrosit, 3-4 wbc/her saha, 24 saatlik idrar protein:415 mgr geldi. İdrar sedimenti inaktifti. Romatodi Faktör: 28 (N:0-14)ANA: negatif, ENA panel negatifti. Hastanın klinik, laboratuvardaki anormallikleri ve çekilen torakolomber ve pelvis grafisinde (Resim-1) litik lezyona benzer değişimler görülmesi üzerine hasta hematolojiye yönlendirildi. Yapılan elektroforez incelemesi ve Kemikiliği aspirasyonu Multiple Myelom (MM) ile uyumlu geldi, tedavisine başlandı.

MM hematolojik malignitelerin %10'unu, tüm malignitelerin ise %1'ini oluşturur. MM' da kemik ağrısı, başlıca klinik semptomdur. En sık tutulan kemikler vertebra başta olmak üzere, kafatası, pelvis, kaburga, skapula, humerus ve femurdur. Hastaların çoğu sırt ağrısından yakınır ve bazı olgular patolojik kırıkla gelebilir. Bu nedenle inflamatuar bel-sırt ağrısı ile gelen hastalar iyi sorgulanmalıdır. İnflamatuar ağrının özelliği iyi bilinmeli, hasta tetkikleri klnikle beraber dikkatle değerlendirilmelidir. Enfeksiyon ve malignite gibi ciddi hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması bu olguda olduğu gibi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: inflamatuar ağrı, bel ağrısı, multipl myelom

Resim 1



Resim-1 pelvis grafisinde litik lezyonlar

[Abstract:0086]

Chronic Tophus Gout Presenting with Loss of Strength in the Lower Extremities

Tuba Tülay Koca, Bilgehan Kolutek Ay, Zeynel Ertürk, Ayşegül Reyhan Kuzu
Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation

Introduction: Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) is arthritis that causes movement limitation and calcification in ligaments, tendons, and joints in the spine. It may accompany systemic diseases such as diabetes, gout, acromegaly, obesity, and high cholesterol, and is more common in older men. It may cause myelomalacia due to limitation of movement due to stenosis caused by structural changes in the spine root compression, difficulty in swallowing, and even cord compression.
Case: A 75-year-old male patient applied to our clinic with severe back pain after falling in the bathroom. In his medical history, it was learned that he had diabetes mellitus and gout for a long time, but he did not use his medications regularly. He takes allopurinol 1x300 mg, he quit colchicine himself. Body mass index was 37.2 kg/m2. On physical examination, both knees were hypertrophied, with limited pain at the end of flexion, and there was no temperature increase. There are tophi in the finger and elbow joints widespread throughout the body. Distal muscle strength of both lower extremities is 3/5. Computed Tomography imaging; Plaque-type calcifications that cause narrowing in the spinal canal were observed in the location corresponding to the posterior longitudinal ligament, extending from the C2 vertebra level to the C5 vertebra level. The loss of muscle strength was evaluated as Chronic Tophus Gout-related DISH disease. Uric acid in laboratory examination: 8.1 mg/dL; C-reactive protein: 167 mg/dL; procalcitonin <0.05 µg/l. The patient was started on colchicine 3x1 mg p.o./day treatment.
Conclusion: In advanced age, especially in the male population, in the presence of metabolic syndromes such as uncontrolled diabetes, gout, and obesity, DISH disease should be considered as a cause of spinal myelomalacia and strength loss, and the metabolic status (blood sugar, uric acid, cholesterol levels) should be kept under control with appropriate treatment of the diseases.

Keywords: gout, diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, myelomalacia, DISH

Figure 1



Sagittal and axial section; Plaque-type calcification and spur formation that causes narrowing in the spinal canal in a location that fits the posterior longitudinal ligament, extending from the C2 vertebra level to the C5 vertebra level

[Abstract:0088]

Transient Conjunctivitis and Hearing Loss after Upadacitinip

Tuba Tülay Koca, Ahmet Said Yılmaz, Ayşegül Reyhan Kuzu
Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kahramanmaraş, Türkiye

Introduction: Upadacitininip is a Janus kinase (JAK) inhibitor. It is in the category of targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs). In Türkiye, it is used in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, non-radiographic axial spondyloarthritis, enteropathic arthritis, and atopic dermatitis. Tuberculosis, bacterial, viral, and fungal opportunistic infections may occur due to Upadacitinip. Here, we present our case developed otitis media, hearing loss, and viral conjunctivitis secondary to viral upper respiratory tract infection in the 4th month of Upadacitinip treatment.
Case: A 37-year-old male patient diagnosed with axial spondyloarthritis was admitted to our clinic in April 2024. He was diagnosed with bilateral hip pain at an external center in 2019 and started on 50 mg Etanercept 1x1 sc per week. His pain was 7/10 cm on the visual analog scale, and his morning stiffness lasted 2-3 hours. C-reactive protein was 5.2 mg/dL (0-5), sedimentation was 4, lipid profile was normal. On physical examination, FABER/FADİR -/-, both hip and cervical ranges of motion are slightly limited at the end of movement, hand-ground distance is normal, Tragus wall distance is normal, modified Schober is 6 cm. As the calculated BASDAI value was 5.7, Upadacitinip 15 mg 1x1/day po was started. Since there was no adequate BASDAI response at the 2-month follow-up, Sulfasalazine 2x1/day p.o. was added. In the 4th month after Upadacitinip, the patient developed otitis media, hearing loss, and viral conjunctivitis following a viral upper respiratory tract infection. Upadacitinip treatment was stopped for 3 months. During the follow-up examination, it was observed that the conjunctivitis and hearing loss clinics had completely returned to normal.
Conclusion: JAK inhibitors, which have become widely used in our country in the last 5-7 years, can cause unwanted opportunistic infections like other DMARDs, and clinicians should monitor and treat patients for these side effects.

Keywords: Upadacitinip, JAK-inhibitors, spondyloarthritis

[Abstract:0089]

Çocuklarda Akut Kalça Ağrısı Sebebi; Gecici Sinovit

Tuba Tülay Koca, Elif Özel
Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kahramanmaraş, Türkiye

Giriş: Kalçanın gecici sinoviti genellikle 3-10 yaş arası çocuklarda kalça eklemini etkileyen kendi kendini sınırlayan inflamatuvar bir durumdur. Tam sebebi bilinmemekle birlikte viral/bakteriyel enfeksiyonlar veya mekanik travmaya sekonder gelişebilmektedir.
Olgu: 9 yaşında kız çocuk, ani başlayan sağ kalçada ağrı, topallama yakınması ile başvurdu. İdrarda yanma, sık idrar yakınması var. Fizik muayenesinde sağ bacak basma fazı kısa, antaljik mobilize. Hastada 20 derece konjenital skolyoz ve buna bağlı 4 cm fonksiyonel bacak boyu kısalığı mevcut. Her iki kalça romları ağrılı, tam. Kalça adduktor yüzde ele gelen ağrısız şişlik. Rutin tahlilleri normal. İdrar tetkiki normal ve kültürde üremesi yok. Dış merkezde çekilen kalça magnetik rezonans görüntülemesinde sinoviyal effüzyon mevcut. X-ray de eklem superolateralinde düzensizlik mevcut. Yüzeyel yumuşak doku ultrasonu: normal sınırlarda. Hastada mevcut bulgularla kalçanın gecici sinoviti (toksik sinovit) tanısı kondu, ibuprofen 1x1 p.o. başlandı, istirahat ve kalça eklemini koruyucu önerilerde bulunuldu.
Sonuç: Çocuk yaş grubunda ani başlayan kalça ağrısında kalçanın gecici sinoviti ayırıcı tanıda yer almalıdır.
Kaynak:
1.Pargas-Colina CD. Transient/Toxic Synovitis. Orthop Clin North Am. 2024 Oct;55(4):471-477. doi: 10.1016/j.ocl.2024.04.004. Epub 2024 May 14. PMID: 39216952.

Anahtar Kelimeler: kalçanın gecici sinoviti, artrit, toksik sinovit

[Abstract:0097]

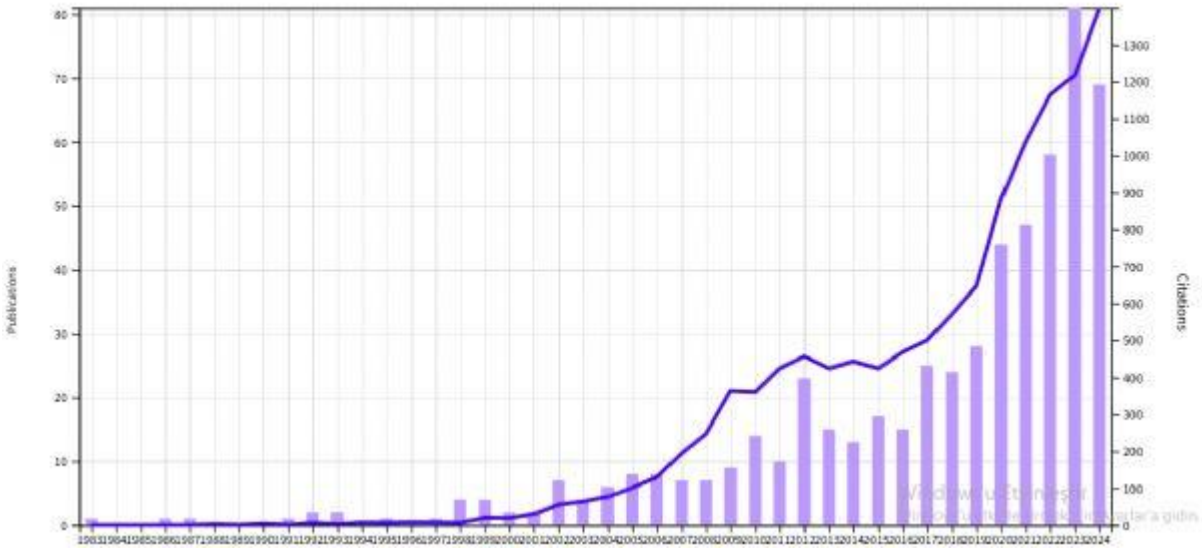
'Difficult to treat' D2T in Web of Science (WoS)

Tuba Tülay Koca, Ayşegül Reyhan Kuzu
Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kahramanmaraş, Türkiye

Introduction: In inflammatory diseases, all difficult cases such as failure to reach the desired level of control due to various reasons (patient non-compliance, side effects/toxicity, psychological, socio-economic, comorbidity…) or failure to achieve the desired level of control due to reasons such as disease severity/complexity are defined by The European League Against Rheumatism (EULAR) as 'difficult to treat' (D2T). This classification aims to enable more personalized pharmacological and non-pharmacological treatment recommendations to healthcare professionals in the management of difficult-to-treat cases. Here, 'difficult to treat' rheumatological studies in the Web of Science (WoS) from all times, 1975-2024, were examined.
Materials-Methods: On 02.01.2025, the WoS database was analyzed by the same person by writing the keywords 'difficult to treat' in the first line and 'rheumatology' in the second line, and the data was analyzed using the tables and graphs in WoS.
Results: A total of 561 documents were obtained. 69 (11%) of the documents belong to 2024, 81 (15.6%) to 2023, 50 (8.8%) to 2022, and 45 (8.0%) to 2021. According to 'Citation Reports Mikro', 1st place is Rheumatoid arthritis (22.9%), 2nd place Systemic lupus erythematosus (6.9%), 3rd place Gout (5.1%), 4th place Psoriasis (4.6%), 5th place Systemic sclerosis (4.1%), Juvenile idiopathic arthritis (4.1) in the 6th place, Vasculitis ranked 7th (3.5%), Dermatomyositis (2.6%) ranked 8th, Ankylosing Spondylitis (2.3%) ranked 9th, and Behçet's disease (2.1%) ranked 10th. Citing articles:10.926, times cited: 11.787, average peri tem was 21.0 (Figure 1).
Conclusion: The classification of cases as 'difficult to treat' has been increasingly encountered in the treatment process in recent years, especially in rheumatoid arthritis, and has become the main subject of research in scientific citation databases such as WoS.

Keywords: Difficult to treat, rheumatology, web of science, WoS

Figure 1



[Abstract:0107]

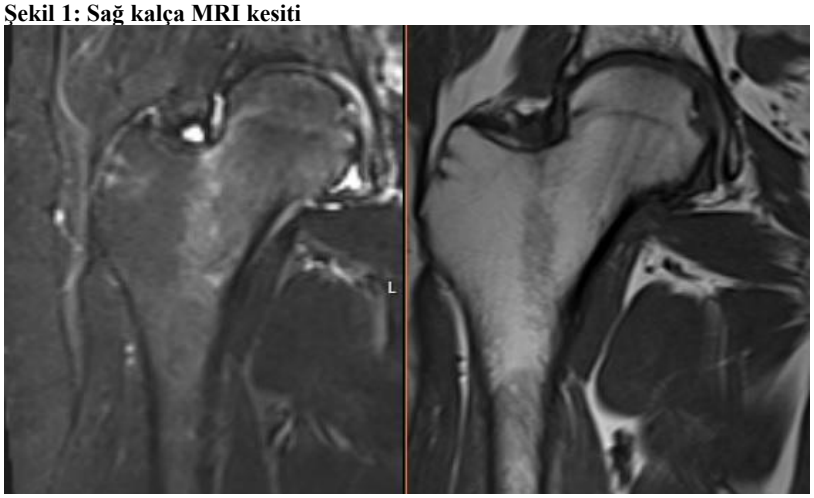
Subkondral yetmezlik fraktürlerinde olası bir etiyoloji: Topiramat

Bülent Akyüz, Fatma Feyza İnanıcı, İlhan Sezer
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş:Topiramat, epilepsi ve migren gibi nörolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan, antikonvülzan bir ilaçtır. İlacın etkileri, esas olarak santral sinir sistemi üzerindeki inhibitör nörotransmitterlerin (GABA) modülasyonu ve glutamat gibi eksitatör nörotransmitterlerin baskılanması üzerinden gerçekleşir. Subkondral yetmezlik kırıkları, eklem kıkırdağının hemen altında bulunan kemik dokusunun zayıflaması veya yetersiz kalması sonucu oluşan kırıklardır. Genellikle tekrarlayan mekanik yüklenmelerin etkisiyle ortaya çıkar. Bu kırıklar en sık diz, kalça veya ayak bileği gibi ağırlık taşıyan eklemlerde görülür. Erken teşhis ve uygun tedavi, eklem kıkırdağında kalıcı hasar ve osteoartrit gelişimini önlemek açısından kritik öneme sahiptir.
Olgu:37 yaş kadın hasta, 6 aydır mevcut olan sağ kalça iç kısmında ağrı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişte migren profilaksisi nedenli topiramat kullanımı dışında ek özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ kalça faber testi pozitifliği dışında bulgu saptanmadı. Laboratuar testlerinde bir anormallik saptanmadı. Çekilen sağ kalça manyetik rezonans görüntülemesinde sağ femurda subkondral yetmezlik kırığı saptandı (Şekil-1). Herhangi bir risk faktörü olmayan premenopozal dönemde olan hastamızda yetmezlik kırığının topiramat ilişkili olabileceği düşünüldü. Yük azaltma, ağrı kontrolü, kalsiyum ve d vitamini takviyesi sağlandı. Migren profilaksisi ilaç revizyonu açısından nöroloji görüşü istendi.
Tartışma ve sonuç:Topiramat uzun süreli kullanımı çeşitli yan etkiler ortaya çıkabili. Karbonik anhidraz inhibitörü etkisi ile metabolik asidoza neden olur ve kronik asidoz sonucunda kemik rezorpsiyonunu artırarak kemik mineral yoğunluğunu azaltabilir. Ayrıca topiramatın etkisiyle idrarla kalsiyum atılımında artış olabilir. Bu durum hiperkalsiüriye ve uzun vadede kemik yoğunluğunun azalmasına yol açabilir. D vitamini eksikliğine ve sekonder hiperparatiroidizme neden olabilir. Tüm bu mekanizmalar doğrultusunda uzun süreli kullanımlarda kemik mineral yoğunluğunda azalma ve kırık riski artışı rapor edilmiştir. Sonuç olarak, topiramat kullanımı sırasında kemik sağlığının izlenmesi, D vitamini ve kalsiyum desteğinin sağlanması, osteoporoz ve kırık riskini azaltmak açısından önem taşır. Ayrıca genç hastalarda gelişen subkondral yetmezlik kırıklarında detaylı ilaç anamnezi alınması gerektiğinin önemini vurgulamak için vakamızı sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Subkondral yetmezlik kırığı, Topiramat, Osteoporoz

Şekil 1: Sağ kalça MRI kesiti



[Abstract:0110]

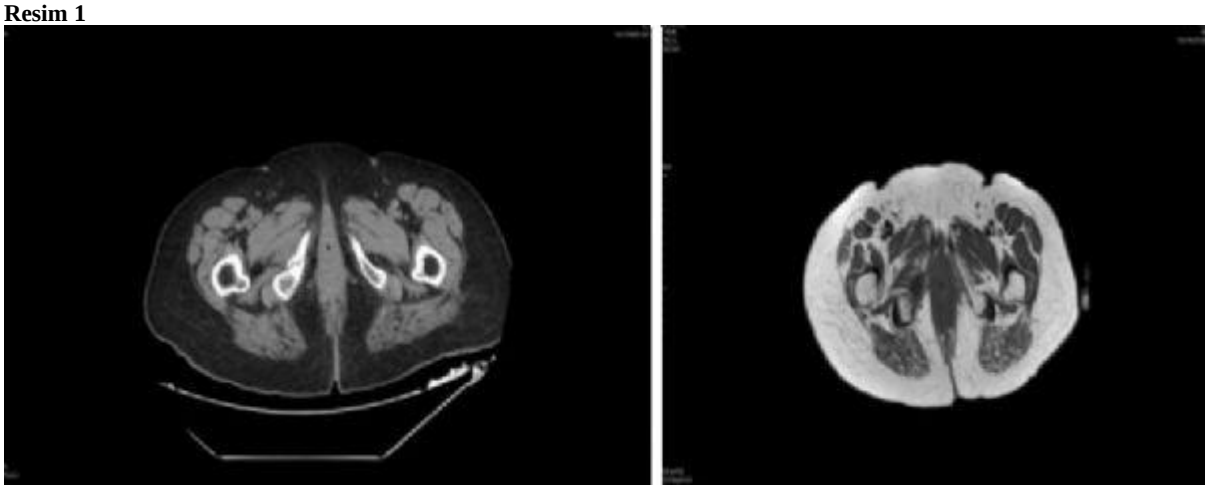
Geç Tanı Alan Pelvik Yetmezlik Kırığı ve Osteoporoz

Yasemin Tombak, Hilal Devran
Ankara Etlik Şehir Hastanesi, FTR

Giriş-Amaç: Yetmezlik kırıkları,anormal kemik yapısına normal ya da travmatik yüklenme sonucunda gelişirler.Osteoporoz olmak üzere yetmezlik kırıklarına neden olabilecek çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır.Burada DM ve HT tanılı 79 yaş kadın hastada travma sonrası geç tespit edilen pelvik yetmezlik kırığı sunulmaktadır.
Olgu: FTR polikliniğine başvuran 79 yaş kadın hastanın son 2 haftadır sağ kalçasında ağrı şikayeti mevcuttu.2 hafta önce sağ kalça üzerine düşme öyküsü vardı.Hasta düştükten 5 gün sonra ortopedi polikliğine başvurmuş.Hastanın pelvis ve sağ kalça X ray görüntülerinde belirgin kırık hattı saptanmamış.Hasta olaydan 2 hafta sonra FTR polikliniğine başvurdu. Bağımsız ambule olan hastanın fizik muayenesinde lomber hareket açıklığı tüm yönlerde minimal kısıtlı, sağ kalça hareketleri ağrılı ve iç rotasyonda kısıtlıydı. Hastanın ağrısı uyluk ön yüzünde belirgindi.Düz bacak kaldırma testi bilateral negatifti.Üst ve alt extremite motor ve duyu muayenesi normal,derin tendon reflexleri normoaktifti.Patolojik refleks yoktu,idrar ve gaita inkontinansı yoktu.Periferik nabızlar açıktı.Laboratuar incelemesinde tam kan sayımı,C-Reaktif protein,sedimentasyon,ALT ve AST değerleri normal saptandı.Hastanın serum ALP:107 U/l,PTH:35.2 ng/l,kreatinin değeri:1.06mg/dl,25(OH) vitamin D:15 ng/ml ve kalsiyum:10.29 mg/dl saptandı.Hastanın lomber MR görüntülemesinde vertebra ve disklerde dejeneratif değişikliler izlendi.Sağ kalça MR görüntülemesi sağ inferior pubik ramusta oblik seyirli T1AG'de hafif deplase fraktür ile uyumlu lineer hat ve fraktür çevresinde kemik yapıda yoğun subkondral medüller ödem mevcut şeklinde raporlandı.Hasta MR sonucu ile ortopediye danışılmış olup önerileri ile hastanın pelvis BT si istenmiştir.Hastanın pelvis BT raporunda kemik yapılarda osteopenik dansite düşüşleri görüntülenmiş,sağda inferior pubik ramusta minimal deplase fraktür hattı izlendi. Ortopedi tarafından hastaya 2 hafta tam yük vermemesi ve sonrasında kontrol önerildi. Hastaya ağrısı için parasetamol verildi. Tarafımızca eş zamanlı KMD ölçümleri yapılan hastanın femur boyun T skoru -2,7 ve lomber total T skoru -4,0 ölçüldü.Hastaya vitamin D replasmanı yapıldıktan sonra, osteoporoza yönelik denosumab başlandı.
Sonuç: Yaşlı hastalarda düşme öyküsü varsa kırık açısından daha dikkatli değerlendirilmeli, ağrı devam ederse mutlaka ileri görüntüleme tetkiki istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: düşme, kırık, osteoporoz, yetmelik kırığı

Resim 1



a-Pelvis BT sağ inferior pubik ramusta minimal deplase fraktür b-Pelvis MR sağ inferiorpubikramusta oblik seyirli fraktür

[Abstract:0113]

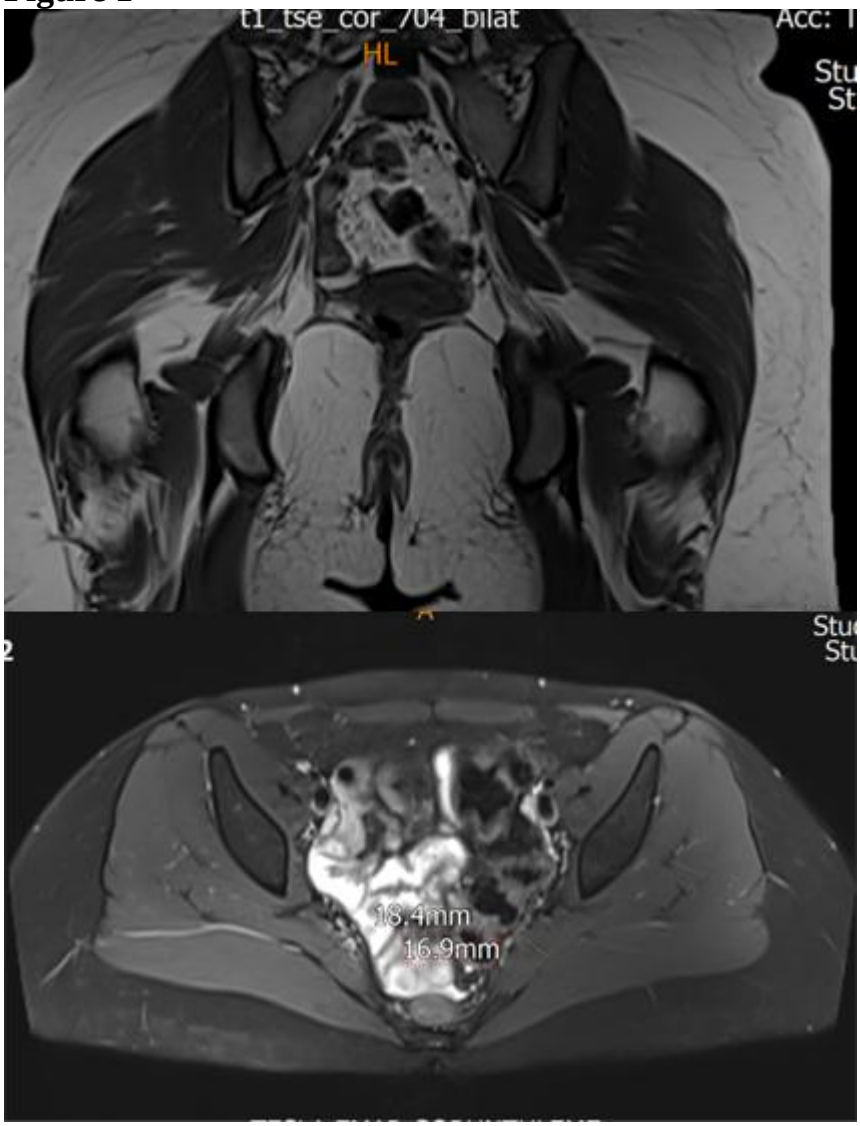
Bilateral Piriformis Syndrome Mimicking Seronegative Spondyloarthropathy And Successfully Treated With Ultrasound-Guided Injection: A Case Report

Kubra Neslihan Kurt Oktay, Elif Tugce Demir, Sibel Suzen Ozbayrak, Elem Yorulmaz, Duygu Geler Külcü
Department of Physical Medicince and Rehabilitation, University of Health Sciences, Haydarpasa Numune Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

Introduction: Bilateral piriformis syndrome is a rare condition often associated with anatomical variations in the gluteal region or as a complication of hip surgery (1, 2).
Case: A 38-year-old female presented with a three-month history of low back and bilateral gluteal pain. The symptoms had a sudden onset, were more prominent in the mornings, and were aggravated by prolonged standing. She was previously diagnosed with spondyloarthropathy and treated with full doses of acemetacin and diclofenac, respectively, by a rheumatologist. However, due to the lack of improvement in her symptoms, she presented to our clinic. Her medical history included gastroesophageal reflux and myomectomy. Physical examination revealed normal lumbar and hip joint range of motion, negative lumbar radicular and sacroiliac tests, but bilateral piriformis muscle tenderness. FAIR, Freiberg, and Pace tests were positive. Laboratory findings included CRP 4 mg/L, ESR 12 mm/hour, HLA-B27 negative, RF 6.3 IU/mL, and anti-CCP <8 IU/mL. Sacroiliac joint MRI was normal. The patient reported a 10 kg intentional weight loss and prolonged sitting over the past year. Bilateral hip MRI showed no pathology in the piriformis muscles or sciatic nerve variations (Figure 1). A preliminary diagnosis of bilateral piriformis syndrome was made based on the patient's history and physical examination findings. Diagnostic and therapeutic ultrasound-guided injection with 2 cc of 2% lidocaine, 2 cc of bupivacaine, and 2 cc of betamethasone was performed. Following the injection, the patient reported a 70% reduction in pain, confirming the diagnosis. Stretching exercises and the use of a seat cushion was initiated. The patient reported a 90% improvement in symptoms and remains under follow-up.
Conclusion: Bilateral gluteal pain, particularly after weight loss and prolonged sitting, can mimic spondyloarthropathy. This case highlights the importance of considering soft tissue pathologies, such as piriformis syndrome, in the differential diagnosis of seronegative spondyloarthropathy.

Keywords: Bilateral piriformis syndrome, Gluteal Pain, Seronegative Spondyloarthropathy, Ultrasound Guided Injection

Figure 1



Horizontal and axial MRI images of the bilateral piriformis muscle and sciatic nerve demonstrating normal anatomy without any variations.

[Abstract:0116]

Yanlış Müdahale Sonrası Faciaya Dönüşlen Ganglion Kisti: Kompartman Sendromu ve Refleks Sempatik Distrofi

Harun Sağdıç
Korkuteli Devlet Hastanesi FTR

Giriş:Ganglion kistleri, genellikle el ve el bileği çevresinde görülen benign kistik oluşumlardır. Çoğu vakada konservatif yönetim veya cerrahi eksizyonla tedavi edilir. Ancak yanlış uygulamalar ve kontrolsüz manipülasyonlar ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu sunumda, bir çıkıkçı tarafından rüptüre edilen ganglion kisti sonrası gelişen kompartman sendromu ve refleks sempatik distrofi olgusu ele alınmıştır.
Olgu:69 yaşındaki erkek hasta, el bileğinde şişlik ve ağrı şikayetiyle bir çıkıkçıya başvurmuş. Çıkıkçı tarafından yapılan manuel manipülasyon sonrasında hastada şiddetli ağrı, ödem ve fonksiyon kaybı gelişmiş. İlk değerlendirmede el bileği ve ön kolda yaygın ödem, palpasyonda sertlik ve ağrı tespit edilmiştir. Hastaya yapılan ultrasonografide ganglion kisti rüptürü ve çevre dokularda geniş sıvı birikimi görülmüş. Kompartman basıncı ölçümleri, kompartman sendromu tanısını doğrulamıştır. Acil cerrahi dekompresyon uygulanmış. Olaydan 45 gün sonra tarafımıza başvuran hastada Refleks sempatik distrofi belirtileri gözlenmesi üzerine kontrast banyo tedavisi, fizik tedavi, steroid tedavisi, lokal krem tedavileri başlanmıştır.
Tartışma:Ganglion kistlerine yapılan yanlış müdahaleler, kist rüptürü, çevre dokularda inflamasyon ve nadir olarak kompartman sendromu gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Literatürde rüptüre ganglion kisti sonrası kompartman sendromu oldukça nadir bildirilmiştir. Ayrıca, refleks sempatik distrofi, sıklıkla travmatik olaylar veya cerrahi sonrası gelişen kronik bir ağrı sendromudur.
Bu olgu, kontrolsüz ve uzman olmayan kişiler tarafından yapılan girişimlerin ciddi sonuçlarını vurgulamaktadır. Sağlık personeli dışındaki bireyler tarafından yapılan bu tür uygulamaların önlenmesi için halk sağlığı ve eğitim programları büyük önem taşımaktadır.
Sonuç:Rüptüre ganglion kisti sonrası gelişen kompartman sendromu ve refleks sempatik distrofi nadir ancak klinik olarak önemli komplikasyonlardır. Bu tür durumların önlenmesi için halkın, bu kistlerin yönetimi konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ganglionkisti, Kompartman, Reflekssempatikdistrofi

[Abstract:0120]

Her Anti Nötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) pozitifliği romatolojik hastalıkla ilişkili midir?

Sevilay Batıbay, Tuğçe Bozkurt, Elif Dinçses Nas
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Anti-nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) ANCA ilişkili vaskülit (AİV) tespit etmede ve sınıflandırmada büyük önem taşır. Ancak ANCA testi AİV'ler için spesifik bir belirteç olmayıp inflamatuar bağırsak hastalığı, primer sklerozan kolanjit, ilaç ilişkili AİV, kistik fibroz gibi diğer hastalıkların varlığında da bu otoantikorlar tespit edilebilir (1). Bu çalışmada ANCA pozitifliği saptanan hastalarda romatolojik hastalık saptanma oranını ve AİV dışında ANCA pozitifliğine yol açan diğer durumları belirlemeyi amaçladık.
Gereç ve Yöntemler: Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Romatoloji polikliniğinde Ocak 2023-Kasım 2024 tarihleri arasında ANCA pozitifliği nedeniyle değerlendirilen 18-90 yaş aralığındaki 76 erişkin geriye dönük değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, ANCA titresi ve paterni, diğer laboratuvar parametreleri, romatolojik olarak değerlendirilmesi neticesindeki nihai tanıları kaydedildi. Romatolojik hastalık tanısı alan hastalar grup 1, almayanlar ise grup 2 olarak sınıflandı.
Bulgular: 76 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 51'i (%67) kadın, 25'i (%33) erkek idi. Hastaların ortanca yaşı 60.5'ti (min-max:24-84). 40 hastada (%52.6) p-ANCA, 10 (%13.2) hastada c-ANCA saptanırken, 21'inde (%22.6) MPO ANCA, 33'ünde (%43.6) PR3 ANCA pozitifti. Hastaların 39'u (%51.3) romatolojik hastalık tanısı aldı, bunların 23'ü AİV idi. İki infektif endokardit, birer hastada akciğer kanseri, tüberküloz, ülseratif kolit ve kronik ürtiker saptandı. Grup 1'de c-ANCA saptanma oranı, sedimentasyon ve CRP değerleri Grup 2'ye göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p=0.001, 0.017 ve 0.005).
Sonuçlar: ANCA testi AİV için spesifik olmayıp diğer inflamatuar hastalıklarda, enfektif patolojilerde tespit edebilir. O nedenle ANCA bir tarama testi olmayıp vaskülit şüphesi olan olgularda istenmeli ve klinik bulgular eşliğinde değerlendirilmelidir.

Kaynaklar
1. Suwanchote S, Rachayon M, Rodsaward P, Wongpiyabovorn J, Deekajorndech T, Wright HL, et al. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies and their clinical significance. Clin Rheumatol. 2018;37(4):875-84

Anahtar Kelimeler: Antinötrofil sitoplazmik antikor, c-ANCA, p-ANCA, Anti-nötrofil sitoplazmik antikor-ilişkili vaskülit

[Abstract:0122]

Severe Leflunomide-Induced Rash in a Patient with Chemotherapy-Associated Polyarthritis

Kübra Neslihan Kurt Oktay, Samet Aygun, Elem Yorulmaz, Duygu Geler Kulcu
Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences, Haydarpasa Numune Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey

Introduction: Non-inflammatory self-limiting rheumatologic complaints such as stiffness, arthralgia, and arthritis can emerge a few months after cancer chemotherapy. These symptoms occur without metastatic disease or positive laboratory and radiological findings indicative of rheumatic disease. Current knowledge is primarily based on case reports. Early treatment with corticosteroids and/or DMARDs offers a favorable prognosis. Here, we present a case of severe cutaneous drug reaction and its management after initiating therapy for probable chemotherapy-induced polyarthritis.
Case: A 51-year-old female presented with joint pain and swelling in her hands and feet, unresponsive to NSAIDs. Physical examination revealed tenderness and edema in the MCP joints of the right hand and the MTP joints of the left foot. Imaging showed effusion and mild bone marrow edema in multiple first interphalangeal joints of the left foot and right hand, with a 9×4 mm cystic lesion in the 2nd MCP joint. Laboratory results were unremarkable (Table 1). The patient had a history of hormone receptor-positive breast cancer, treated with cyclophosphamide and anthracycline-based chemotherapy followed by tamoxifen, and her joint symptoms began 1.5 months post-treatment. Upon preliminary diagnosis of chemotherapy-induced polyarthritis, prednisolone 15 mg and leflunomide 2x200 mg were initiated. While her symptoms improved, she developed a rash five days into treatment (Figure 1). Dermatological examination revealed widespread erythematous lesions, confirmed by biopsy as a drug reaction. Leflunomide was discontinued, and prednisolone with cetirizine was initiated, leading to resolution of the rash within three weeks (Figure 1). Following prednol tapering, arthralgia recurred. Rheumatology initiated follow-up with a daily dose of 4 mg prednisolone under multidisciplinary care.
Conclusion: Chemotherapy-associated arthropathy may result from metastasis, paraneoplastic syndrome, immune responses, or adverse reactions specific to cancer-directed chemotherapy. Corticosteroids and/or DMARDs improve prognosis. This case highlights the need for vigilance regarding rare leflunomide-induced cutaneous reactions and emphasizes the importance of close monitoring and multidisciplinary management.

Keywords: *Chemotherapy, Polyarthritis, Leflunomide, Cutaneous drug reaction, Multidisciplinary management*

Figure 1



The left column shows the rash induced by leflunomide, while the right column demonstrates the resolution of the rash following a 4-week course of prednol and cetirizine therapy.

Table-1

Parameter	Result	Reference Range
WBC	5.33 × 10⁹/L	4.0–11.0 × 10⁹/L
CRP	0.43 mg/dL	<0.5 mg/dL
ESR	2 mm/hour	<20 mm/hour
RF	7.1 IU/mL	<14 IU/mL
CCP	<8 U/mL	<20 U/mL
ANA	Negative	
Anti-dsDNA	<10 IU/mL	<30 IU/mL
HBsAg	Negative	Negative
Anti-HCV	Negative	Negative
Anti-HIV	Negative	Negative
CA19-9	47.50 U/mL	<37 U/mL
CEA	7.75 ng/mL	<5 ng/mL
CA-15-3	17.3 U/mL	<25 U/mL
CA-125	7.62 U/mL	<35 U/mL

Laboratory results of the patient showing no findings indicative of rheumatic disease.

[Abstract:0125]

Bilateral Shoulder Calcific Tendinitis in a Patient with Bilateral Gluteus Medius and Achilles Tendonitis: Could it be showing us another disease?

Latif Tosun, Selda Çiftci İnceoğlu, Kadriye Banu Kuran
Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Physical Medicine and Rehabilitation Clinic,Istanbul

Hydroxyapatite deposition disease (HADD) can present as tendinopathy, bursitis, or acute arthritis. Calcific tendinitis (CT), commonly affecting the rotator cuff, is a known manifestation. Rarely, the gluteus medius and minimus tendons may also be involved. CT is more common in women aged 40–60 (1-3). While its etiology is unknown (4), high vitamin D levels may promote hydroxyapatite crystal deposition (5). Symptom relief and preserving joint range of motion (ROM) are key treatment goals. Initial management includes NSAIDs, physical therapy, and exercises (6,7).

A 52-year-old female with diabetes mellitus and ulcerative colitis presented with bilateral shoulder pain and functional limitations. She had prior treatments for trochanteric bursitis and Achilles tendinitis. Visual Analogue Scale (VAS) scores were 8 during activity and 4 at rest. Morning stiffness and arthritis were absent. Physical examination revealed limited, painful shoulder ROM and positive supraspinatus and Hawkins tests. Muscle strength was 4/5 for abduction and 5/5 for other movements.

Laboratory findings included elevated blood glucose (195 mg/dL), HbA1c (8.1), and vitamin D (>100 ng/ml). Imaging showed supraspinatus tendon calcifications and acromioclavicular joint changes. Paracetamol, cold application, TENS, ESWT, and shoulder exercises were initiated. Vitamin D treatment was stopped, and endocrinology consultation was arranged. After three weeks, VAS scores decreased by 75%, ROM was full, and muscle strength normalized.

HADD results from hydroxyapatite deposition and may involve various joints. Polyarticular involvement is not uncommon. Hypervitaminosis D may exacerbate calcification, as seen in this case. Early diagnosis and appropriate conservative treatment effectively relieved symptoms and improved function.

A holistic approach is essential in diagnosing and managing CT to identify and address associated conditions.

Keywords: deposition disease, calcific tendinitis, vitamin D

Figure 1



Calcific tendinitis

[Abstract:0127]

Orşit ile prezente olan fmf olgusu

Sevil Yiğit
Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ailesel Akdeniz ateşi (FMF) otozomal resesif geçişli, kendi kendini sınırlayan, tekrarlayan ateş ve serozit ataklarıyla karakterize otoinflamatuvar bir hastalıktır(1). Orşit ve testiküler amiloidoz, FMF'ye bağlı olarak nadiren rapor edilir.Burada AAA bulgusu olarak akut skrotum ve hidrosel olan bir olgu sunuyoruz.
Olgu: 24 yaşında bir erkek hasta, şiş, ağrılı ve eritematöz skrotum ile acil servise başvurdu.Başvuru sırasında ateşi veya karın ağrısı yoktu.Laboratuvar tetkikleri beyaz kan hücresi 22000/mm3, eritrosit sedimantasyon hızı 50 mm/sa ve C-reaktif protein 51 mg/L idi. İdrar analizi normaldi.Skrotal ultrasonografide epididimal genişleme, skrotal deride kalınlaşma, bilateral hidrosel görüldü.Geçmiş sorgulandığında ateşsiz karın ağrısı atakları ve aile öyküsü tarifliyordu.Genetik mutasyon analizi, MEFV geninde homozigot M694V alelleri gösterdi.Amiloidozun önlenmesi ve tedavisi için kolşisin verildi.Kolşisin tedavisine yanıt alındı ve hiç atağı olmadı.
Tartışma:Ailesel Akdeniz ateşi ateş ve seröz zarların iltihabı ile ortaya çıkan yineleyen ataklarla süregelen ve ikincil amiloidoz ile komplike olabilen herediter periodik ateş sendromlarının en sık görülenidir.AAA semptomları serozal membranların inflamasyonu ile ilişkilidir(2,3).Akut skrotum ve skrotal şişliğin diğer ayırıcı tanıları fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik test bulguları ile dışlandı.Vakamızda Akut skrotumun AAA ataklarından biri olduğu sonucuna varıldı.Bu raporlar ve bulgular, bu hastada FMF'yi araştırmak için bir ipucu olarak kabul edildi.
Sonuç: Akut skrotum ve skrotal şişlik AAA'nın karakteristik klinik özellikleri olmasa da akut skrotum ayırıcıtanısında bu genetik hastalık unutulmamalıdır.
Kaynaklar
1. Ben Zvi I, Livneh A. Chronic inflammation in FMF: markers,risk factors, outcomes and therapy. Nat Rev Rheumatol 2011; 7(2): 105–112.
2. Fonnesu C, Cerquaglia C, Giovinale M, et al. Familial Mediterranean Fever: a review for clinical management. Joint Bone Spine. 2009 May;76(3):227-33.
3. Ertekin V, Selimoğlu MA, Pirim I. Familial Mediterranean fever in a childhood population in eastern Turkey. Pediatr Int. 2005

Anahtar Kelimeler: orşit, fmf, otoinflamatuar

[Abstract:0128]

Digital gangren ile prezente olan nadir bir sjögren sendromu olgu sunumu

Ali Karakaş
İzmir Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İzmir

Giriş: Bu yazıda nadir bir prezentasyon olarak digital gangren ile başvuran ve sjögren sendromu tanısı alan bir olgu sunulmaktadır. Olgu sunumu 47 yaşında, kadın ve astım dışında ek hastalığı olmayan hasta sol el 3. parmakta fazla olmak üzere parmaklarda morarma, ağrı yakınması ile ilk olarak kalp-damar cerrahisi bölümüne başvurmuş (Resim-1). Arteryel doppler ultrasonografi normal saptanan hasta romatizmal hastalıklar açısından tarafımıza yönlendirilmiş. Hasta servisimize yatırıldı. Romatolojik sorgulamasında ağız kuruluğu ve ellerde artraljiler dışında anlamlı özellik yoktu. Fizik muayenesinde aktif artriti yoktu. Hastanın yapılan tetkiklerinde; hemogram, böbrek, karaciğer fonksiyon testleri, tam idrar analizi, sedimentasyonu normaldi. C-reaktif protein değeri 12 mg/L idi. RF++ 57 IU/ml, ANA 1/3200++ Granüler, Anti SSA 3+, Anti SSB 3+, Anti Ro-52 3+ saptandı. Anti-CCP, ANCA, AFAS antikor, lupus antikoagülan tetkikleri normal saptandı. İnfektif endokardit için istenen kan kültürlerinde üreme olmadı. Ekokardiyografide minimal perikardiyal efüzyon dışında, kapak patolojisi, vejetasyon görülmedi. Göz hastalıklarında yapılan schirmer testi bilateral 3 mm ile kuru gözle uyumlu saptandı. Antikoagülan ve antiagregan tedavi altında olan hastaya kanama riski nedeni ile minör tükrük bezi biyopsi yapılamadı. Hastada ön planda Sjögren sendromuna bağlı vaskülit düşünüldü. Hastaya antikoagülan, antiagregan, 1 mg/kg/gün metilprednizolon, hidroksiklorokin sülfat ve metotreksat tedavileri de başlandı. Ayrıca vazodilatör tedavi olarak iv ilioprost tedavisi başlandı. İzlemde hastanın sol el 3.parmak dışında parmaktaki yakınmaları geriledi (Resim-2). Tartışma-sonuç: Sjögren sendromu olan hastalarda ekzokrin bezler dışında; cilt, eklemler, akciğerler, kalp, gastrointestinal sistem, böbrekler, hematolojik sistem, periferik ve merkezi sinir sistemi gibi birçok organ etkilenebilir. Kutanöz vaskülit ve raynaud fenomeni dahil olmak üzere vasküler hastalık meydana gelebilir. Bununla birlikte orta damar vaskülitlerini taklit edecek şekilde digital gangren literatürde sadece birkaç olgu sunumu şeklinde bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da özellikle ilk prezentasyon olarak digital gangren olması açısından ilginçti. Digital gangren ile başvuran hastalarda bu nedenle Sjögren sendromu da dahil olmak üzere bağ doku hastalıkları mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sjögren sendromu, vaskülit, gangren

Resim-1 ve Resim-2



Resim-1 Hastanın ilk başvurusu



Resim-2 Hastanın tedaviden 1 hafta sonrası

[Abstract:0141]

Behçet Sendromu Gastrointestinal Tutulumu Olan Hastaların Klinik Özellikleri

Beyzanur Ustaoğlu[1], Hayrunnisa Yetkin[1], İbrahim Gündüz[2], Aylin Dolu Karaca[3], Gülşah Yamancan[3], Yusuf Doğan[3], Burak Öz[3], Ahmet Karataş[3], Süleyman Serdar Koca[3]
[1]Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi, 3 Sınıf öğrencisi
[2]Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastahanesi, FTR-Romatoloji
[3]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Romatoloji BD

Giriş: Behçet Sendromu baskın bir damar tipinin etkilenmediği, her boyutta ve tipte damarları etkileyebilen bir vaskülit olarak tanımlanmıştır. Behçet hastalığının GİS bulguları, önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili oldukları için özellikle önemlidir.Çalışmamızda Fırat Üniversitesi Hastahanesi Romatoloji Polikliniğinde BS tanısıyla takipli GİS tutulumu olan hastaların klinik ve endoskopik bulgularını sunuyoruz.
Materyal-Metod: Hastane bilgi sisteminde ICD kodu olarak "Behçet Hastalığı" tanısı alan hastalar tarandı. Kolonoskopi sonucu ile GİS tutulumu olan hastaların klinik özellikleri kayıt edildi. Bilgiler SPSS programına yüklenerek uygun istatiksel analizler yapıldı.
Sonuçlar: 447 hasta tarandı (%50,4 erkek, %49,6 kadın). 47 kolonoskopi yapılan hasta değerlendirildi. Kolonoksopik değerlendirme sonucu GİS tutulumu tanısı konulan hasta sayısı 14'tü. Tüm Behçet hastaları için GİS tutulum prevelansı %3,13 olarak değerlendirildi.
GİS tutulumu tanısı öncesi semptomlara baktığımızda en sık semptom 12 hastada karın ağrısı, 8 hastada ishal, 5 hastada rektal kanama öyküsü vardı. 5 hastada anemi mevcuttu. %64 hastada CRP yüksekliği mevcuttu. Kolonoskopi bulgusu olarak 7 hastada tek ülser 7 hastada multipl ülser vardı. Ülser lokalizasyonu en sık terminal ileumdaydı (Tablo-1).3 hasta ex olmuştu. Ex olan hasta oranları açısından kıyas yapıldığında GİS tutulumu olmayan hastalarda %1,4, GİS tutulumu olanlarda %21,4 oranında ex vardı ve bu fark istatiksel açıdan anlamlıydı (p<0,001).
Tartışma: Behçet sendromu GİS tutulumu önemli morbidite ve mortalite nedeni olması ve inflamatuar bağırsak hastalığına benzer yönleri olması nedeniyle önem arz etmektedir. Hastalığın şiddeti ülkeden ülkeye, cinsiyetler arası değişebilmektedir. Erkek cinsiyette hastalık şiddetli seyretmekte ve görüldüğünde önemli bir morbidite mortalite nedeni olmaktadır. Bizim çalışmamızda da tüm BS tanılı hastalarda cinsiyet dağılımı eşitken GİS tutulumu olanlarda erkek cinsiyet baskındı. Mortalite oranı da GİS tutulumu olanlarda artmış ve ex olan hastaların survisi etkin tedavilere rağmen çok kısa olmuştur.
GİS tutulumunun etkin tedavilere rağmen halen önemli bir mortalite nedeni olduğunu gösterdik. Klinisyenler özellikle CRP yüksekliği ve GİS semptomları olan hastaları BS GİS tutulumu açısından değerlendirmeli ve yakın takip etmelidir.

Anahtar Kelimeler: behçet, gis, ibh

Tablo 1 Klinik Özellikler

Klinik Özellikler		n(%)
Karın ağrısı		12 (%85,7)
İshal		8 (57,1)
Rektal kanama		5 (%35,7)
Anemi		5 (%35,7)
Multipl Ülser		7(%50)
Oral aft		14 (%100)
Genital ülser		10 (%71,4)
Akneiform lezyon		9 (%64,3)
ENBL		2 (%14,3)
Artrit		6 (%42,9)
Üveit		6 (%42,9)
Venöz tutulum		2 (%14,3)
Nörolojik tutulum		0
Ülser Lokalizasyonu	Terminal ileum	4 (%28,6)
	Çekum	2(%14,3)
	Atlamalı birden fazla yer	4(%28,6)
	Kolon diğer bölge tutulumu tek bölge	2(%14,3)
	Pankolit	2(%14,3)

[Abstract:0142]

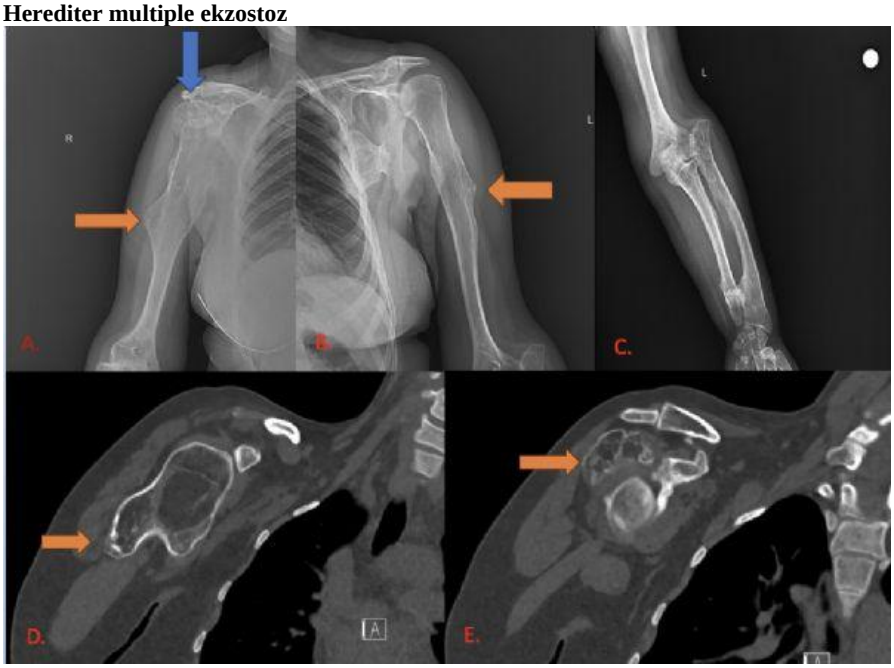
Olgu Sunumu: Herediter Multiple Ekzostozlu Hastada Miyofasiyal Ağrı Sendromu

Merve Hatipoğlu, Canan Tıkız
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Manisa

Giriş: Herediter multiple ekzostoz (HME) tanılı hastada eklem hareket açıklığının (EHA) kısıtlanmasının periskapular bölgede tetik nokta oluşumuna sebep olup miyofasiyal ağrı sendromuna (MAS) yol açmasına bağlı olarak omuzda yansıyan ağrıya neden olabileceği ve rehabilitasyonun bu durum göz önünde bulundurularak planlamasına dikkat çekmek amaçlanmaktadır.
Olgu: 33 yaş kadın hasta, bilinen ek hastalığı yok. Kliniğimize bilateral omuzda ağrı ve uyuşma şikayeti ile geldi. Aile öyküsünde babasının sol femurda tümör nedeniyle opere olduğu, kendisinin çocukluk çağında ortopedi tarafından kemik displazisi nedeniyle opere edildiği öğrenildi. Fizik muayenede hastanın sağ kaput humeri ve olekranon mesafesinin sol tarafa göre 6 cm daha uzun olduğu kaydedildi. Hastanın aktif omuz fleksiyonu ve abduksiyonu 20 derece, bilateral dirsek ekstansiyonu 10 derece, önkol pronasyonu 5 derece kısıtlı ölçüldü. Yapılan nörolojik muayenesinde motor ve duyusal hasar saptanmadı. Periskapular bölgede çok sayıda tetik nokta saptandı.EHA kısıtlılığı olan hastadan önce bilateral omuz, dirsek grafileri (şekil 1, 2, 3) sonrasında sağ omuz kontrastsız tomografisi (5,6) istendi. İncelenen görüntülemelerde akromion, humerus ve ulnada osteokondrom ile uyumlu değişiklikler görüldü.Hasta ev egzersizleri programı ve nonsteroid antienflamatuar analjezik tedaviyle takibe alındı. 10 günde bir kontrole çağırılarak EHA ölçümleri tekrarlandı. 3 seans periskapular bölgeye kuru iğneleme yapıldı. Hastanın bilateral omuz abduksiyon ve fleksiyonu yaklaşık 10 derece kadar arttı. Visual Analog Skala 8'den 3'e düştü.Hastaya ortopedi poliklinik kontrolü önerildi. Hastanın ortopedi poliklinik kontrolünde osteokondrom eksizyonu için operasyon planlandı. Sağ humerus diyafizindeki, akromion altındaki ve olekranon üstündeki osteokondromlar eksize edilip patolojiye gönderildi.
Sonuç: HME, fonksiyonelliği bozan otozomal dominant benign kemik tümörüdür. Yerleşim yerine göre EHA kısıtlılığına yol açabilir. Bu durum mobilizasyon kısıtlılığına yol açarak miyofasiyal ağrı sendromuna yol açar. Hastalara uygulanan rehabilitasyon programı ile hastaların EHA korunabilir, günlük yaşam aktivitelerinde iyileşme sağlanabilir. HME'nin tuzak nöropatilere, nadir olarak malign dejenerasyona yol açabileceği göz önünde bulundurularak hastalar takibe alınmalıdır.Hastadan imzalı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Herediter multipl ekzostoz, miyofasiyal ağrı sendromu, eklem hareket kısıtlılığı

Herediter multiple ekzostoz



A: Sağ omuz anterioposterior direkt grafide humerus diyafizinde korteksin laterale uzandığı osteokondrom turuncu okla gösterilmiştir, skapuladaki ekzostoz mavi okla gösterilmiştir. B: Sol omuz anterioposterior direkt grafide humerus diyafizinde osteokondrom okla gösterilmiştir. C: Sağ anterioposterior ulna-radius direkt grafinde psödo-Madelung deformitesi, D-E: Sağ omuz kontrastsız tomografi koronal kesitte humerus ve skapulada osteokondromatozis ile uyumlu lezyonlar izlenmekte.

[Abstract:0144]

Romatoid Artritte Hidroksiklorokin Kullanımına Bağlı Nadir Görülen Bir Yan Etki:Melanonişi

Fatih Kuru, Cevriye Mülkoğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR Kliniği

Giriş
Hidroksiklorokin romatoid artrit gibi romatizmal hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Hidroksiklorokin dahil antimalaryal ilaçlar cilt, mukoza, eklemler ve kıkırdakta hiperpigmentasyona neden olabilmektedir. Melanonişi, kahverengi-mor tırnak plağı bandı hidroksiklorokin kullanımına bağlı nadiren bildirilmiş olup malign melanoma ile ayırıcı tanıya girmektedir. Bu yazıda romatoid artritli bir hastada hidroksiklorokin kullanımına bağlı gelişen melanonişi olgusu sunulmaktadır.
Olgu Sunumu:71 yaşında kadın hasta romatoid artrit tanısı ile takipli, ek şikayeti olmayıp rutin kontrolü için polikliniğimize başvurdu. Genel sistemik muayenesi yapılırken el tırnaklarında mor-kahverengi renk değişikliği dikkat çekmekteydi. Hasta tırnaklarındaki renk değişikliklerinin 1-2 senedir olduğunu ifade etti. Vücudunun başka bölgelerinde herhangi bir renk değişikliği olmayıp yıllık göz muayenelerinde ilaç kullanmasına engel olacak bir duruma rastlanmamıştı.20 yıldır romatoid artrit tanısı mevcuttu.Düzenli bir şekilde hidroksiklorokin 200m 2x1 ve leflunomid 20 mg 1x1 günlük kullanmaktaydı. Ayrıca 10 senedir hipertansiyon ve 5 senedir osteoporoz tanısı olan hasta nebivolol- hidroklorotiyazid 5/25 mg günlük, 70 mg alendronate sodyum haftalık, 1000mg/880 IU günlük kalsiyum-vitamin D3 kombinasyonu kullanmakta olup herhangi bir antiagregan ve antikoagülan ilaç kullanım öyküsü yoktu. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı 5 mm/saat, C-reaktif protein 2.2mg/L, platelet sayısı 217 bin olup diğer testlerinde anormallik yoktu. DAS-28 skoru 1.92 olarak hesaplandı. Hasta klinik ve laboratuvar olarak remisyonda kabul edildi. Hastamız tırnakta renk değişikliği için malign melanom ayırıcı tanısı amacıyla dermatolojiye konsülte edildi. Hasta histopatolojik olarak malign melanom ekarte edildi. Tırnak histolojik bulgular kümülatif hidroksiklorokin dozu nedeniyle ilaç kaynaklı melanonişi olarak değerlendirildi.(şekil1) Hastanın klinik remisyonda olması nedeniyle hidroksiklorokin tedavisi kesildi, tırnak hiperpigmentasyonu takiplerde kademeli olarak azaldı.
Sonuç: Romatoid artritli hastalarda hidroksiklorokin kullanımına bağlı tırnak hiperpigmentasyonu nadir de olsa akla gelmelidir. Ayırıcı tanıda malign melanomdan ayırt edilmesi büyük önem taşımakta olup histopatolojik olarak tanı doğrulanmalıdır. Hidroksiklorokin tedavisinin kesilmesiyle birlikte hiperpigmente lezyonun kademeli olarak azalması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Hidroksiklorokin, Pigmentasyon, Melanonişi, Malign Melanom

---

Şekil1



Hidroksiklorokin Kullanımına Bağlı Melanonişi

[Abstract:0146]

İnflamatuvar Bel Ağrısı ile Başvuran Genç Kadın Hastada İzotretinoin Kullanımına Bağlı Olarak Gelişen Sakroiliit: Olgu sunumu

Salim Mısırcı
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji

Giriş: İzotretinoin akne vulgaris tedavisinde kullanılan bir retinoid türevi ilaçtır. İzotretinoin tedavisi sırasında sakroiliit nadir bir yan etki olarak ortaya çıkabilir. Bu olgu sunumunda, izotretinoin kullanımı sonrası sakroiliit gelişen 23 yaşında bir kadın hastayı sunmak istedik.
Olgu: Hastanın yaklaşık 4 aydır kalçalarda ağrı şikayeti mevcuttu. Ağrısı sabah uyandığında daha fazla ve egzersizle düzelmekteydi. Ağrısı nonsteroid antiinflamatuar ilaçlarla (NSAİİ) azalmaktaydı. Sorgulamasında oral aft, genital ülser, ishal, sedef, uveit, topuk ağrısı veya eklemlerde şişlik öyküsü yoktu. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral sakral ve iliak taraflarda kemik iliği ödemi olup aktif sakroiliit ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde sedimentasyon ve C-reaktif protein değerleri normal olarak saptandı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın sorgulamasında, yaklaşık 5 ay önce akne vulgaris nedeniyle izotretinoin tedavisi başlandığı öğrenildi. Hastada mevcut bulgularla izotretinoin tedavisine bağlı sakroiliit düşünülerek tedavinin kesilmesi açısından dermatoloji görüşü istenerek NSAİİ tedavisiyle takip altına alındı.
Sonuç: Sonuç olarak, spondiloartropatiler ve akne vulgaris genç hasta grubunda sık görülmekte olup, inflamatuvar bel-kalça ağrısı ile başvuran hastalarda izotretinoin kullanımı sorgulanmalı ve klinisyenler olası izotretinoin kullanımına bağlı sakroiliit açısından dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: izotretinoin, sakroiliit, sedimentasyon

[Abstract:0149]

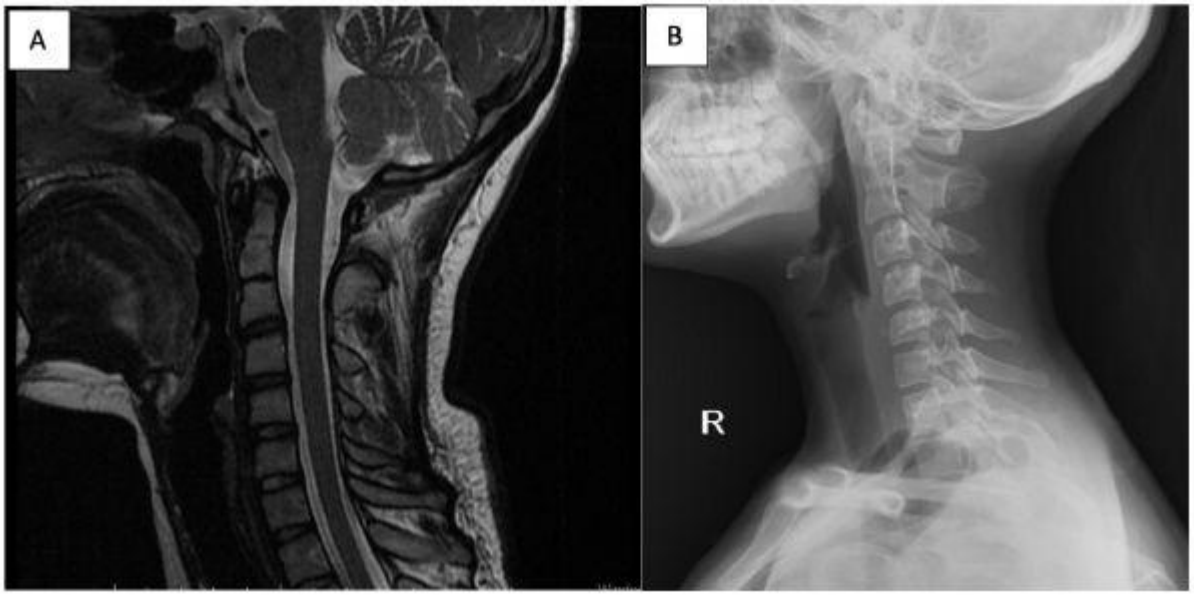
Servikojenik baş ağrısının nadir bir nedeni: Servikal blok vertebra

Eray Özarslan, Tuğba Alışık, Elif Yakşi
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Blok vertebra, komşu vertebra gövdelerinin ve/veya arkuslarının anormal füzyonu ile karakterize konjenital bir durumdur. Genellikle insidental olarak saptanan blok vertebraların en sık görüldüğü bölge servikal vertebralardır. Hastalarda boyun ağrısı, spinal stenoz gibi bulguların yanı sıra servikojenik baş ağrısı da gözlenebilir.
Olgu: 18 yaş, kadın hasta son 3 aydır devam eden baş ve boyun ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde çocuk yaştan itibaren ara ara mevcut olan baş ağrısı şikayeti mevcutmuş. Hastanın sistemik fizik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Nörolojik muayenesinde her iki üst ekstremite kas gücü 5/5, duyu muayenesi normal, refleksler normoaktif olarak saptandı, patolojik refleks saptanmadı. Lökomotor sistem muayenesinde servikal eklem hareket açıklıkları tamdı. Fleksiyon ve ekstansiyon yönünde Vizüel Analog Skala değerlendirmesine göre 5 şiddetinde ağrı mevcuttu ve hastanın özellikle nodding hareketini yapmakta zorlandığı saptandı. Servikal bölgede tetik nokta mevcut değildi, trapezlerde gerginlik ve servikal paravertebral kas spazmı mevcuttu, servikal lordoz artmış görünümdeydi, spinöz proseslerde hassasiyet yoktu. Servikal bölgede Spurling testi ve servikal kompresyon testi negatifti. Nöroloji bölümüne konsülte edildi ve değerlendirmesinde baş ağrısına yönelik santral bir patoloji olmadığı belirtildi. Hastanın çekilen servikal X-rayda C2-3 vertebra spinöz proseslerinde blok vertebra olduğu gözlendi. Hastaya servikal bölgeye yönelik güçlendirme egzersizleri gösterildi ve ağrıya yönelik medikal tedavisi verildi. Hastanın 4 hafta sonraki kontrolünde baş ve boyun ağrısında azalma mevcuttu.
Sonuç: Erken yaş döneminde görülen ve nörolojik açıdan herhangi bir santral patoloji saptanmayan hastalarda servikal blok vertebra, baş ve boyun ağrısı yapan bir neden olarak akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, blok vertebra, servikojenik baş ağrısı

Şekil 1. Servikal omurganın lateral radyolojik görüntüleri



(A) Servikal omurganın T2 ağırlıklı sagital manyetik rezonans görüntüsü, (B) Servikal omurganın lateral direkt grafisi.

[Abstract:0150]

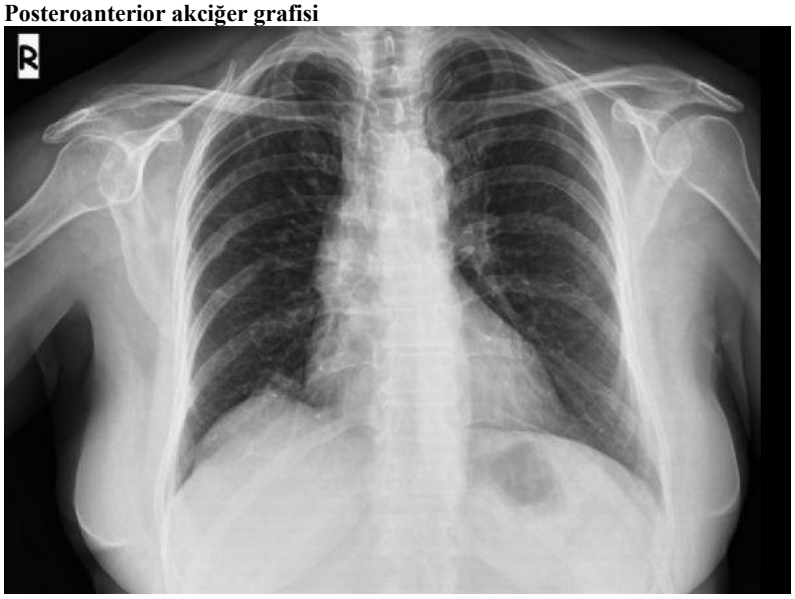
Malignite ile Karışan Sarkoidoz Olgusu

Ceyda Seren Bedel, Bülent Akyüz
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Sarkoidoz multisistemik tutulum gösteren, non-kazeifiye granülomatöz inflamasyonla karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin (örneğin enfeksiyon, toksinler veya antijenik maruziyet gibi) tetikleyici olduğu düşünülmektedir. Başlıca akciğer ve lenf nodu tutulumu görülürken deri, göz, kalp, karaciğer, böbrek ve merkezi sinir sistemi gibi çeşitli organlarda da tutulum görülebilir. Bu olgu sunumunda malignite araştırılırken sarkoidoz tanısı alan vaka ile sarkoidoz farkındalığının arttırılması amaçlanmıştır.
Bulgular: 61 yaş kadın hasta; yaygın vücut ağrısı, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Hastanın ek hastalığı olmadığı; kilo kaybına ateş ve gece terlemesi eşlik etmediği öğrenildi. Fizik muayene ve rutin laboratuvar tetkikleri normal görülen hastada ön planda malign süreçler düşünülerek PET(pozitron emisyon tomografisi) görüntülemesi yapıldı. Hastanın PET raporu, ''Bilateral alt servikal, mediastinal, abdominal metastatik lenfadenopati; karaciğer ve kemik metastazları, her iki akciğerde multiple milimetrik metastatik nodüller'' olarak raporlandı. Hastadan karaciğer kor biyopsi ile örnek alındı. Patoloji sonucu ''granülomatöz inflamasyon'' gelmesi üzerine ön tanılara sarkoidoz eklendi. Hastanın serum düzeltilmiş kalsiyum, parathormon, d vitamini ve idrar kalsiyum düzeyleri normal aralıktaydı. Serum anjiotensin konverting enzim düzeyi bakıldığında 86 (referans değeri: 8-52) olarak görüldü. Kesin tanı için akciğer ve lenf nodu eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu ''non-nekrotizan kronik granülomatöz inflamasyon'' gelen hastaya sarkoidoz tanısı konularak tedavisi düzenlendi.
Sonuç: Sarkoidoz klinik seyri değişkenlik gösterir ve akciğerler başta olmak üzere birçok organı etkileyebilir. Hastalığın geniş bir klinik spektruma sahip olması nedeniyle tanı gecikebilmektedir. Ayrıca radyolojik ve klinik bulgularının lenfoma ve diğer malignitelerle karışabilmesi tanısal zorluklara yol açabilir. Hastalığın prognozu genellikle iyi olmakla birlikte, bazı hastalarda ilerleyici ve komplikasyonlara yol açan bir seyir izleyebilir. Bu nedenle, sarkoidozlu hastaların multidisipliner bir yaklaşımla izlenmesi ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin belirlenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, malignite, ayırıcı tanı

Posteroanterior akciğer grafisi



Hiler lenfadenopati

[Abstract:0156]

Juvenil ve Yetişkin Başlangıçlı Spondiloartrit: Benzerliklerin ve Farklılıkların Ortaya Çıkarılması

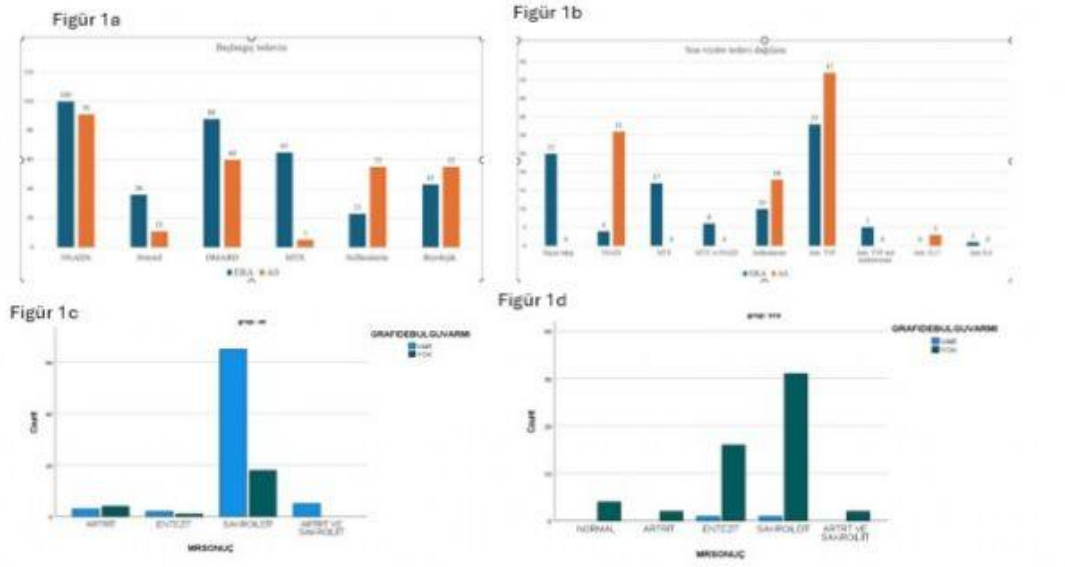
Mehtap Kalcık Unan[1], Zeynep Özaslan[2], Gamze Dilek[3], Nihal Şahin[2], Hafize Emine Sönmez[2], Kemal Nas[4]
[1]Sakarya Üniversitesi EAH Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD Romatoloji BD
[2]Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı
[3]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi EAH Romatoloji Kliniği
[4]Sakarya Üniversitesi EAH Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD İmmünoloji BD

Amaç: Spondiloartrit (SpA), hem çocukluk hem de erişkinlikte ortaya çıkabilen, omurga ve eklem tutulumu olan kronik inflamatuar romatizmal hastalıkları ifade eden ortak bir terimdir. Bu çalışmanın amacı, entezit ilişkili artrit (ERA), ankilozan spondilit (AS) ve AS'nin pediatrik karşılığı arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları değerlendirmektir.
Metod: Pediatrik romatoloji merkezi ve erişkin romatoloji merkezinde kesitsel bir çalışma yürütüldü. Altı aylık bir süre içinde gelen hastaların verileri incelendi. AS ve ERA'lı hastalar arasında demografik ve klinik özellikleri analiz edildi ve karşılaştırıldı. Değişkenlerin dağılımları görsel ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov) ile değerlendirildi. kategorik değişkenler ki-kare testi veya Fisher'ın kesin testi, iki grup arasındaki sürekli veriler Student's T-test veya Mann-Whitney U-testi ile karşılaştırıldı.
Bulgular: Toplam 200 hasta (101 çocuk, 99 yetişkin) değerlendirildi. Periferik artrit ERA'da (%54,5) AS'den (%21,2) daha yaygındı. Sakroiliit, aksiyel tutulum ve sabah tutukluğu ise AS'de daha sıktı. Kalça ve topuk ağrısı ERA'da daha yaygındı. Boyun ağrısı ve üveit ise AS'de daha sıktı. (Tablo 1) Non-steroid anti inflamatuar ilaçlar en yaygın başlangıç tedavisiydi (%99'a karşı %91,9). ERA hastaları kortikosteroidleri (%35,6'ya karşı %11,1) ve DMARD'ları (%87,1'e karşı %60,6) anlamlı olarak sık reçete edilmişti ve biyolojik ajan kullanımında anlamlı fark yoktu. Son takipte, ERA hastalarının %24,8'i ilaçsızdı, AS `de ilaçsız hasta yoktu.(figür 1 a-b) Radyolojik ilerleme ERA'da anlamlı olarak daha azdı (%10,9'a karşı %54,5). Erişkin SpA'da radyolojik olmayan aksiyel SpA (nr-axSpA) oranı %21,7 idi. ERA'da sakroiliitli hastaların %96,9'u MRI ile tespit edildi.(figür 1 c-d)
Sonuç: Bu çalışma ERA ve AS'nin farklı klinik seyirler ve tedavi gereksinimleri sergilediğini göstermektedir. Juvenil SpA bağlamında ele alınan ERA'nın yetişkinlerden ayıran özellikleri hakkında daha fazla kanıt gereklidir. Çalışmamız bu ihtiyaca ışık tutan bir gözlemsel kohort çalışmasıdır. ERA ve AS'nin ayrı hastalıklar mı yoksa bir hastalık spektrumunun parçası mı olduğunu belirlemek için inflamatuar biyobelirteçlerle daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, periferik artrit, sakroileit

---

Figür 1



ERA ve AS grubunun ilaç tedavi dağılımı ve görüntüleme verileri

Tablo 1

	ERA n:101	AS n:99	p
Cinsiyet, erkek /kadın	39/62	29/70	0.164
Periferik Artrit, n (%)	55 (54.5)	21 (21.2)	<0.001
Entezit, n (%)	60 (59.4)	46 (46.5)	0.089
Sakroilit, n (%)	63 (62.4)	89 (89.9)	<0.001
Axial tutulum, n (%)	65 (64.4)	97 (98)	<0.001
Sabah Tutukluğu, n (%)	88 (87.1)	99 (100)	<0.001
Sabah Tutukluğu Süresi, n (%)			
<15 dk	55 (62.5)	5 (5.1)	<0.001
15-30	26 (29.5)	37 (37.4)	<0.001
30-45	3 (3.4)	36 (36.4)	<0.001
45-60	3 (3.4)	17 (17.2)	<0.001
>60	1 (0.9)	4 (4.04)	<0.001
Kalça Ağrısı, n (%)	68 (67.3)	51 (51.3)	0.03
Bel ağrısı, n (%)	38 (37.6)	37 (37.4)	0.971
Boyun Ağrısı, n (%)	4 (4)	18 (18.2)	0.001
Topuk Ağrısı n (%)	45 (44.6)	26 (26.3)	0.007
Üveit, n (%)	0 (0)	7 (7.1)	0.001
Aktif eklem sayısı, n (%)			
0	8 (7.9)	75 (75.8)	<0.001
1-2	72 (71.3)	13 (13.1)	<0.001
>2	21 (20.8)	11 (11.8)	<0.001
Aktif entezit yüzde, n (%)			
0	33 (32.7)	37 (37.4)	<0.001
1-2	56 (55.4)	22 (22.2)	<0.001
>2	12 (11.9)	40 (40.4)	<0.001
BASDAI	NA	4 (1-5)	-
JSPADAI	3.6 (1.5-6)	NA	-

Entezis ilişkili artrit ve ankilozan spondilit tanısı alan hastaların tanı anındaki demografik verileri ve klinik bulguları.

[Abstract:0158]

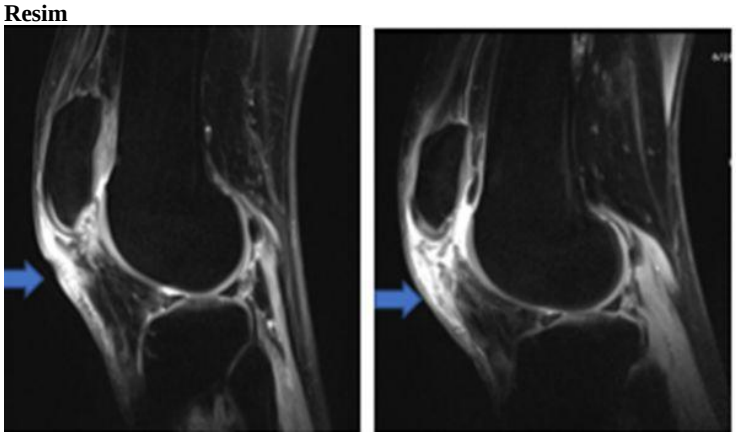
Romatoid Artritli Bir Hastada Oral Glukokortikoid Kullanıma Bağlı Spontan Multipl Tendon Rüptürü

Yeşim Özge Gündüz Gül[1], Elif Sena Önder[2], Ajda Bal[2]
[1]Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[2]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi, Ankara

Giriş: Spontan tendon rüptürü nedenleri arasında romatoid artrit (RA) gibi enflamatuar hastalıklar, aşırı kullanım, metabolik hastalıklar, kinolon ve glukortikoid gibi tendon fonksiyonunu etkileyen ilaçların kullanımı ve kollajen metabolizma bozuklukları yer almaktadır.
Bu olgu sunumunda takiplerine düzenli devam etmeyen; uzun süreli, düzensiz, yüksek dozlarda glukokortikoid kullanan; akut sistit tanısıyla çok kez kinolon grubu antibiyotik tedavisi alan seropozitif RA olgusunda gelişen spontan multiple tendon rüptürü kliniği anlatılmaktadır.
Olgu: 36 yaşında, 16 yıldır seropozitif RA tanısı ile dış merkezde takip edilen erkek hasta bilateral patellar onarımı sonrası rehabilitasyon için polikliğimize refere edilmişti. Daha önce sülfasalazin, leflunomid, sertoluzimab pegol, adalimumab, dönem dönem 32 mg/g doza kadar glukokortikoid kullanan hastanın ayrıca akut sistit tanısı ile 5 kez kinolon grubu antibiyotik tedavi öyküsü de mevcuttu. Son bir yıldır takiplerine gitmediği ve 8mg/gün oral prednizolon ve 2.5 mg/gün oral metotreksat tedavisi aldığı öğrenildi. 10 ay önce koşma sırasında sol aşil tendon, 4 ay önce yürürken sağ patellar tendon ve 3 ay önce yürürken sol patellar tendon rüptürü gelişmişti. Ortopedi tarafından bilateral artroskopik grasilis tendonu kullanlarak otogreft patellar tendon onarımı yapılmış ve aşil tendon onarımı planlanmıştı. Fizik muayenede sağ dizinde hassasiyet, şişlik ve ısı artışı dışında aktif eklemi yoktu. Laboratuvar incelemesine eritrosit sedimentasyon hızı 21 mm/h, c-reaktif protein 53.2 mg/dL, lökosit sayısı 11.44 10^3/mL'idi. Sağ dizinden ponksiyon sonrası yapılan sinoviyal sıvı analizi septik artrit ile uyumlu olan hastaya ortopedi kliniği tarafından debridman yapıldı ve antibiyotik tedavisi başlandı. Kliniğimize nakledilen hastaya patellar tendon onarımı sonrası rehabilitasyon programı başlandı. Medikal tedavisi 15 mg/hft subkutan metotreksat ve 3X50 mg indometazin olarak planlandı. Glukokortikoid dozu azaltılarak kesildi.
Sonuç: RA hastalarında yetersiz ya da uygunsuz tedaviler hayatı tehdit edici sonuçlarla neden olabilmektedir. Enflamatuar hastalıklarda tendon rüptür riski artış göstermekte olup bu grup hastalarda ilaç seçimlerinde bu riski daha da artırabilecek glukokortikoid, kinolon grubu antibiyotik ilaçların dikkatle kullanılması ve hastaların düzenli takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Glukokortikoid, Kinolon, Romatoid Artrit, Spontan Tendon Rüptürü

Resim **1**



Sağ ve sol diz manyetik rezonans görüntülemede sagittal T2 ağırlıklı kesitlerde patellar tendon proksimalinde rüptür (okbaşı)

[Abstract:0166]

Adolesan İdiopatik Skolyozda Lumbosakral Sagittal Omurga Diziliminin Analizi: 10 Yıllık Retrospektif Veri İncelemesi

İlke Coşkun Benlidayı, Aylin Sarıyıldız, Burak Demir, Kübra Tuncer
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Bu çalışmanın amacı adölesan idiyopatik skolyozlu (AİS) hastalarda lumbosakral sagittal dizilimi araştırmaktır.
Yöntem: Çalışmaya on yıllık bir dönemdeki (Ocak 2013 ile Ocak 2023 arası) 10-18 yaş arası AİS hastalarının verileri dahil edilmiştir. Dijitalleştirilmiş radyografiler kullanılarak, Cobb açısı, Risser evrelemesi, intervertebral disk açıları, lomber lordoz açısı, lumbosakral lordoz açısı, lumbosakral açı, sakral tilt ve disk yükseklikleri dahil olmak üzere sagital ve koronal spinal parametreler ölçülmüş ve analiz edilmiştir. Hastalar Cobb açısına göre yüksek (>=23.8°) ve düşük (<23.8°) açı gruplarına ayrılmıştır.
Bulgular: Toplam 1101 skolyoz radyografi uygunluk açısından değerlendirilmiştir. Bunlardan 121 hasta (%73'ü kadın) analizlere dahil edilmiştir. Ortanca yaş ve Cobb açısı sırasıyla 14 (4) yıl ve 23.8 (13.9) derece olduğu tespit edilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunda (%43,4) torasik eğrilik olduğu görülmüştür. En sık gözlenen Risser evresi 4 (n=48) olarak bulunmuştur. Cobb açısı >=23.8° olan hastalarda, Cobb açısı <23.8° olanlara kıyasla L5-S1 intervertebral disk yükseklikleri anlamlı derecede saptanmıştır (p=0,014). Diğer sagital parametrelerde yüksek ve düşük Cobb açısı grupları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.
Sonuç: AİS hastalarında, yüksek Cobb açısına sahip olanlar düşük Cobb açılı gruba kıyasla daha düşük L5-S1 intervertebral disk yüksekliğine sahiptir. Disk yüksekliğinin azalması potansiyel disk dejenerasyonu veya herniasyonunun erken bir göstergesi olabileceğinden, yüksek açılı AIS hastalarının daha yakından izlenmesi gerekecektir. Bu çalışma, yüksek eğrilik açısına sahip AIS hastalarında gelecekteki kas-iskelet sistemi risklerini önlemek için erken değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, disk hernisi, intervertebral disk, intervertebral disk dejenerasyonu, skolyoz

[Abstract:0168]

Simetrik poliartrit ile prezente olan erişkin başlangıçlı still hastalığı

Nur Akbaş[1], Şebnem Ataman[2], İsmihan Sunar[2], Bledjan Çuni[2], Sema Köylü[1]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı (ESBH), genç yetişkinlerde görülen, etiyolojisi bilinmeyen sistemik inflamatuar bir hastalıktır. Yükselen ateş, artrit, geçici makülopapüler döküntü, boğaz ağrısı, hepatomegali, splenomegali, lenfadenopati ve serozit ile seyreder. Laboratuvarda eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) seviyeleri yüksektir.
Olgu: 47 yaş kadın, 15 aydır olan yaygın artralji ve sağ diz artriti ile başvurdu. Hikayede bilateral diz, sağ ayak bileği ve sağ el 2. MKF'de şişlik ve ısı artışı, 39 derece üzeri ateş, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı ve sağ uylukta döküntüsü mevcuttu. ANA+ olması nedeniyle miks konnektif bağ doku hastalığı ile izlendiği, başlanan kortikosteroid, metotreksat ve hidroksiklorokin tedavisinden fayda görmediği öğrenildi. Muayenede bilateral el bileği hareketleri açık ağrılıydı, sağ el bileğinde, sağ el 2-3.MKF'de şişlik ve ısı artışı mevcuttu. Yapılan eklem ultrasonografisinde gövde ve omuzda makülopapüler döküntüler görüldü. Bu döküntülerinin ara ara olduğu ve kendiliğinden kaybolduğu öğrenildi. Laboratuvarda CRP:88,2 mg/L, ESH:62 mm/saat, ferritin:798, ANA-, RF-, CCP-, ANCA-, AntinRNP/ Sm+, AntiSS-A+, AntiPmScl100+, AntiPCNA+ AMAM2++ olarak görüldü. Enfeksiyon taramalarında kültürleri, quantiferon, tüberküloz-PCR, brucella IgM-IgG ve tüp aglütinasyon, VDRL, Coxiella faz1-Ig negatif görüldü. Malignite taramalarında PET incelemede lenf nodlarında yaygın tutulum saptandı. Aksiller lenf nodu biyopsisi reaktif olarak sonuçlandı. Kemik iliğinde diffüz artmış tutulum saptandı. Aspirasyon biyopsisinde infiltratif hastalık bulgusu görülmedi. Toraks-abdomen-pelvis bilgisayarlı tomografisinde solda plörezi görüldü; eksuda vasıflı sıvının kültüründe üreme olmadı, ACE ve RF negatif görüldü ve sitolojisinde malignite saptanmadı. Meme görüntülemelerinde, endoskopi ve kolonoskopide, pap-smearda premalign veya malign patoloji saptanmadı. Yamaguchi tanı kriterlerine göre tüm majör ve minör kriterleri karşıladığı için EBSH tanısı kondu, leflunomid, metilprednizolon ve tocilizumab başlandı.
Sonuç: EBSH bir dışlama tanısıdır. Uzun süreli ateş, kas iskelet sistemi semptomları, negatif romatoid faktör ve lenfadenopatisi olan hastalarda ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir. Semptomlar sık kullanılan nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar nedeniyle net olmayabilir. Dikkatli değerlendirme, ayırıcı tanıların dışlanması tanı kriterleri yardımcı olabilir. Zamanında tedavi, hastalığın sonucunu ve yaşam kalitesini iyileştirir.

Anahtar Kelimeler: Artrit, Still Hastalığı, Ateş, Hiperferritinemi, Lenfadenopati

---

Resim 1



Still Hastalığı Döküntüsü

[Abstract:0183]

Posterior Ayak Bileği İmpingement Sendromu

Ayşegül Berna Erkanlıoğlu, Cevriye Mülkoğlu
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

38 yaşında erkek hasta FTR polikliniğimize sağ ayak bileğinde son zamanlarda artan ağrı ve şişlik yakınması ile başvuruyor. Romatolojik hastalık geçmişi ve travma öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ ayak posterioru ve ayak bileği lateral mallol çevresi palpasyonla hassas ve ayak bileği eklem hareket açıklığı rom ortasında kısıtlı ve özellikle plantar fleksiyonda ağrılı olarak saptanıyor. Isı artışı ve eritem tespit edilmiyor. Şiddetli posterior ayak bileği çevresi ağrısı ile başvuran hastada homans negatif ve Doppler USG'de vasküler patoloji saptanmıyor. Bunun üzerine hastaya konservatif tedavi başlanarak ayak bileği MRG planlanıyor; MRG'de talus posterioru ile sinkondroz yapmış os trigonum, subtalar ve tibiotalar eklemlerin posteriorunda bir miktar efüzyon ve posterior intermalleolar ligamanda hafif kalınlaşma, FHL tendonu çevresinde sıvı gözleniyor. Bu bulgular posterior impingement sendromu olarak değerlendiriliyor. Hastaya ağrı sınırında ayak bileği eha egzersizleri, inflamasyon gerilemeye başladığında flexör hallucis germe ve güçlendirme ile ağrı sınırında squat ve lunge egzersizleri başlanarak takibe alınıyor. Posterior Ayak Bileği İmpingement Sendromu, daha çok elit sporcularda görülmekle birlikte tekrarlayıcı plantar hiperfleksiyon hareketi tablonun gelişimende rol almaktadır. Ayağın maksimal plantar fleksiyonunda ağrı ile karakterize; Stieda process, os trigonum, osteokondral lezyonların etyolojide yer aldığı bir arka ayak patolojisidir. Talus posterioru ve kalkaneus arasındaki alanda yumuşak dokuların sıkışması ile oluşur. Ayırıcı tanıya aşil tendiniti/tendinopatisi, akut posterior talar proçes fraktürleri, FHL tenosinoviti, Haglund sendromu, retrokalkaneal bursit girmektedir. Konservatif tedavi başarısı literatürde yaklaşık %60 olarak belirtilmiştir. Konservatif tedaviye 3 ay yanıtı olmayan hastalarda ya da elit sporcularda hızlı aktivite dönüşünün sağlanması gereken durumlarda cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Bu vaka sunumu ile FTR polikliniklerine posterior ayak, ayak bileği ağrısı ile başvuran hastalarda PAİS'e dikkat çekilmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Posterior ayak bileği impingement sendromu, pais, os trigonum

Sağ ayak bileği os trigonum ilişkili PAİS MRG görüntüsü



[Abstract:0184]

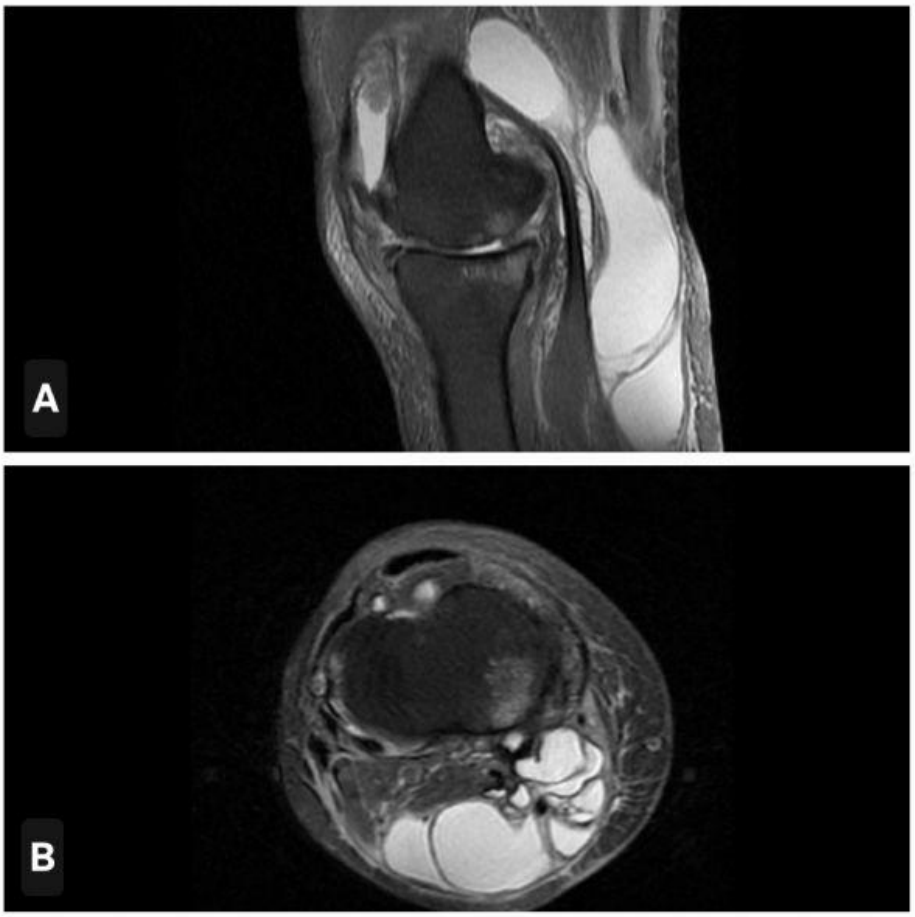
PRP sonrası baker kist rüptürü gelişen romatoid artrit olgusu

Muhammed Korkut, Mustafa Fatih Yaşar, Elif Selim Bahadır, Ayşe Esma Yıldız
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Romatoid artrit (RA), kronik sistemik inflamatuar bir hastalık olup eklem şişliği, ağrı, sinovit ve dejenerasyon ile karakterizedir. İntraartiküler platelet rich plasma (PRP) enjeksiyonları, eklem içi inflamatuar regülasyon ile rejenerasyonu sağlayan alternatif bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Ancak RA hastalarındaki olası advers etkileri henüz tam olarak bilinmemektedir (1,2). Bu yazıda, RA tanısı olan, diz eklemine PRP enjeksiyonu sonrası derin ven trombozu (DVT) kliniğini taklit eden baker kist rüptürü vakası sunulmaktadır.
Olgu: 65 yaşında RA tanılı kadın hasta, sağ diz ağrısı nedeniyle ortopedi polikliniğine başvurmuş, yapılan radyolojik incelemede sekonder osteoartrit evre 3 olarak değerlendirilmiş ve PRP enjeksiyonu uygulanmıştır. Hasta enjeksiyondan birkaç gün sonra şiddetli sağ diz ağrısıyla fizik tedavi polikliniğine başvurdu.
Fizik muayenede, hastanın sağ dizinde ağrı, şişlik, diz arkasında ve baldırda belirgin ödem, çap artışı ve ısı artışı gözlendi. Laboratuvar incelemesinde CRP: 20 mg/L, Sed: 98 mm/saat, RF: 65 IU/mL, anti-CCP: 48 U/mL ve hemogramda Hb: 11 g/dL olup, normositer anemi dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Manyetik rezonans (MR) görüntülemede, kompleks multiloküle baker kisti raporlanmış olup, klinik olarak DVT düşünüldüğünden Doppler ultrason (USG) değerlendirilmesi istendi. USG raporunda akut DVT lehine bulgu saptanmazken, sağ popliteal fossada 30×50×110 mm boyutlarında multiloküle, septalı, içeriği yoğun hemorajik baker kisti olduğu ve kistin rüptüre olduğu rapor edilmiştir. Tedavi sürecinde baker kisti 60 cc hemorajik, viskoz sinovyal sıvı aspire edildi. Kültürde üreme saptanmamış ve gram boyamada herhangi bir mikroorganizma gözlenmemiştir. Hastaya elastik bandaj uygulandı ve coldpack önerildi. Kullanmakta olduğu ilaçları metilprednisolon 4 mg, leflunomid 20 mg, tofasitinib 5 mg (2×1) reçete edilerek tedavisine devam edildi.
Tartışma: RA hastalarında PRP sonrası sinovyal fibroblast proliferasyonunun arttığı ve hastalığın seyrinin agresifleşebileceği belirtilmiştir (3). Bu vakada, PRP enjeksiyonu sonrası kronik bir baker kistinin rüptüre olarak DVT kliniğini taklit eden bir tablo oluşturduğu görüldü. PRP'nin RA hastalarında uygulanması planlandığında, potansiyel komplikasyonlar göz önüne alınmalı ve klinik olarak dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Platelet rich plasma, Baker kist rüptürü

MR görüntüleme



Resim A: Sagittal planda diz MR görüntüsü. Resim B: Aksiyal planda diz MR görüntüsü.

[Abstract:0186]

Adeziv kapsülitten polimiyalji romatikaya: bir olgunun klinik seyri

Muhammed Korkut[1], Serdar Kaymaz[2], Elif Selim Bahadır[1], Ayşe Esma Yıldız[1], Mustafa Fatih Yaşar[1]
[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İnflamatuar bir süreç sonucu eklem kapsülünün kalınlaşması ile karakterize olan adeziv kapsülit, omuz ekleminde progresif ağrı ve hareket kısıtlılığına neden olan bir patolojidir (1). Bununla birlikte omuz ağrısı ve eklem hareket kısıtlılığı ile başvuran hastalarda polimiyalji romatika (PMR) gibi sistemik inflamatuar hastalıklar da ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. PMR, özellikle ileri yaş grubundaki hastalarda bilateral omuz, kalça kuşağında ağrı ve sabah tutukluğu ile karakterize, sedimantasyon (ESR) yüksekliği ile seyreden sistemik inflamatuar bir hastalıktır (2). Bu olgu sunumunda, başlangıçta unilateral adeziv kapsülit tanısı almış ancak klinik seyrin değişmesiyle PMR tanısı konulan bir hasta sunulmaktadır.
Olgu: Sağ omzunda 6 ay önce başlayan ağrı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle adeziv kaspülit tanısı alan 66 yaşındaki kadın hasta, semptomlarının ilerlemesi, bilateral omuz ağrısı ve yürümekte zorluk şikayetleriyle, farklı branşlarda yapılan tetkiklerden sonra romatoloji polikliniğine getirildi. Fizik muayenede, sağ omuz hareketlerinde belirgin kısıtlılık ile boyun, omuz ve kalça kuşağında yaygın kas ağrısı görüldü. Temporal hassasiyet, çenede kladikasyo, görme kaybı tarif etmiyordu. Laboratuvar incelemelerinde CRP 66 mg/L, ESR 106 mm/saat, RF, CCP, ANA negatif, kreatin kinaz normal aralıkta tespit edildi. PMR ön tanısıyla hastaya 40 mg intramüsküler steroid tedavisi gün aşırı tek doz (toplam 2 doz) başlandı. Tedaviye hızlı klinik yanıt alınması üzerine günlük oral düşük doz prednizolon 5 mg (2x1) ve haftalık metotreksat 2.5 mg (1x4) ile idame tedavi planlandı. Takiplerinde akut faz reaktanlarının gerilediği ve hastanın semptomlarının belirgin şekilde hafiflediği gözlendi. Bu süreç içerisinde yaşına uygun malignite taraması yapıldı ancak herhangi bir bulgu saptanmadı. Hasta sağ omzunda hafif kısıtlılık ve iyilik hali ile takip edilmektedir.
Tartışma: Başlangıçta unilateral adeziv kapsülit tanısı alan ancak semptomlarının ilerlemesi, bilateral yayılım göstermesi ve yüksek ESR ile PMR tanısı konulan bu olgu, inflamatuar hastalıklarda klinik seyrin yakından izlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Ayırıcı tanıda adeziv kapsülit gibi lokalize eklem patolojileri ile PMR gibi sistemik inflamatuar hastalıklar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (3).

Anahtar Kelimeler: Adeziv kapsülit, Omuz ağrısı, Polimiyalji romatika

[Abstract:0187]

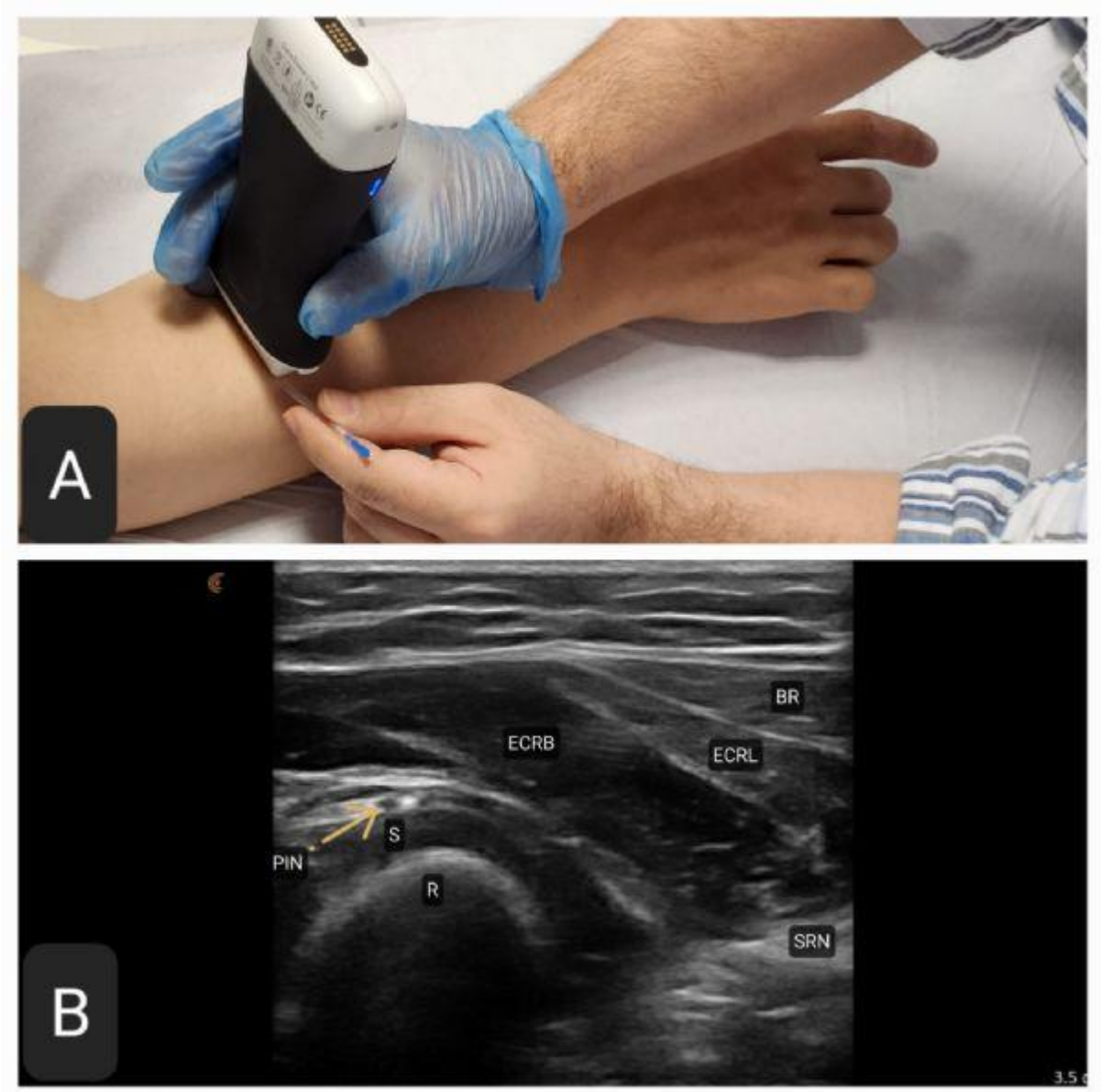
Lateral dirsek ağrısında miyofasyal ağrı sendromu: ECRB kasında tetik nokta ve ultrason rehberliğinde kuru iğneleme

Muhammed Korkut[1], Yakup Erden[1], Fatih Bağcıer[2], Mustafa Fatih Yaşar[1]
[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Giriş: Lateral dirsek ağrısı, dirsek bölgesinde en sık karşılaşılan klinik şikayetlerden biridir. Ağrının kaynağı lateral epikondil enteziti, eklem dejenerasyonu, artrit veya omuz ve servikal bölgeden yansıyan ağrı olabilir (1). Bunun yanı sıra önkol ekstansör kaslarında gelişen miyofasyal ağrı sendromu (MAS) da lateral dirsek ağrısına neden olabilmektedir (2). Bu olgu sunumunda lateral dirsek ağrısı ile başvuran bir hastada, ekstansör karpi radialis brevis (ECRB) kasında miyofasyal tetik noktanın (MTN) ultrason (USG) rehberliğinde kuru iğneleme yöntemi ile tedavisi sunulacaktır.
Olgu: 40 yaşında, sistemik hastalık öyküsü bulunmayan erkek hasta, sağ dirseğinde ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 20 yıldır berber olarak çalışan hasta, ağrının özellikle makas tutarken ortaya çıktığını söyledi. Ağrı lateral epikondile ve önkola doğru yayılıyormuş. VAS skoru 9 olarak hesaplandı. Fizik muayenede, sağ dirsek eklem hareket açıklığı tam ve ağrısızdı. Nörolojik muayenesi normaldi. Cozen testi pozitifti ancak palpasyonda dirsek epikondilinde ağrısı yoktu. USG incelemede entezit veya artrit lehine bulgu yoktu. Sonopalpasyon sırasında ağrılı bölgenin ECRB kası olduğu ve ağrının tetiklendiği gözlendi. Radyografisinde de patolojik bir bulguya rastlanmadı. Laboratuvarda akut faz reaktanları normaldi. Vaka ECRB kasında MTN olarak kabul edildi. Tedavide USG rehberliğinde kuru iğneleme tedavisi uygulandı. Prob kasın uzun eksenine dik ve transvers olarak yerleştirildi ve iğne in-plane yaklaşım kullanılarak 45 derece açıyla ilerletildi. İşlem sırasında lokal seyirme yanıtı gözlendi. Hastaya bir hafta boyunca ekstansör germe egzersizi verildi. Kontrolünde makas tutarken ve saç keserken ağrısının belirgin şekilde azaldığını ifade etti. VAS skoru 3 olarak hesaplandı. Palpasyonla basınç ağrı eşiğinde belirgin azalma gözlendi.
Tartışma: Dirsek ekstansör kasları özellikle ECRB kasında gelişen MAS, lateral dirsek ağrısının sıklıkla göz ardı edilen ve tedavi edilmeyen nedenleri arasındadır. Bu olgu lateral dirsek ağrısının etiyolojisinde dirsek ekstansör kaslarında özellikle ECRB kasında MTN olabileceğini ve entezit ile klinik olarak karışabileceğini göstermektedir. Tanı ve tedavisinde USG rehberliğinde kuru iğneleme uygulamasının eklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dirsek ağrısı, Kuru iğneleme, Miyofasyal tetik nokta, Ultrason

Kuru iğneleme uygulaması



Resim A: Önkol ekstansör kaslarının ultrason görüntüsü için hasta, prob ve iğne pozisyonu Resim B: Bu kasların transvers ultrason görüntüsü. ECRB: Ekstansör karpi radialis brevis, ECRL: Ekstansör karpi radialis longus, S: Supinator, BR: Brakiyoradialis, R: Radius, PIN: Posterior interosseöz sinir, SRN: Süperfisyal radial sinir.

[Abstract:0188]

Okronozis tanısı alan 70 yaş kadın hasta

Muhammed Korkut[1], Serdar Kaymaz[2], Elif Selim Bahadır[1], Ayşe Esma Yıldız[1], Mustafa Fatih Yaşar[1]
[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Okronozis, homogentisik asit oksidaz enzim eksikliği nedeniyle homogentisik asit (HGA) birikimi sonucunda bağ dokularında pigmentasyon artışı ve alkaptonüri ile karakterize nadir bir metabolik hastalıktır (1). Bu olgu sunumunda, romatoloji polikliniğinde insidental olarak tanı konulan 70 yaşındaki bir kadın hasta sunulmaktadır.
Olgu: Diz ağrısı şikayetiyle romatoloji polikliniğine başvuran 70 yaşındaki kadın hastanın yapılan muayenesinde aksiyel ve diz eklemlerinde hareket kısıtlığı görüldü. Diz grafisinde evre 2 gonartroz bulguları mevcuttu. Ancak, başvuru şikayeti olmamasına rağmen istenen lomber radyografide, disk mesafelerinde daralma, intervertebral disklerde yoğun kalsifikasyon ve vertebra end platelerinde subkondral skleroz ile tipik okronotik artropatiyle uyumlu bulgular saptandı. Bunun üzerine hastanın detaylı anamnezi alındığında, idrarının yaparken sonuna doğru siyah renge döndüğünü öğrenildi. Göz muayenesinde skleralarda kahverengi pigment birikimi görüldü. Rutin kan tetkiklerinde CRP: 9 mg/L, Sed: 25 mm/saat, RF ve anti-CCP negatif olarak raporlanırken, başka anormal bir bulguya rastlanmadı. Tipik dejeneratif spondiloartropati, okronotik pigmentasyon ve idrar renginin koyulaşması ile karakterize triad göz önünde bulundurularak okronozis tanısı olarak değerlendirildi. Tedavide semptomatik non-steroid anti inflamatuar verildi ve fizik tedavi önerildi.
Tartışma: Okronozis, kronik seyirli, ilerleyici bir metabolik hastalıktır. Klinik bulgular genellikle orta yaşlardan sonra ortaya çıkar. Başlangıç döneminde homogentisik asidüriye ek olarak, sklera, kulak kıkırdağı, tendonlar ve eklemler gibi bağ dokularında pigment birikimi izlenirken, ilerleyen yıllarda okronotik artropati olarak adlandırılan, omurga ve büyük eklemleri etkileyen yaygın osteoartrit gelişir (2). İdrarın hava ile temas ettiğinde siyah renk alması tanıda önemli bir ipucu olarak değerlendirilir. Özellikle lomber, torakal ve diz eklemlerinde sertlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi semptomlarla kendini gösterir. Radyografik incelemelerde disk mesafelerinde daralma, intervertebral disklerde ve eklem kıkırdaklarında kalsifikasyon dikkat çeker. Tanı tipik okronotik artropati, pigmentasyon artışı ve idrar renginin koyulaşması triadı ile konulur. Laboratuvarda idrar örneğinde HGA varlığının tespit edilmesiyle doğrulanır. Tedavi genellikle semptomatik olup, analjezikler, fizik tedavi ve ileri eklem tutulumlarında cerrahi müdahaleleri içerebilir (1,2).

Anahtar Kelimeler: Alkaptonüri, Okronozis, Spondiloartropati

Lomber lateral grafi



Tipik okronotik spondiloartropati görüntüsünde, disk mesafelerinde belirgin daralma, intervertebral disklerde yaygın kalsifikasyon, vertebra end platelerinde subkondral skleroz ve yaygın dejeneratif değişiklikler izlenmektedir.

[Abstract:0191]

Wegener Granülomatozisi ile İlişkili Avasküler Nekroz: Olgu Sunumu

Elif Selim Bahadır, Adnan Demirel, Ayşe Esma Yıldız, Muhammed Korkut
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Wegener granülomatozisi (WG), nekrotizan granülomatöz vaskülit ile karakterize olup başlıca solunum yolları ve böbrekleri tutan sistemik bir hastalıktır. Tedavi edilmediğinde yüksek mortaliteye sahiptir ve immünsüpresif tedavilerle remisyon sağlanabilir (1). Ancak uzun süreli kortikosteroid ve immünsüpresif tedaviler ciddi yan etkilere yol açabilir. Bunlardan biri de avasküler nekrozdur (AVN) (2). Bu sunumda WG tanısı ile yıllardır tedavi gören ve bilateral femur başı ile distal femur medial kondilinde AVN gelişen bir olgu sunulmaktadır.
Olgu Sunumu: 38 yaşında kadın hasta, 2013 yılında hemoptizi, hematüri, ateşli kilo kaybı ve eozinofili nedeniyle yapılan incelemelerde PR3-ANCA pozitifliği, akciğerde kaviter nodülden alınan biyopside nekrotizan granülomatöz vaskülit ve proteinüri nedenli yapılan böbrek biyopsisinde fokal nekrotizan glomerülonefrit saptanması üzerine WG tanısı aldı. Siklofosfamid, mikofenolat mofetil, rituksimab ve kortikosteroid tedavileri gördü. Ekim 2023'te her iki kalça ağrısı ile gelen hastaya bilateral AVN tanısı kondu ve ilerleyen dönemde sol kalça artroplastisi yapıldı. Ekim 2024'te sol diz ağrısı nedeniyle başvurduğunda, distal femur medial kondilinde evre 2 AVN saptandı. Hastanın yük aktarımı kısıtlandı istirahat verildi. Analjezik tedavisi, bifosfonat (alendronat 70 mg/hafta), kalsiyum ve d-vitamini tedavisi başlanıldı. Streoid tedavisinin kesilmesi veya mümkün olan en düşük doza düşülmesi için romatolojiye danışıldı. Erken evre AVN için kor dekompresyon, kemik greftlemesi gibi tedaviler için ortopedi görüşü istenildi.
Sonuç: Wegener granülomatozisi (WG) tedavisinde uzun süreli kortikosteroid ve immünsüpresif ajan kullanımı, avasküler nekroz (AVN) riskini artırır. Özellikle yük taşıyan eklemler bu süreçten etkilenebilir ve erken dönemde semptom vermeyebilir.WG hastalarında düzenli ortopedik takip, erken tanı açısından önemlidir. AVN geliştiğinde, başlangıçta konservatif yaklaşımlar (ağrı kontrolü, yük kısıtlaması, fizik tedavi) uygulanmalı, ilerleyici vakalarda cerrahi müdahale düşünülmelidir. Kortikosteroidlerin minimal etkili dozda kullanımı ve bireyselleştirilmiş immünsüpresif tedavi, AVN riskini azaltmada önemlidir (2).
Kaynaklar:
1) Puéchal X. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener's). Joint Bone Spine. 2020;87(6):572-578. doi:10.1016/j.jbspin.2020.06.005
2) Güler, O., & Esenkaya, İ. (2020). Femur başı avasküler nekrozu tedavisinde güncel literatür (Ne diyor?). TOTBİD Dergisi, 19(5), 515-525.

Anahtar Kelimeler: Wegener granülomatozis, Avasküler nekroz, Kortikosteroid

Sol diz femur medial kondil avasküler nekroz



[Abstract:0192]

Parsonage-Turner Sendromu (İdiopatik Brakial Pleksopati): Olgu Sunumu

Elif Selim Bahadır, Mustafa Fatih Yaşar, Muhammed Korkut, Ayşe Esma Yıldız, Eray Özarslan
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Parsonage-Turner Sendromu, ani başlangıçlı şiddetli omuz kuşağı ağrısı ve ardından gelişen kas güçsüzlüğü ile karakterize nadir bir hastalıktır. Kesin nedeni bilinmemekle birlikte, viral enfeksiyonlar, otoimmün mekanizmalar ve geçirilmiş cerrahiler gibi tetikleyici faktörler suçlanmaktadır. Tanı; klinik öykü ve fizik muayene ile konur ve elektronöromiyografi (EMG) bulguları ile desteklenir. Bu olgu sunumunda, üst solunum yolu enfeksiyonunu (ÜSYE) takiben sol omuz ve dirsekte güçsüzlük gelişen ve Parsonage-Turner Sendromu tanısı alan bir vakayı sunuyoruz.
Olgu Sunumu: 65 yaşında erkek hasta, sol omuz kuşağında başlayan ve giderek artan ağrı şikayetiyle başvurdu. Bir hafta sonra omuz çevresinde belirgin ve dirsek bölgesine yayılan güçsüzlük geliştiği öğrenildi. Hastanın öyküsünde 3 hafta önce geçirilmiş ÜSYE mevcuttu. Travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede kas güçleri; omuz abduksiyonu ve fleksiyonu: 2/5 dirsek fleksiyonu: 2/5, dirsek ekstansiyonu: 4/5 diğer kas grupları tamdı (5/5). Omuz aktif eklem hareket açıklıkları (EHA); Fleksiyon: 30°, Abduksiyon: 20°, Ekstansiyon: 30°idi. Deltoid ve infraspinatus kaslarında atrofi gözlendi. İleti EMG normaldi. İğne EMG'de; sol deltoid ve infraspinatus kaslarında motor ünit potansiyelleri (MÜP) ateşlenmedi, denervasyon potansiyelleri görüldü. Sol biseps ve brakioradialis kaslarında nörojenik MÜP izlendi, denervasyon potansiyelleri bulunmadı. Sonuç: Sol C5 kökünde ağır nörojen, C6 kökünde kısmi nörojen tutulum mevcuttur. Ayırıcı tanıda akciğer grafisi ve servikal MRG'de tabloyu açıklayacak bulgu yoktu. Hasta, Parsonage-Turner Sendromu tanısı ile rehabilitasyon programına alındı. Alfa-lipoik asit, B12 vitamini, Gabapentin başlanıldı. Omuz EHA egzersizleri, germe ve güçlendirme egzersizleri ile elektrik stimülasyonu (Deltoid, biseps, supraspinatus, infraspinatus ve triseps) uygulandı. Omuz abduksiyon ve fleksiyon kas gücü 3/5, diğer kas güçleri 5/5 olarak ev egzersiz programıyla taburcu edildi.
Sonuç: Parsonage-Turner Sendromu, omuz kuşağında ani ağrı ve ardından gelişen güçsüzlük ile seyreder. Viral enfeksiyonlar etyolojide rol alabilir. Tanıda; travma, servikal radikülopati ve diğer nörolojik hastalıkların ekarte edilmesi önemlidir. Fizik tedavi ve rehabilitasyon fonksiyonlarının geri kazanımında kritik rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Parsonage-Turner Sendromu, brakial nörit, brakial amiyotrofi

[Abstract:0193]

Ankilozan Spondilitli Hastada Asemptomatik Seyreden Heterotopik Ossifikasyon: Olgu Sunumu

Elif Selim Bahadır, Adnan Demirel, Ayşe Esma Yıldız, Muhammed Korkut
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), aksiyel iskeleti tutan, progresif inflamatuvar bir spondiloartrittir. Kronik inflamasyon, sakroiliak eklemler ve omurgada yapısal değişikliklere yol açarak hareket kısıtlılığına neden olabilir. AS hastalarında heterotopik ossifikasyon (HO) gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinden biridir. Özellikle travma ve cerrahi sonrası HO gelişimi AS 'nin nadir olmayan bir komplikasyonudur HO gelişimi uzun hastalık süresi ve kronik inflamasyon ile de ilişkili bulunmuştur. HO genellikle semptomatik olmakla birlikte, bazı hastalarda asemptomatik seyredebilmektedir. Bu olguda, Anti-TNF kullanan ve asemptomatik seyreden heterotopik ossifikasyonu olan bir AS hastası sunulmaktadır. OlguSunumu: 48 yaşında erkek hasta, 10 yıldır AS tanısıyla takip edilmekte olup güncel tedavide etanercept 50 mg/hf ve ihtiyaç durumunda ara ara non-steroid anti inflamatuar tedavisi almaktadır. Hastanın herhangi bir kalça ağrısı veya hareket kısıtlılığı bulunmamaktaydı..Nörolojik muayenesi olağan sınırlarda idi. Rutin çekilen radyografide sağ iskium inferolateralinde iyi sınırlı kemik dansitesinde opasite artışı tespit edilmiştir. İskium palpasyonu ağrısız, ancak inferolateral bölgesinde hafif bir sertlik hissedilmektedir. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 5 yıl önce sağ kalçasına bir darbe aldığını ancak herhangi bir semptomu olmaması üzerine hastane başvurusu ve görüntülemesinin olmadığı öğrenildi. Hastaya travma sonrası heterotopik ossifikasyon tanısı konuldu. Manyetik rezonans görüntüleme ile tanı teyit edildi. Asemptomatik olması ve fizik muayenesinin doğal olması üzerine biyopsi gibi ileri incelemeye gerek duyulmadı. Hastaya kalça eklemi çevresi güçlendirici ve ankilozan spondilite yönelik solunum germe ve güçlendirme egzersizleri önerildi. Sonuç: Bu vaka, AS hastalarında heterotopik ossifikasyonun asemptomatik seyredebileceğini ve rutin radyografi sırasında saptanabileceğini göstermektedir. Travma sonrası gelişen heterotopik ossifikasyon olasılığı yüksektir. AS hastalarında uzun süreli inflamasyon ve anti-TNF tedavisi de kemikleşme süreçlerini etkileyebilir.Bu nedenle AS gibi inflamasyonun arrtığı ve TNF kullanılan hastalarda yumuşak doku travmalarında asemptomatik vakalarda rutin takip yapılmalı ve eklem hareketlerini koruyucu egzersizler önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, Heterotopik Ossifikasyon, Kalça Ağrısı

Sağ ischium inferolateralinde heterotopik ossifikasyon x-ray görünümü



[Abstract:0197]

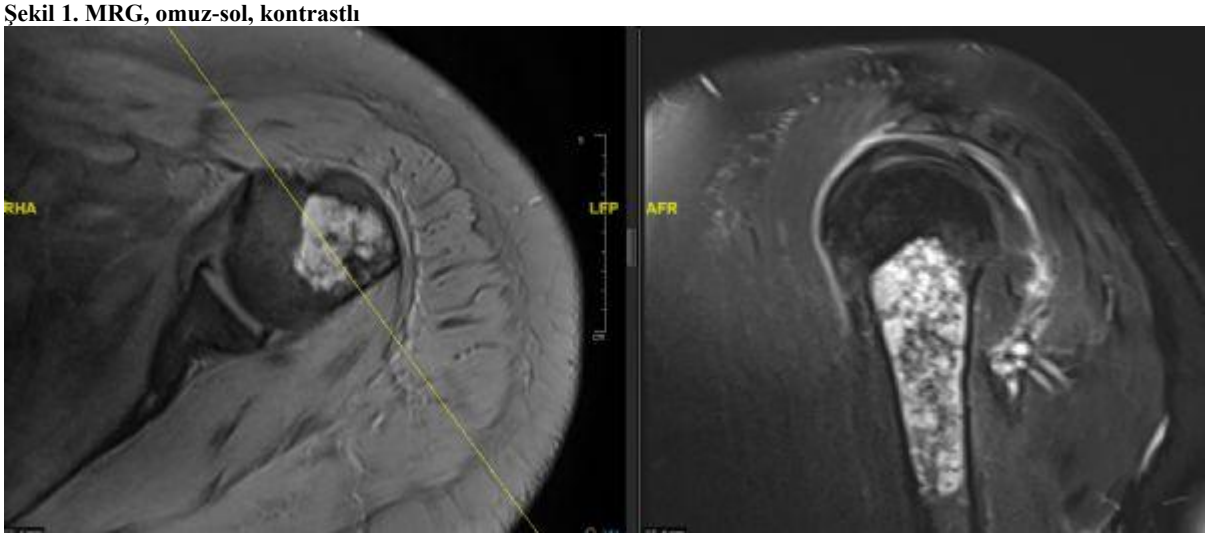
Psöriatik Artritli Bir Hastada Humerus Kondrosarkomu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Yuzlem Gyuner Sızdhımlı[1], Meltem Kaya[1], Sema Köylü[1], Bledjan Çuni[1], Zehra Ongun[2], İsmihan Sunar[1], Şebnem Ataman[1]
[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Psöriatik artrit (PsA), psoriasis hastalarında görülen seronegatif inflamatuar bir artrit olup, hem aksiyal hem de periferik eklemleri tutabilen bir spondiloartropati türüdür. Literatürde PsA ve malignite arasındaki ilişki net olmamakla birlikte, uzun süreli immünsüpresif tedavi kullanan hastalarda malignite gelişme riski artabilir. PsA'da kemik tümörleri nadirdir ve humerus kondrosarkomu oldukça ender görülmektedir. Bu olgu sunumunda, altı yıldır PsA tanısı ile takip edilen ve metotreksat tedavisi almakta olan 58 yaşındaki bir kadın hastada gelişen humerus kondrosarkomu tartışılmıştır.
Olgu Sunumu: Hastanın romatoloji polikliniğine başvurudan üç gün önce sağ omuz ağrısı başlamış ve özellikle gece ağrısının belirgin olduğu, baş üstü hareketlerle şiddetlendiği bildirilmiştir. Fizik muayenesinde omuz eklem hareket açıklığında kısıtlılık saptanmamıştır. Rutin laboratuvar tetkiklerinde CRP ve sedimantasyon yüksek bulunmuş, radyolojik incelemelerde humerus proksimalinde hiperdens lezyon tespit edilmiştir. İleri tetkik amacıyla ortopediye danışılmış ve kontrastlı MRG (Şekil 1) ile BT görüntülemeleri yapılmıştır. Sonuç olarak, hastaya düşük dereceli humerus kondrosarkomu tanısı konulmuş ve ortopedi onkoloji kliniğinde takibe alınmıştır.
Tartışma: PsA hastalarında kemik tümörleri nadir görülmekle birlikte, uzun süreli inflamasyon ve immünsüpresyonun maligniteye zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Kondrosarkom, primer kemik tümörleri arasında ikinci sıklıkta görülmekte olup, TNF-α ve IL-17 gibi sitokinlerin kemik mikroçevresindeki etkileri ile ilişkili olabilir. Ayrıca, metotreksat gibi immünsüpresif ilaçların uzun süreli kullanımının malignite gelişimine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir.
Sonuç: PsA hastalarında açıklanamayan kemik ağrıları durumunda malignite ihtimali göz önünde bulundurulmalı ve ileri görüntüleme tetkikleri yapılmalıdır. Bu tür hastaların multidisipliner bir yaklaşım ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik Artrit, Kondrosarkom, Metotreksat, Kemik Tümörleri

Şekil 1. MRG, omuz-sol, kontrastlı



6x2.8x2.6 cm (KKxTxAP) düşük dereceli humerus kondrosarkomu

[Abstract:0206]

Ankilozan Spondilit Hastasında Secukinumab Tedavisi Sonrası Yeni Gelişen Psoriasis Olgu Sunumu

Ayşegül Geyik, İlker Yağcı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Spondiloartropatiler ve psoriasis tedavisinde biyolojik tedaviler sıkça kullanılmaktadır. Ancak bu ilaçların, bazen beklenmedik şekilde psoriasiform döküntülere yol açtığı görülmektedir. Bu duruma paradoksal psoriasis denilmektedir ve literatürde en sık TNF alfa blokörleri sonrası görülen vakalar bildirilmektedir. Biz de bu vaka sunumunda daha önce hiç psoriatik lezyonu olmayan Ankilozan Spondilit (AS) hastasında secukinumab tedavisine geçiş sonrası gözlenen psoriasis yan etkisini sunmayı amaçladık. Hastadan 22.01.2025 tarihinde yazılı ve sözlü onam alınmıştır.
Olgu: 54 yaş erkek hasta, dış merkezde AS tanısı mevcut, kliniğimize 10 gündür dizlerinde şişlik ve hareket kısıtlılığı sebebiyle başvuran hasta bir dönem adalimumab kullanıp kesmiş, şu an indometazin 25 mg 4x1 ve sulfasalazin 500 mg 2x2 kullanmakta.Muayenesinde sağ dizde belirgin olmak üzere dizlerde masif efüzyon mevcut. Laboratuvar sonuçlarında ESR 40 mm/saat, CRP:13 mg/dl olarak bulundu.Hastanın her iki dizinden yaklaşık 135 cc efüzyon usg eşliğinde aspire edildi. Sinovyal sıvı analizi inflamasyon ile uyumlu olunca, intraartiküler steroid enjeksiyonu sonrası adalimumab yeniden başlandı.Adalimumab tedavisi altında tekrarlayan şişlikleri olan hastaya 3 ay sonra, adalimumab kesilip,upadacitinib tedavisi başlandı. Upadacitinib tedavisi süresince farklı zamanlarda, toplamda 3 kez daha, dizlerindeki tekrarlayan efüzyonları olan hastaya 4 ayın sonunda, upadacitinib tedavisi kesilip, sekukinmab başlandı.1.ay kontrolünde dizlerindeki şişliğin tamamen gerileyen hastada hastalık kontrol altına alınmış iken vücudunda yaygın kaşıntılı, döküntü gelişti.Yapılan muayenesinde döküntülerin gövde ön yüzde, saçlı deri,dış kulak yollarına, dört ekstremite,aksiller ve inguinal bölgede eritemli, skuamlı plaklar gözlendi.İlaç ile indüklenen psoriazis tanısı dermatoloji ile doğrulandı ve geniş vücut alanlarını ilgilendirdiği için secukinumab kesildi.Lokal psoriasis tedavisi ve sistemik olarak metotreksat 15 mg hafta/oral başlandı.
Tartışma: Paradoksal advers etki (PAE), biyolojik tedavi sırasında beklenmedik hastalık gelişimini tanımlar. Psoriasis, TNF-α inhibitörleri sonrası sık görülür. Secukinumab gibi IL-17A inhibitörleri de psoriasis gelişimine yol açabilir. IL-17A inhibisyonu, IL-23 seviyelerini artırarak IL-17F, IL-22 ve TNF-α'yı uyarabilir. Bu durum, yeni enflamatuar olaylara yol açabilir. Tedavi değişikliği gerekebilir ve psoriasis tedavisi için lokal ve sistemik tedavi uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, İlaçla İndüklenen Psoriasis, Secukinumab, Spondiloartropatiler

Hastanın Gövdesinde Yaygın Psoriatik Döküntüler



[Abstract:0209]

Diz Ağrısı ile Prezente Olan Akut Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu

Ayşe Esma Yıldız, Serdar Kaymaz, Elif Selim Bahadır, Muhammed Korkut
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Derin ven trombozu (DVT), alt ekstremite venlerinin tromboz ile tıkanması ve alt ekstremitelerin kan akışının kesilmesiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Trombüs oluşumunun temel mekanizması endotel hasarı, trombosit agregasyonu ve pıhtılaşma kaskadı aktivasyonudur. Ağrı, şiddetli rahatsızlık ve şişlik DVT'nin en sık görülen semptomlarıdır. DVT dünya çapında önemli ve yaygın bir önlenebilir ölüm nedenidir. Pulmoner tromboemboli gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir. Bu olgu sunumunda, sol diz ağrısı ile polikliniğe başvuran ve sol alt ekstremitede DVT saptanan 27 yaşında erkek hasta sunulmaktadır.
Olgu: 27 yaşında erkek hasta, bir gün önce başlayan sol diz ağrısı şikayeti polikliniğe başvurdu. Hastanın ağrısının kramp tarzında, gece ve gündüz aynı şiddette seyrettiği öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Düzenli kullanılan ilacı bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayenede diz eklem hareket açıklığı tamdı, fleksiyon sırasında ağrısı mevcuttu. Ballotman testi negatifti. Bağ yaralanması için yapılan özel testler negatifti. Nörolojik muayenesi doğaldı. Diz ekleminde ısı artışı yoktu, ciltte renk değişikliği yoktu. Ancak hastanın sol baldır bölgesinde ısı artışı olduğu görüldü. Periferik nabızları açıktı. Bacak çap farkı yoktu. Homans testi sol alt ekstremitede pozitifti. Hastadan her iki alt ekstremite için Renkli Doppler Ultrason görüntülemesi istendi. Tetkik sonucunda sol taraf popliteal vende ve sol taraf vena safena magnada akut trombüs saptandı. Hasta ivedilikle kalp damar cerrahisine yönlendirildi, derin ven trombozuna yönelik antikoagülasyon fraksiyone olmayan heparin tedavisi başlandı. Kompresyon çoraplarının kullanımı önerildi. Kan tetkikleri ve kontrol ultrason muayeneleri için düzenli aralıklarla kontrole çağırıldı.
Tartışma ve Sonuç:Alt ekstremitede DVT olan hastalar asemptomatik olabilir veya baldırda şişlik ve ağrı gibi semptomlar gösterebilirler. Bu semptomların kas-iskelet sistemi bozuklukları, akut vasküler tıkanıklık ve yumuşak doku bozuklukları gibi hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Pulmoner tromboembolizm gibi ciddi komplikasyonları göz önünde bulundurularak kas-iskelet sistemi ağrısıyla gelen hastalarda ayırıcı tanıda DVT düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Derin ven trombozu, Diz ağrısı, Diz eklemi

[Abstract:0212]

Dirençli Tietze Sendromunda İntraartiküler Ozon Tedavisinin Etkinliği

Yağmur Çağla Reis Altan[1], Eray Özaslan[2], Zeyneb Beyza Varol[2], Tuğba Alışık[2], Elif Yakşi[2]
[1]Ankara Çubuk Halil Şıvgın Devlet Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,Ankara
[2]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,Bolu

Giriş: Tietze sendromu, lokal hassasiyet ve non-süpüratif şişlik ile karakterize, genellikle tek taraflı olarak 2. veya 3. kostal kıkırdaklarla ilişkili, nadir görülen, atipik bir ön göğüs ağrısı nedenidir. Bu hastalık genellikle kendi kendini sınırlamasına rağmen, nadiren dirençli bir hal alabilir.
Olgu: 55 yaş, kadın hasta son 2 aydır devam eden göğüs ön bölgesinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde sağ göğüs ön duvarı üst kısmında sürekli devam eden ağrı şikayeti mevcuttu, travma öyküsü yoktu. Sistemik fizik muayenede herhangi bir patoloji saptanmadı. Solunum ve kardiyak sesleri doğaldı. Nörolojik muayenesinde her iki üst ekstremite kas gücü 5/5, duyu muayenesi normal, refleksler normoaktif olarak saptandı, patolojik refleks saptanmadı. Lökomotor sistem muayenesinde servikal eklem hareket açıklıkları tamdı, sağ sternoklavikuler eklemde Vizüel Analog Skala (VAS) değerlendirmesine göre 8 şiddetinde ağrı mevcuttu. Sternoklavikuler eklem üzerinde ılımlı şişlik saptandı. Hastanın çekilen X-ray grafisinde erozyon, destrüksiyon veya fraktür hattı gözlenmedi. Biyokimyasal testlerde romatolojik hastalık veya enfeksiyon lehine bir bulgu saptanmadı. Hasta ek patolojilerin ayırıcı tanısı amacıyla Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji birimine konsülte edildi. Bu branşlara ait değerlendirmede herhangi bir patoloji saptanmadığı bildirildi. Hastaya ağrıya yönelik Non-Steroid Antiinflamatuar ilaç, coldpack tedavisi ve postür egzersizleri başlandı. 2. hafta kontrolünde ağrıda azalma mevcut değildi. Bu nedenle hastaya ultrason eşliğinde intraartiküler ozon tedavisi (1 cc,10 ɣ dozunda) uygulandı. Hastanın 1. ay kontrolünde sternoklavikuler eklemde şişlik mevcut değildi. Hasta ağrı şikayetinin olmadığını belirtti. Hastaya egzersizlere devam etmesi önerildi.
Sonuç: Göğüs ön duvarı ağrıları arasında bulunan Tietze sendromu genellikle konservatif tedavilere yanıt verse de dirençli ağrılarda intaartiküler ozon tedavisinin ağrı kontrolünde etkili bir seçenek olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tietze sendromu, ozon tedavisi, intraartiküler

[Abstract:0213]

Major Travma İlişkili Bilateral Humerus Büyük Tüberkül Avülsiyon Fraktürü: Olgu Sunumu

Ayşe Esma Yıldız, Serdar Kılınç, Elif Selim Bahadır, Muhammed Korkut
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bolu

Giriş: En sık çıkığın gözlendiği eklem, glenohumeral eklemdir.Çıkıkların %96'sı travma sonucu oluşurken, %4'ü atravmatik olabilir. Dislokasyon esnasında humerus başının posterior yüzü ile glenoidin anterior yüzünün çarpışması sonucu,humerus başının posterior yüzünde çökme kırığı olan Hill-Sachs defekti meydana gelebilmektedir.Motorlu taşıt kazası sonrası iki taraflı omuz kırığı ve sağ omuz antero-inferior çıkığı gelişen bir olguyu sunuyoruz.
Olgu: 6 yaşında erkek hasta, araç içi motorlu taşıt kazası yaralanması sonrası her iki omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvurdu.Tip-2 DM tanısı vardı,omuz subluksasyon/laksisite öyküsü yoktu.Acilde istenen X-ray'de sağ omuzda dislokasyon tespit edilmiş. BT'de sağ omuz ekleminde antero-inferior dislokasyon ve avülsiyon fraktürü tespit edilmiş.Sağ omuz redükte edilmiş,4 hafta omuz askısı ile immobilize edilmiş.Cerrahi tedavi düşünülmemiş.İnstabilite testleri negatifti. Sağ omuz aktif abdüksiyon 110° ve fleksiyon 90°'de kısıtlı,iç rotasyon 80°,dış rotasyon 30°,addüksiyon tam, ekstansiyon tamdı. Sol omuz aktif abdüksiyon 90° ve fleksiyon 90°'de kısıtlı, pasif iç rotasyon 80°,aktif iç rotasyon 0°,pasif dış rotasyon 45°,aktif dış rotasyon 0°,addüksiyon tam, ekstansiyon tamdı. Nörovasküler muayenelerinde ve laboratuvar değerlerinde özellik yoktu.MR'da sağ omuz supraspinatus tendonunda parsiyel yırtık, humerus başı anterior yüzünde kemik iliği ödemi, Hill-Sachs lezyonu, biceps uzun başının tendonunda subluksasyon ve subcorakoid bursada efüzyon saptandı.Sol omuz MR görüntülemesinde biseps kası uzun başının tendonu etrafına efüzyon, supraspinatus tendonunda parsiyel yırtık,supraspinatus tendonunun humerusa yapışma lokalizasyonunda avulsiyon fraktürü saptandı.Skapula stabilizasyon egzersizleri,rotator manşet ve deltoid güçlendirme egzersizleri, proprioseptif egzersizler planlandı.4 hafta, 5gün/hafta, 60 dakika, toplam 30 seans rehabilitasyon planlandı.Tedavi başında 9 olan Visüel Ağrı Skoru,tedavi sonrası 4 puana geriledi. Rehabilitasyon sonrası her iki omuz fleksiyon ve abdüksiyon 160°, diğer eklem hareket açıklıkları tamdı.
Sonuç: Major travma sonrası Hill-Sachs lezyonu görülebilir. İlk değerlendirmelerde ayrıntılı fizik muayenenin yapılması ve istenen görüntüleme tetkiklerinin değerlendirilmesi tanı koymada önemlidir. İlk müdahale glenohumeral eklemin redüksiyonudur. Sonrasında tedavi konservatif veya cerrahi tedavi olabilir. Redüksiyon sonrası rehabilitasyon programına erken başlanması iyi fonksiyonel sonuçlar elde edilmesinde etkilidir.

Anahtar Kelimeler: hill-sachs lezyonu, omuz subluksasyonu, travma

Hill-Sachs MR görüntüsü



A-sağ omuz Xrayde antero-inferior dislokasyon, B ve C-sağ omuz MR görüntülemesinde Hill-Sachs lezyonu, D-sol omuz Xrayde büyük tüberkül fraktürü, E ve F- sol omuz MR T2 FATSAT sekanslarında büyük tüberkül fraktürü

[Abstract:0214]

Hemiplejik Hastada Görülen Nadir Bir Disfaji Nedeni: Diffüz İdiyopatik İskelet Hiperostozu Olgu Sunumu

Ayşe Esma Yıldız, Serdar Kılınç, Elif Selim Bahadır, Muhammed Korkut
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Bolu

Giriş: Yaygın idiyopatik iskelet hiperostozu, anterolateral omurgada en az üç entezis bölgesinin kemikleşmesiyle karakterize sistemik bir kemik oluşturma durumudur. Servikal omurgadaki vertebral gövdelerin önünde bulunan kemik yapı trakea ve özofagusta basıya neden olabilir ve bu durum da disfaji ve hava yolu tıkanıklığına yol açabilir. Bu olgu sunumunda disfaji şikayeti olan 55 yaşındaki bir erkek hasta sunulacaktır.
Olgu: 55 yaşında erkek hasta,4 ay önce sağ orta serebral arter oklüzyonu nedeniyle sol hemipleji gelişmiş. Rehabilitasyon amacıyla servisimize yatışı yapıldı. Hastanın bilinen hipertansiyon ve hiperlipidemi hastalıkları vardı. Anamnezinde katı gıdaları yutmada zorluk yaşadığı öğrenildi. Yapılan yatak başı tarama testinde katı gıdaları yutmada zorluk, yutma sonrası seste kısılma ve öksürük tespit edildi. Hastaya ileri tetkik ve değerlendirme için endoskopi ve videolaringoskopi planlandı. Yapılan endoskopi sonucunda interaritenoid bölgede kemik çıkıntıya bağlı daralma tespit edildi. Çekilen servikal vertebra BT'de C4-C5, C5-C6, C6-C7 vertebra anterior tarafta entezis bölgelerinde köprüleşme görüldü. Hasta cerrahi tedaviler açısından beyin ve sinir cerrahisine danışıldı, hastaya cerrahi tedavi planlandı. Operasyona kadar hastaya yutma rehabilitasyonu, yutma eğitimi, postüral teknikler ve gıda kıvamı düzenlenmesi için diyetisyen konsültasyonu planlandı. Hastaya C4, C5, C6, C7 vertebralarına anterior ostofit rezeksiyonu ve C6-7 diskektomi işlemi yapıldı. Operasyon sonrası hastanın yutmada zorluk şikayeti geriledi.
Sonuç: Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu en sık torakal vertebralarda saptanır. Servikal vertebralarda daha az görülür. Asemptomatik olabileceği gibi boyun hareketlerinde kısıtlılık, ağrı, yutmada güçlük ve solunum sıkıntısına sebep olabilir. Disfaji semptomu olan hastalarda ayırıcı tanıda diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu ayırıcı tanıda göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: disfaji, diffüz idiyopatik iskelet hiperostozu, hemipleji

---

DISH



Şekil-1

Pre-operatif dönem servikal vertebra BT görüntülemesinde C4-C5, C5-C6, C6-C7 vertebra anterior tarafta entezis bölgelerinde köprüleşme



Şekil-2

Post-operatif dönem servikal X-ray görüntülemesi

[Abstract:0219]

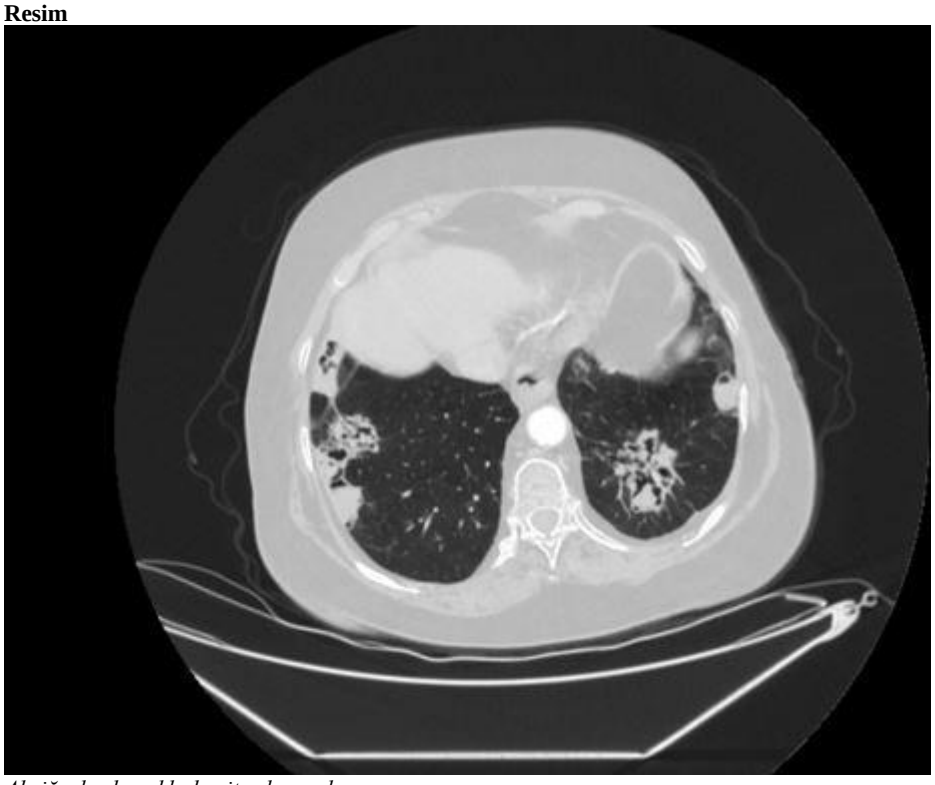
Akciğerde çoklu kaviter lezyonlarla seyreden romatoid artrit vakası

Gizem Cengiz, Sinem Kübra Beke
Erciyes Üniversitesi Tı Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AB/Romatoloji BD

Romatoid artrit (RA), sıklıkla simetrik el ve ayakların küçük eklemlerinin artriti ile prezente olan kronik seyirli sistemik inflamatuvar bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. RA hastalarının kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada en sık ölüm nedeni yaklaşık %30-40 civarında solunum hastalıklarıdır. RA hastalarında akciğer tutulumu sıklıkla interstisyel akciğer hastalığı, hava yolu hastalığı, plevral efüzyon, romatoid nodüller ve ilaç kaynaklı toksisite olarak görülmesine karşın vasküler tutulum azdır. Bizde RA tanılı ve uzun yıllar leflunomid ve düşük doz steroid tedavisi almış olan ve akciğerlerde çok sayıda büyük çaplı kaviter lezyonları olan vakamızı sunmayı amaçladık.
Vaka: Eylül 2023 tarihinde 63 yaşında kadın RA hastası iki taraf göğüs yan ağrısı nedeni ile dış merkezde çekilmiş toraks bilgisayarlı tomografi (BT) sonucu ile polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde akciğerde çok sayıda lezyon görülmesi nedeni ile geldiğini ve yaklaşık 25 yıl önce RA tanısı almış olduğunu bildirdi. Hasta 13 yıldan beri leflunomid 20 mg /gün, hidroksiklorokin 200 mg/gün ve prednizolon 5 mg/gün kullanıyordu. Geçmişte yaklaşık 10-12 yıl metotreksat tedavisi de almıştı. Fizik muayenede el bileklerinde ve ayaklarda deformiteleri vardı. Anti-CCP >500, RF 46, CRP 41, sedimantasyon 65 mm/h idi. Toraks BT de görülen çok sayıdaki kaviter lezyonların malignite ve vaskülit açısından ayırıcı tanısı yapılması için göğüs hastalıkları ve radyolojinin görüşü alındı. Kaviter lezyonların RA' 'e bağlı olarak görülebildiği ve bazı hastalarda da leflunomid tedavisine bağlı olarak oluşabildiği görüldü. Hem bu çok sayıdaki kaviter lezyonlar için ve hemde aktif hastalığı nedeni ile Rituksimab tedavisi planlandı. Hastanın rituksimab tedavisini kabul etmememsi nedeni ile metil prednizolon 32 mg ve tocilizumab 162mg/hafta,subkutan başlandı. Üç ay sonraki kontrolde eklem bulgularında ve akut faz değerlerinde düzelme oldu fakat kontrol toraks BT bulguları bir önceki ile benzer idi. Hastanın tocilizumab tedavisi devam etmekte olup bir yıllık tedavi sonrası toraks BT planlaması yapıldı.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, kaviter nodüller, akciğer tutulumu

Resim **1**



Akciğerlerde çoklu kaviter lezyonlar

[Abstract:0220]

Nöropatik Ağrı Yakınması Olan Ankilozan Spondilit Tanılı Hastanın Sekukinumab İle Başarılı Tedavisi

Betül Sargın
Aydın Devlet Hastanesi Romatoloji, Aydın

Giriş: Nöropatik ağrı ankilozan spondilit tanılı hastalarda gözlenebilmektedir(1).Hastaların yaşam kalitelerinde ve fonksiyonel kapasitesinde azalmaya neden olabilmektedir. Biz burada nöropatik ağrı yakınması olan ankilozan spondilit tanılı hastanın sekukınumab ile başarılı tedavisini sunmayı amaçladık.
Olgu: 62 yaş ankilozan spondilit tanılı hasta el ve ayaklarda uyuşma yakınması nedeni ile nöroloji polikliniğine başvurmuş.Yapılan EMG'de alt ekstremitelerde daha belirgin duyu ve motor liflerde mix tip polinoropati ile uyumlu(diabetik) saptanan hastaya indometazin ve (diklofenak sodyum,naproksen sodyum,meloksikam) tedavisini maksimum doz kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamaması ve bath ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (basdai>5) ve crp 8 mg/dl olması nedeni ile sekukınumab tedavisi başlandı. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir.
Sonuç: Interlökin (IL)-12 ve IL-23 sitokinlerin ortak p40 alt birimine bağlanan ustekinumab ve IL-17A'ya bağlanan sekukinumabın demyelinizan hastalıkları tetikleme özelliği yoktur (2). Sekukinumab ınterrlökin-17A'yı seçici olarak bağlayan ve nötralize eden yüksek afiniteli insan immünoglobulin G1 monoklonal antikorudur. Psöriazis, psöriatik artrit ve AS gibi bir dizi immün aracılı inflamatuar hastalıkta etkinlik göstermiştir. Nazofarenjit, baş ağrısı ve üst solunum yolu enfeksiyonu en yaygın yan etkileridir. Bunların dışında fırsatçı enfeksiyonlar, miyokard infarktüs ve stroke ciddi yan etkiler olarak sekukinumab kullanımı sırasında görülmüşlerdir(3).Herpes zoster, toxoplazma,Mycobacterium avium complex enfeksiyonları ile nadiren ilişkili olduğu görülmüştür(4).Polinöropati semptomları olan ankilozan spondilit tanılı hastalarda başarılı bir tedavi seçeneği olduğu unutulmamalıdır.
Kaynaklar
1.Wu Q,Inman RD,Davis KD.Neuropathic pain in ankylosing spondylitis a psychophysics and brain imaging study.Arthritis Rheum 2013;65:1494-1503.
2.Psarelis S,Hajineocli APD,Hadjicosta E,Elliott HSA.Is secukinumab a safe alternative treatment for ankylosing spondylitis with Guillain Barré syndrome after anti-TNF-α treatment? Case report and literature review. Clin Rheumatol 2017;36:1197-9.
3.Mease PJ,McInnes IB,Kirkham B, Kavanaugh A,Rahman P, van der Heijde D,Landewé R, Nash P,Pricop L,Yuan J,Richards HB,Mpofu S;FUTURE 1 Study Group. Secukinumab Inhibition of Interleukin-17A in Patients with Psoriatic Arthritis. N Engl J Med. 2015;373:1329-39.
4.Cannon L,Pan A, Kovalick L.Sarkissian A,Wu EY. Secondary immunodeficiencies and infectious considerations of biologic immunomodulatory therapies. Ann Allergy Asthma Immunol 130,718-26.

Anahtar Kelimeler: nöropatik ağrı, ankilozan spondilit, sekukinumab

[Abstract:0225]

Fabry ve romatoid artrit birlikteliği olan olgu

Sevcan Uğur[1], Şevval Dirican Kızıl[2], Evin Aslan[2], Ayşe Yenice Kök[2]
[1]Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[2]Antalya Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Romatoid artrit(RA), simetrik, eroziv, inflamatuar poliartritle karakterize kronik inflamatuar bir hastalıktır. Fabry hastalığı, alfa-galaktosidaz A genindeki mutasyondan kaynaklanan, X'e bağlı resesif geçişli multisistemik bir lizozomal depo hastalığıdır. Bu bildiride, fabry tanısıyla takipli hastanın eklem şikayetleri araştırılırken Romatoid Artrit(RA) tanısı konulan bir olgunun sunulması amaçlandı.
Olgu: 50 yaş Fabry tanılı kadın hasta el eklemlerinde ağrı şikayeti ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın nefrolojide 9 yıldır takip edildiği ve 15 günde bir 3 mg agalsidaz alfa tedavisi aldığı öğrenildi. Hastanın 4-5 aydır olan el eklem ağrıları, hareketle azalıp, istiharetle artıyordu. Romatolojik sorgusunda ağız kuruluğu, göz kuruluğu, oral ülser, genital ülser, alopesi, fotosensivite, malar raş, derin ven trombozu öyküsü, hemoptizi, göz semptomları, inflamatuvar bel ağrısı, eritema nodozum, kendisinde ve ailesinde psöriazis yoktu. Hastanın fizik muayenesinde her iki el metakarpofalangeal(MKF) eklemlerde ve sağ proksimal interfalangeal(PİF) eklemlerinde hassasiyet, sağ 2. MKF ve PİF eklemlerinde şişlik vardı. Hastanın istenilen serolojik testlerinde RF:229 IU/mL(0-18), anti-ccp>500 U/mL, crp 14 mg/L(0-5), eritrosit sedimantasyon hızı:32 mm/h(0-20) olup hastanın el mrg'sinde 2. parmak fleksör tendonlar çevresinde tenosinovit gözlendi. Hasta bu bulgularla seropozitif RA olarak değerlendirildi.Leflunomid 20 mg /gün tedavisi başlandı.
Sonuç: Fabry hastalığında ağrı yaygın olarak bildirilmiştir. Ağrı kronik veya epizodik karakterde olabilir. Epizodik ağrı, fabry hastalığında fabry krizi olarak isimlendirilir. Tipik olarak ekstremitelerde özellikle proksimallerde görülür. Isı değişiklikleri, egzersiz, fiziksel ve emosyonel stresle tetiklenebilir.(1) Fabry hastalığı tanısı genellikle daha yaygın bozukluklarla karıştırıldığı için gecikir. Kas-iskelet sistemi belirtileri, başvuru semptomlarını oluşturabilir. Fabry hastalığı eklem ağrısı, ateş, artmış eritrosit sedimentasyon hızı, osteopeni ve osteoporoz, bilateral femur başı ve distal tibial nekrozlarına da neden olabilir(2). Ağrı ile başvuran fabry hastalarında, kas iskelet sistemi ağrıları bu hastalıkla ilişkilendirileceği gibi romatolojik hastalıklarla da ilişkili olabilir.Bizim hastamızda olduğu gibi ayırıcı tanıda romatolojik hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır.
Kaynakça:
1.Chan B,Adam DN:A Review of Fabry Disease,Skin therapy Lett.2018 Mar;23(2):4-6
2.Elif Nazlı SERİN ATAŞ,Ramazan ÇETİNKAYA,Funda SARI:Fabry Disease:A Review

Anahtar Kelimeler: eklem ağrısı, fabry hastalığı, romatoid artrit

[Abstract:0227]

Psöriatik Artrit Tanılı Hastada Sülfasalazin Kullanım Sonrası Stevens–Johnson Sendromu Gelişimi

Aytaj Gahramanova[1], Nur Filiz Ok[2], Nuran Öz[2], Halise Hande Gezer[2], Mehmet Tuncay Duruöz[2]
[1]Marmara Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Özet-Amaç: Stevens-Johnson Sendromu (SJS), ilaçlara bağlı gelişen nadir ancak ciddi bir mukokutanöz reaksiyondur. Psöriatik Artrit (PsA) tedavisinde kullanılan Sulfasalazin, nadiren ağır advers reaksiyonlara neden olabilir. Bu sunumda, PsA tanısı ile Sulfasalazin tedavisi başlanan ve Stevens-Johnson Sendromu gelişen bir erkek hasta ele alınmaktadır.
Olgu:Hasta: 27 yaş erkek hasta,Öykü: 1 yıl önce PsA tanısı almış olup, metotreksat 15 mg/hafta, sc kullanımı sonrası gastrointestinal intolerans nedeniyle ilaç kesilmiş ve hastanın tedavisi sulfosalazin 2000 mg/gün şeklinde düzenlenmiştir.Şikayet: Hasta 2,5 hafta sonra grip benzeri belirtiler, ağızda yara, her iki avuç içi ve ayak altında döküntüleri ve gözlerde kızarıklık şikâyeti olması üzerine polikliniğe başvurdu. Fizik muayene: Bilateral palmar ve plantar alanda eritemli birleşen papüller, gövdede ve uylukta dağınık az sayıda papüller, bilateral konjuktivalarda eritem, oral mukoza erode, dudaklarda erode alanlar ve krut izlendi. Genital mukoza doğaldı, yüz ödemi ve ele gelen lenf nodu yoktu.
Hasta olası ilaç erüpsiyonu, DRESS düşünülerek tedavi kesildi, yakın takip yapılması için servise yatırıldı. Enfeksiyon, KBB, Dermatoloji ve Göğüs hastalıkları kliniğine konsulte edildi. Geniş viral seroloji istendi. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı ve viral serolojisi negatif geldi.
Tanı: Klinik değerlendirme sonrası Stevens-Johnson Sendromu tanısı aldı. Tedavi: Sıvı elektrolit desteği sağlandı. Sistemik Glukokortikoid (GK) 0,5 mg/kg başlandı. Topikal yara bakımı ve göz koruyucu tedavi yapıldı. GK, 3 gün 40 mg sonra 5 gün 64 mg aldı. Hastalık kontrol altına alınınca doz azaltımı yapıldı ve peroral forma geçilerek hasta taburcu edildi. Sonuç: Sulfasalazin, nadiren Stevens-Johnson Sendromu' na yol açabilir. Erken tanı ve müdahale hayati önem taşımaktadır. Bu vakada, PsA tedavisinde kullanılan Sulfasalazin' in potansiyel olarak ciddi yan etkileri vurgulanmaktadır. Hastalar dikkatle izlenmeli ve yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, Sülfasalazin, Stevens-Johnson sendromu

Hasta



BİLDİRİ TAM METİNLERİ

Fibromiyalji Sendromlu Hastaların Sağlık Anksiyetesi Düzeylerinin Belirlenmesi

Determination of Health Anxiety Levels in Patients with Fibromyalgia Syndrome

Köksal Sarıhan[1], Seval Sarıkaya[2]

[1]Maçka Ömer Burhanoğlu Physical Therapy and Rehabilitation Hospital, Physical Medicine and Rehabilitation Clinic, Trabzon, Türkiye
[2]Oltu State Hospital Family Medicine Clinic, Erzurum, Türkiye

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada fibromiyalji sendromu (FMS) olan hastalarda artmış sağlık kaygısı (HA) varlığını ve klinik özelliklerle ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 52 FMS hastası (40,9 ± 7,0) ve 51 sağlıklı gönüllü (39,7 ± 9,5) dahil edildi. Çalışmanın verileri bölgesel bir kamu hastanesinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği polikliniklerinden toplandı. Ağrı için Görsel Analog Skala (VAS), FMS hastalık aktivitesini ölçmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) ve HA düzeylerini değerlendirmek için Sağlık Kaygısı Ölçeği (HAS) uygulandı.

Bulgular: HAS Boyut 1 ve Toplam puanları vaka grubunda daha yüksekti ($p < 0,05$). FMS hastalarında HAS Boyut 2 ile yaş arasında orta düzeyde negatif korelasyon vardı (r: - 0,311). FMS grubunda, HAS Toplam ve Boyut 1 puanları ile toplam hastane başvuru sayısı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardı (sırasıyla r: 0,459, 0,410). FMS grubunda, VAS ağrı puanları ile HAS Toplam, Boyut 1 ve Boyut 2 puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardı (sırasıyla r: 0,406, 0,486, 0,346). FMS grubunda, FIQ puanları ile HAS Toplam, Boyut 1 ve Boyut 2 puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon vardı (sırasıyla r: 0,495, 0,552, 0,311).

Sonuç: FMS hastalarında HA düzeyleri yüksektir ve artan hastane başvurusu ile ilişkilidir. Sağlık kaygısı, özellikle yüksek ağrı skorları ve artan hastalık aktivitesi olan FMS hastalarında tedavi değişikliklerinde dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Fibromiyalji, anksiyete, sağlık anksiyetesi, ağrı

ABSTRACT

Background: In this study, we aimed to evaluate the presence of increased health anxiety (HA) in patients with fibromyalgia syndrome (FMS) and its relationship with clinical features.

Material and Methods: The study included 52 FMS patients (40.9 ± 7.0), and 51 healthy volunteers (39.7 ± 9.5). The data for the study were collected from the physical medicine and rehabilitation and family medicine outpatient clinics of a regional public hospital. Visual Analog Scale (VAS) for pain, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) to measure FMS disease activity and Health Anxiety Scale (HAS) to assess HA levels were applied.

Results: HAS Dimension 1 and Total scores were higher in the case group ($p < 0.05$). There was a moderate negative correlation between HAS Dimension 2 and age in FMS patients (r: - 0.311). In the FMS group, there was a moderate positive correlation between HAS Total and Dimension 1 scores and the total number of hospital admissions (r: 0.459, 0.410, respectively). In the FMS group, there was a moderate positive correlation between VAS pain scores and HAS Total, Dimension 1, and Dimension 2 scores (r: 0.406, 0.486, 0.346, respectively). In the FMS group, there was a moderate positive correlation between FIQ scores and HAS Total, Dimension 1, and Dimension 2 scores (r: 0.495, 0.552, 0.311, respectively).

Conclusion: HA levels are high in FMS patients and are associated with increased hospital admissions. Health anxiety should be especially taken into consideration in treatment changes in FMS patients with high pain scores and increased disease activity.

Keywords: Fibromyalgia, anxiety, health anxiety, pain

GİRİŞ

Bireylerin sağlıkları konusunda özen göstermeleri ve hafif düzeyde endişelenmeleri ihtiyaç olduğunda sağlık hizmet başvurusunda bulunmaları bakımından normaldir. Ancak, geçerli bir neden yokken, abartılı anksiyete duyulması patolojiktir. Bu durum bireyin psikososyal işlevselliğini bozabilir (1,2). Sağlık anksiyetesi (SA), kişide herhangi bir bedensel hastalık bulunmadan olağan bedensel duyumların olumsuz yönde aşırı yorumlanması durumudur (3,4). Bu durum temel olarak hipokondriaziste bulunur. Ancak, diğer somatoform bozukluklarda da yüksek düzeyde olduğu düşünülmektedir (5). SA, anksiyete bozukluklarının oluşumunda yer almaktadır (6). SA, özellikle panik bozukluğunda özel bir role sahiptir ve panik bozukluğunun komplikasyonlarını oluşturmakta etkili olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, obsesif-kompulsif bozukluk ve sosyal fobide bedensel belirtilerle aşırı uğraş da SA' nin bir sonucu olarak gelişmektedir (6).

Fibromiyalji sendromu (FMS); kronik yaygın vücut ağrısı, vücutta hassas noktalar, yorgunluk, sabah tutukluğu, uyku bozukluğu, kognitif işlevlerde bozulma ve anksiyete ile karakterize bir sendromdur (7,8). FMS' nin etiyolojik nedenleri arasında uyku bozuklukları, psikolojik, nörolojik, genetik ve immünolojik faktörler sayılmaktadır (9-11). FMS, psikiyatrik bozukluklarla bağlantılı olan kronik ağrının önemli bir nedenidir (12-17).

FMS hastalarında SA düzeyinin araştırıldığı çalışma sayısı yetersizdir ve eksik konular vardır. Bu çalışmada, FMS' li hastalarda kronik ağrı ve ek psikiyatrik bozukluklar gibi nedenlerle artmış SA varlığını ve bunun klinik özelliklerle ilişkisini değerlendirilmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD

Çalışma kesitsel tipte dizayn edilmiştir. Çalışmaya Amerikan Romatoloji Derneği 2016 Tanı Kriterlerine uyan ardışık 18-65 yaş arası 52 FMS hastası (40,9±7,0) ve 51 sağlıklı gönüllü (39,7±9,5) alınmıştır (18). Çalışma için veriler 2. Basamak sağlık hizmeti sunan bir ilçe devlet hastanesi fiziksel tıp ve rehabilitasyon ve aile hekimliği polikliniklerinde toplanmıştır.

Okuma yazma bilmeyenler, gebe hastalar, kronik psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olanlar, anksiyeteye neden olabilecek ilaç kullananlar ve alkol veya madde kullanım bozukluğu bulunanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışma için öncelikle hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları kaydedilmiştir. Ardından, ek hastalık varlığı, hastalık süresi, son 1 yılda acil servise ve hastanelere başvuru sayısı not edilmiştir. Son olarak; ağrı için Visual Analog Skala (VAS), FMS hastalık aktivitesini ölçmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) ve SA seviyesi ölçümü için Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) uygulanmıştır.

SAÖ, Salkovskis ve arkadaşları (19) tarafından geliştirilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu ölçek 18 madde içermektedir. Her bir maddeden 0-3 puan alınabilir. Ölçek puanı 0-54 arasındadır. Yüksek puan yüksek düzeyde SA' ni göstermektedir. Ölçek 2 boyutlu yapıya sahiptir. Ölçeğin ilk boyutu, ilk 14 maddeyi içermektedir ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin ikinci boyutu ise son 4 maddeyi içermektedir ve hastalığın olumsuz sonuçlarıyla ilişkilidir. Testin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Aydemir ve arkadaşları (3) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91'dir (3). SAÖ, psikiyatri dışı kliniklere başvuran hastalarda SA araştırılmasında fayda sağlamaktadır (3,20).

FMS grubunda hastalık aktivitesi FEA kullanılarak belirlendi. Bu anket 10 farklı başlık içerir. Bunlar; iyilik hali, fiziksel engellilik, iş günü kaybı ve iş yapılabilen gün sayısını değerlendirir. Toplam puan 0 ile 100 arasında değişir. Anketten alınan yüksek puan artmış etkilenimi gösterir. FEA'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Sarmer ve ark.(21) tarafından yapılmıştır.

Çalışma için etik onay bir üniversite hastanesi etik kurulundan B.30.2.ATA.0.01.00/200 sayısı ile alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesine uygun şekilde yürütülmüştür.

İstatiksel Analiz

İstatistikler analizler SPSS 23.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı ve numerik verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerine göre belirlendi. Numerik değişkenlerin kategorik değişkenlerle ilişkisi, Bağımsız örneklemde T testi, Mann-Whitney u testi, Kruskal Wallis testi ve ANOVA testi kullanılarak incelendi. Numerik değişkenlerin birbiri ile ilişkisi Pearson ve Spearman korelasyon analizleri ile kategorik değişkenlerin birbiri ile ilişkisi ise Ki-kare testi ile değerlendirildi. Kategorik veriler sayı (yüzde), numerik veriler ortalama±standart sapma veya ortanca [çeyrekler arası açıklık] şeklinde ifade edildi. İstatistikler anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

BULGULAR

Vaka ve kontrol grubu yaş ortalamaları sırayla; 40,9±7,0 ve 39,7±9,5 idi. Evli olanların oranı vaka grubunda daha yüksekti (p<0,001). VAS ile belirlenen ağrı skorları vaka grubunda daha yüksekti (p<0,001). FEA skorları vaka grubunda daha yüksekti (p<0,001). SAÖ Boyut 1 ve Toplam skorları vaka grubunda daha yüksekti (sırasıyla p: 0,015 ve p: 0,028). Bakılan diğer parametrelerde iki grup arasında fark yoktu (Tablo 1).

Tablo 1: Vaka ve Kontrol Grubunun Klinik Özellikleri

	Vaka Grubu (n:52)	Kontrol Grubu (n:51)	p değeri
Yaş	40,9±7,0	39,7±9,5	0,497*
Cinsiyet			0,966**
Kadın	44 (84,6)	43 (84,3)	
Erkek	8 (15,4)	8 (15,7)	
Medeni Durum			**<0,001****
Evli	45 (86,5)	27 (52,9)	
Bekar	7 (13,5)	24 (47,1)	
Eğitim Durumu			0,261**
İlkokul ve Altı	22 (42,3)	14 (27,5)	
Ortaokul ve Lise	17 (32,7)	19 (37,3)	
Üniversite	13 (25,0)	18 (35,3)	
Hastane Başvuru Sayısı	4 [8]	4 [7]	0,992***
Acil Başvuru Sayısı	1 [2]	1 [2]	0,334***
VAS Ağrı Skoru	7,5±1,9	2,9±3,0	**<0,001***
FEA Skoru	55,3±17,1	35,1±18,8	**<0,001***
SAÖ Boyut 1 Skoru	14,5 [15]	12 [7]	**0,015*****
SAÖ Boyut 2 Skoru	4 [5]	3 [3]	0,147***
SAÖ Toplam Skoru	18 [14]	15 [8]	**0,028*****
*t testi **ki-kare testi ***mann-whitney u testi			

VAS: Vizual Analog Skala, FEA:Fibromiyalji Etki Anketi, SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

FMS hastalarında SAÖ boyut 2 ile yaş arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişki vardı. FMS grubunda SAÖ toplam ve Boyut 1 skorları ile hastane toplam başvuru sayıları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardı. FMS grubunda VAS ağrı skorları ile SAÖ toplam, Boyut 1 ve Boyut 2 skorları pozitif yönlü orta düzeyde ilişkili idi. FMS grubunda FEA skorları ile SAÖ toplam, Boyut 1 ve Boyut 2 skorları arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardı. Bakılan diğer parametrelerde ilişki yoktu (Tablo 2).

Tablo 2: FMS Hastalarında SAÖ Alt Ölçek ve Toplam Skorları ile İlişkili Durumlar (n:52)

	SAÖ Toplam Skoru		SAÖ Boyut 1 Skoru		SAÖ Boyut 2 Skoru	
	r değeri veya ortanca [çeyrekler arası açıklık]	p değeri	r değeri veya ortanca [çeyrekler arası açıklık]	p değeri	r değeri veya ortanca [çeyrekler arası açıklık]	p değeri
Yaş	-0,118	0,405*	-0,130	0,358*	**-0,311**	**0,025***
Cinsiyet		0,512***		0,345***		0,799**
Kadın	18,5 [14]		15 [15]		4 [5]	
Erkek	16 [22]		13 [15]		3,5 [7]	
Eğitim Durumu		0,660****		0,647****		0,185***
İlkokul ve Altı	17,5 [22]		14 [17]		5 [6]	
Ortaokul ve Lise	19 [12]		17 [9]		4 [4]	
Üniversite	17 [13]		14 [13]		3 [5]	
Hastalık Süresi	0,132	0,351**	0,177	0,208**	0,023	0,873*
Hastane Başvuru Sayısı	**0,459**	**0,001****	**0,410**	**0,003****	0,218	0,120*
Acil Başvuru Sayısı	0,120	0,395**	0,125	0,377**	0,196	0,164*
VAS	**0,406**	**0,003***	**0,486**	**<0,001***	**0,346**	**0,012***
FEA	**0,495**	**<0,001***	**0,552**	**<0,001***	**0,311**	**0,025***
*pearson korelasyon analizi **spearman ***t testi ****anova						

VAS: Vizual Analog Skala, FEA:Fibromiyalji Etki Anketi, SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

TARTIŞMA

Çalışmamızda temel olarak FMS hastalarında kontrol grubuna göre SA' nin daha yüksek olduğunu, bunun hastane başvuru sayısı, hastalık aktivitesi ve ağrı düzeyleri ile ilişkili olduğunu tespit ettik.

Hastanelere veya tıbbi kliniklere kabul edilen hastalarla (n = 28.991) yapılan büyük ölçekli bir çalışma, SA prevalansının en yüksek oranda nöroloji kliniklerine (%24,7) başvuranlarda olduğunu, bunu solunum hastalıkları (%20,9), gastroenteroloji (%19,5) ve kardiyoloji (%19,1) kliniklerinin takip ettiğini göstermiştir (20). FMS, romatolojik hastalıklar ve kronik ağrı yapabilecek diğer kas-iskelet sistemi bozuklukları nedeniyle fiziksel tıp ve rehabilitasyon klinikleri de yüksek oranda SA olabilecek bölümlerdendir. Bir çalışmada FMS ve RA hastalarında sağlıklı gönüllülere göre SA düzeyi karşılaştırılmıştır (7). Bu çalışmada hem FMS hem de RA hastalarında kontrol grubuna göre artmış SA olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda FMS hastalarında SA düzeylerinin RA hastalarına göre fazla olduğu saptanmıştır.

Bir çalışmada miyofasyal ağrı sendromu olan hastalarda kontrol grubuna göre artmış SA düzeyi saptanmıştır (22). Kronik hastalığı olan bireylerin SA düzeyinin yüksek olduğu farklı çalışmalarla ortaya konmuştur (2,23,24). Biz de çalışmamızda kontrol grubuna göre artmış SA düzeyi saptadık. Çalışmamızda, FMS'li hastalarda sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında artan SA düzeyleri, hastaların ağrı algısının artması, yaşam standardının azalması ve bunun sonucunda semptomların somatizasyonundan kaynaklanıyor olabilir.

FMS hastalarında hastalık aktivitesi ile SA arasında ilişki saptadık. Bir çalışmada da FMS hastalarında hastalık aktivitesi ile SA düzeyi ilişkili bulunmuştur (8). Bu beklenen bir bulgu olabilir. Çünkü, psikiyatrik bozukluklar ve ağrı FMS' nin önemli komponentleridir ve bunlar SA ile genel olarak ilişkili bulunmuştur (7,8,22,25,26). FMS hastalarında hastalık aktivitesi arttıkça SA düzeyi de artmaktadır.

Çalışmanın güçlü yönü FMS hastalarında SA ile hastane başvuru sayısı arasındaki ilişkiyi tespit eden ilk çalışma olmasıdır. Çalışmamızın kısıtlılığı ise nispeten küçük hasta popülasyonunda çalışmayı yürütmemizdir.

FMS hastalarında SA düzeyi fazladır ve SA artmış hastane başvurusu ile ilişkilidir. Bu da sonuç olarak artmış hasta maliyetine ve olumsuz tıbbi sonuçlara neden olabilir. Bu nedenle, FMS hastalarına hastalıklarının takibinde yardımcı olmak amacıyla, ağrı toleranslarını geliştirecek, semptomlarını abartmadan değerlendirebilecekleri ve dolayısıyla iyileşmelerine katkı sağlayacak psikiyatrik destek verilmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Bradley LA, Mckendree-Smith NL. Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychologic treatment approaches. Curr Opin Rheumatol. 2002; 14: 45–51.

2. Kalmaz A, Temel M. Rational Drug Use, Health Anxiety and Cyberchondria in Individuals with and without Chronic Disease. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2024: 8(1); 42-54.

3. Aydemir Ö, Kırpınar İ, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. Archives of Neuropsychiatry. 2013; 50: 325-31.

4. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Gullickson K. Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. Psychol Health Med. 2014; 19(5): 525-35. doi: 10.1080/13548506.2013.845300. Epub 2013 Oct 9. PMID: 24102547.

5. Noyes R Jr, Stuart SP, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Müller BA, Yagla SJ. Test on an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosom Med. 2003; 65: 292-300.

6. Norton PJ, Sexton KA, Walker JR, Norton GR. Hierarchical model of vulnerabilities for anxiety: replication and extension with a clinical sample. Cogn Behav Ther. 2005; 34: 50-63.

7. Karakoyun A, Yüksel A, Bahadır-Yılmaz E. Determination of Health Anxiety and Resilience Levels in Patients with Fibromyalgia Syndrome and Rheumatoid Arthritis During SARS-CoV-2 Pandemic: A Case–Control Study. Alpha Psychiatry. 2022; 23(3): 106-12.

8. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül Aİ, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. Journal of International Medical Research. 2015; 43(5) :679–85.

9. Montesó-Curto P, Toussaint L, Kueny A, Ruschak I, Lunn S, Rosselló L, et al. Emotional experiences and gender roles of men with fibromyalgia syndrome: a cross-cultural qualitative study. Front Med (Lausanne). 2024 May 20; 11: 1286729. doi: 10.3389/fmed.2024.1286729. PMID: 38831991; PMCID: PMC11144921.

10. Sarı N, Kulaklı S, Oğuz ID, Akşan B, Sarı İF. Evaluation of fibromyalgia frequency and quality of life in Notalgia paresthetica patients. Arch Dermatol Res. 2024 Jun 1; 316(6): 317. doi: 10.1007/s00403-024-03027-8. PMID: 38822886; PMCID: PMC11144133.

11. Matei D, Trăistaru R, Pădureanu V, Avramescu TE, Neagoe D, Genunche A, Amzolini A. The Efficiency of Kinesiotherapy versus Physical Modalities on Pain and Other Common Complaints in Fibromyalgia. Life (Basel). 2024 May 8; 14(5): 604. doi: 10.3390/life14050604. PMID: 38792625; PMCID: PMC11122147.

12. Alok R, Das SK, Agarwal GG, Salwahan L, Srivastava R. Relationship of severity of depression, anxiety and stress with severity of fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol. 2011 Nov-Dec; 29(6 Suppl 69): S70-2. Epub 2012 Jan 3. PMID: 22243551.

13. Bennett RM. Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense. Rheum Dis Clin North Am. 1993 Feb; 19(1): 45-59. PMID: 7689237.

14. Dönmez S, Pamuk ÖN, Ümit EG, Top MŞ. Autoimmune rheumatic disease associated symptoms in fibromyalgia patients and their influence on anxiety, depression and somatisation: a comparative study. Clin Exp Rheumatol. 2012 Nov-Dec; 30(6 Suppl 74): 65-9. Epub 2012 Dec 14. PMID: 23137613.

15. Kashikar-Zuck S, Thomas S, Bonnette S, Gibler RC, DiCesare C, Schille A, Hulburt T, Briggs MS, Ounpuu S, Myer GD; FIT Teens Clinical Trial Study Group. Comparison of Pain Characteristics, Strength, and Movement Patterns in Adolescents with Juvenile Fibromyalgia and High versus Low Fear of Movement. J Pain. 2024 May 30: 104586. doi: 10.1016/j.jpain.2024.104586. Epub ahead of print. PMID: 38823603.

16. Fernández-Palacios FG, Pacho-Hernández JC, Fernández-de-Las-Peñas C, Gómez-Calero C, Cigarán-Méndez M. Evaluation of Cognitive Performance in Patients with Fibromyalgia Syndrome: A Case-Control Study. Life (Basel). 2024 May 20; 14(5): 649. doi: 10.3390/life14050649. PMID: 38792669; PMCID: PMC11122595.

17. Basakci Calik B, Gur Kabul E, Keskin A, Tayfun Ozcan N, Cobankara V. Is connective tissue massage effective in individuals with fibromyalgia? J Bodyw Mov Ther. 2024 Apr; 38: 162-7. doi: 10.1016/j.jbmt.2023.09.006. Epub 2023 Dec 27. PMID: 38763557.

18. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016 Dec; 46(3): 319-29. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27916278.

19. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med. 2002; 32: 843-53.

20. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. J Psychosom Res. 2011; 71: 392-4.

21. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. Rheumatol Int. 2000; 20(1): 9-12.

22. Gül Aİ, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö. The Relationship Between Myofascial Pain Syndromes and Health Anxiety. International Journal of Clinical Research. 2014; 2(3): 89-92.

23. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. J Int Med Res. 2019 Oct; 47(10): 4854-61. doi: 10.1177/0300060519872310. Epub 2019 Sep 6. PMID: 31638465; PMCID: PMC6997781.

24. Esen AD, Kafadar D, Arıca S. Sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sağlık anksiyetesi ölçeği ile değerlendirilmesi. Euras J Fam Med. 2018; 7(1): 5-13.

25. Karahroodi SG, Azar FS. Comparison of health anxiety, sleep and life quality in people with and without chronic pain. J Anesthesiol Pain. 2020; 10(4): 63-76.

26. Rask CU, Munkholm A, Clemmensen L, Rimvall MK, Ørnbøl E, Jeppesen P, et al. Health Anxiety in Preadolescence--Associated Health Problems, Healthcare Expenditure, and Continuity in Childhood. J Abnorm Child Psychol. 2016; 44(4): 823–32.

Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Santral Sensitizasyon, Nöropatik Ağrı ve Manyetik Rezonans Görüntüleme Sonuçları Arasındaki Ilişkinin Araştırılması

Yahya Doğan, MD [1,2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye
[2]Kocaeli Şehir Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kocaeli, Türkiye

Amaç:
Bu çalışmanın amacı, kronik bel ağrısı (KBA) olan hastalarda nöropatik ağrı ve santral sensitizasyonun varlığını araştırmak ve bunların ağrı şiddeti, demografik özellikler ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile ilişkisini incelemektir.

Yöntem:
Tek merkezli, kesitsel ve gözlemsel olarak tasarlanan bu çalışmaya KBA tanısı almış 136 yetişkin hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedilmiş; ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS) ile, nöropatik ağrı Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4) ölçeğiyle ve santral sensitizasyon Santral Sensitizasyon Ölçeği (SSÖ) ile değerlendirilmiştir. MRG bulgularını derecelendirmek için disk herniasyon tipi, etkilenen disk seviyeleri, darlık veya sinir basısının varlığı ve dejeneratif değişikliklere dayalı yeni bir puanlama sistemi (0-9 puan) geliştirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç:
SSÖ skoru ≥40 olan hastalar, daha yüksek VAS ($p<0.001$) ve DN4 ($p<0.001$) skorlarına sahipti. SSÖ ≥40 grubunun MRG puanları, SSÖ <40 grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0.047$). DN4 skoru ≥4 olan hastalarda ileri yaş ($p=0.036$), daha yüksek ağrı şiddeti ($p=0.007$) ve daha yüksek SSÖ skorları ($p<0.001$) ile anlamlı ilişki bulunurken, MRG puanlarında anlamlı fark gözlenmedi ($p=0.770$).
Santral sensitizasyon ve nöropatik ağrı, KBA olan hastalarda ağrı şiddeti ile güçlü bir ilişki göstermektedir. Ancak, MRG bulgularının yoğunluğunun bu klinik parametrelerle her zaman pozitif korelasyon göstermediği görülmektedir. KBA'nın karmaşık yapısını anlamak ve uygun tedavi stratejileri belirlemek için daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik bel ağrısı, lomber spinal manyetik rezonans görüntüleme, nöropatik ağrı, Santral sensitizasyon ölçeği

Investigation of the Relationship Between Central Sensitization, Neuropathic Pain, and Magnetic Resonance Imaging Findings in Patients with Chronic Low Back Pain

Yahya Doğan, MD [1,2]

1 Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences Kocaeli Derince Training and Research Hospital, Kocaeli, Turkey
2 Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kocaeli City Hospital, Kocaeli, Turkey

Objective:
The aim of this study was to investigate the presence of neuropathic pain and central sensitization in patients with chronic low back pain (CLBP) and to examine their relationship with pain severity, demographic characteristics, and magnetic resonance imaging (MRI) findings.

Methods:
This single-center, cross-sectional, observational study included 136 adult patients diagnosed with CLBP. Demographic and clinical data were recorded; pain severity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS), neuropathic pain was evaluated with the Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4) questionnaire, and central sensitization was measured using the Central Sensitization Inventory (CSI). A novel scoring system (0-9 points) was developed to grade MRI findings based on the type of disc herniation, affected disc levels, presence of stenosis or nerve compression, and degenerative changes.

Results and Conclusion:
Patients with a CSI score ≥40 had significantly higher VAS ($p<0.001$) and DN4 ($p<0.001$) scores. The MRI scores of the CSI ≥40 group were significantly lower than those of the CSI <40 group ($p=0.047$). In patients with a DN4 score ≥4, there was a significant association with older age ($p=0.036$), higher pain severity ($p=0.007$), and higher CSI scores ($p<0.001$), whereas no significant difference was observed in MRI scores ($p=0.770$).
Central sensitization and neuropathic pain show a strong relationship with pain severity in patients with CLBP. However, the intensity of MRI findings does not always positively correlate with these clinical parameters. Further research is needed to better understand the complex nature of CLBP and to develop appropriate treatment strategies.

Keywords: Central Sensitization Inventory, chronic low back pain, lumbar spinal magnetic resonance imaging, neuropathic pain

Investigation of the Relationship Between Central Sensitization, Neuropathic Pain, and Magnetic Resonance Imaging Findings in Patients with Chronic Low Back Pain

Yahya Doğan, MD [1,2]

1 Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences Kocaeli Derince Training and Research Hospital, Kocaeli, Turkey
2 Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kocaeli City Hospital, Kocaeli, Turkey

Introduction:
Chronic low back pain (CLBP) is a major health issue with social and economic consequences, affecting 3 out of 4 adults at some point (1). Nonspecific low back pain encompasses nociceptive, neuropathic (radicular), and sometimes nociplastic pain, often coexisting and leading to diverse clinical presentations (2). Nociceptive pain arises from damage to non-neural tissues, activating nociceptors in response to harmful stimuli (1, 3). Identifying the nociceptive source is challenging in most cases (3). Lumbar radiculopathy is classified as neuropathic pain, while myofascial pain is nociceptive (1, 2). In ~85% of patients, no clear pathological-anatomical cause is found (4).
Neuropathic low back pain, commonly due to herniated nucleus pulposus and spinal stenosis, involves burning sensations, pins and needles, numbness, and electric shock-like pain (5, 6). Diagnosis combines anamnesis, physical examination, MRI, EMG, and tools like DN-4 and LANSS scales (1-3, 7-9).
Central sensitization (CS), a key factor in chronic pain, results from an amplified response to normal stimuli and is linked to conditions like fibromyalgia, chronic neck pain, and CLBP (10-12). The Central Sensitization Inventory (CSI) is a 25-item tool for CS evaluation (13). Nociplastic pain, distinct from nociceptive and neuropathic pain, arises from altered sensory processing, often involving CS, and may coexist with other pain types (2, 10, 11).
Routine imaging isn't always required for CLBP, though MRI, CT, and X-rays are commonly used (2, 4, 14). There is a lack of practical scoring systems to link MRI findings with clinical outcomes (14, 15).
This study aimed to investigate neuropathic pain and CS in CLBP patients and explore their relationship with pain severity, demographics, and MRI findings.

Materials and Methods:
This cross-sectional, observational, single-center study included 136 adult patients presenting to a tertiary hospital's Physical Medicine and Rehabilitation outpatient clinic with low back pain lasting over 3 months between October 2024 and January 2025. Exclusion criteria were malignancy, terminal organ failure, inflammatory, neurological, or infectious diseases, prior lumbar spine surgery, psychiatric or cognitive impairments, and lack of consent.
Age, gender, BMI, occupation, and medical history were recorded. Visual Analogue Scale (VAS): Assessed average pain over the past month on a 100-mm scale. DN4 Questionnaire: Identified neuropathic pain through 10 items; scores ≥4 indicated neuropathic pain. Central Sensitization Inventory (CSI): Part A assessed CS symptoms, with scores ≥40 indicating CS.
MRI Results: Evaluated independently by a PM&R specialist and radiologist. A novel scoring system (0–9) was developed, assessing herniation severity, number of affected levels, stenosis, and degenerative changes (Table 1).
Sample size was calculated using G*Power, based on previous data showing differences in pain intensity between CS and non-CS groups (Cohen's d = 0.435), requiring 136 participants for 80% power at α=0.05. IBM SPSS 23.0 was used for analyses. Normality was assessed with Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk tests. Non-normally distributed data were analyzed with Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, and Spearman's correlation tests, with $p < 0.05$ considered significant.

Results:
A total of 136 CLBP patients participated, with a mean age of 45.66 ± 13.58 years. The median BMI was 28.18 (range 16.02-46.22) kg/m², and the sample consisted of 78 females (57.4%) and 58 males (42.6%). Hypertension (11.8%), diabetes mellitus (6.6%), and heart disease (7.4%) were the most common comorbidities.
The average VAS score for pain was 6.05 ± 1.75, while the median CSI score was not specified, and the DN4 score was 3 (range 0-10). MRI findings showed disc protrusion (51.5%) and bulging (32.4%) as the most common abnormalities. Significant differences between males and females were found in pain severity (VAS, $p<0.001$), central sensitization (CSI, $p<0.001$), and neuropathic pain (DN4, $p=0.010$), with females reporting more severe symptoms. No significant differences were noted between genders in MRI scores ($p=0.358$), BMI ($p=0.972$), or comorbidity prevalence (Table 3).

Patients with a CSI score ≥40 (n=58) reported higher VAS (p<0.001) and DN4 scores (p<0.001) compared to those with a CSI score <40. MRI scores were lower in the CSI ≥40 group (p=0.047) (Table 4). Patients with a DN4 score ≥4 (n=53) were older (p=0.036), had higher VAS scores (p=0.007), and showed greater central sensitization (CSI, p<0.001), but MRI scores did not differ (p=0.770) (Table 5). No significant differences in MRI scores across central sensitization levels (p=0.221) were found. Spearman's correlation showed a moderate positive correlation between age and MRI score (rho=0.367, p<0.001) and a weak negative correlation between CSI and MRI score (rho=-0.180, p=0.036) (Table 6).

Discussion and Conclusion:

This study aimed to explore neuropathic pain and central sensitization (CS) in CLBP patients, revealing a high CS prevalence (42.6%) and its strong correlation with increased pain intensity and neuropathic pain characteristics. A weak negative correlation was found between MRI results and central sensitization. Our findings are consistent with literature reporting varied CS prevalence, suggesting CS's significant role in chronic low back pain (CLBP) development (10, 16). Neuropathic pain was identified in 39% of our sample, aligning with studies showing prevalence ranging from 16.7% to 54.4% (17). The co-occurrence of CS and neuropathic pain suggests interaction in CLBP severity and persistence.

The lack of a strong correlation between MRI findings and pain severity is well-documented, reinforcing the idea that structural abnormalities do not always predict pain intensity (18). Interestingly, higher CSI scores were linked to lower MRI scores, suggesting that in patients with significant CS, peripheral abnormalities may play a lesser role in pain perception. This has treatment implications, suggesting central mechanism-focused interventions may be more effective than those targeting structural abnormalities (19). No significant relationship was found between MRI scores and central sensitization severity.

Our MRI scoring system offers a quantitative method for assessing imaging findings but requires further validation. Integrating advanced imaging techniques could enhance our understanding of CLBP (20, 21). The observed gender differences in pain perception and CS are consistent with previous studies (10, 22), highlighting the need to consider gender in treatment.

This study highlights the importance of central sensitization and neuropathic pain in CLBP pathophysiology. Although imaging findings are valuable for ruling out pathologies, their limited correlation with pain and central sensitization emphasizes the need for a multimodal approach in CLBP treatment. Further research is needed to refine diagnostic tools and evaluate targeted interventions for this complex condition.

References

1. Nijs J, Apeldoorn A, Hallegraeff H, Clark J, Smeets R, Malfliet A, et al. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. Pain Physician. 2015;18(3):E333-46.
2. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. Lancet. 2021;398(10294):78-92.
3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet. 2018;391(10137):2356-67.
4. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006;15 Suppl 2(Suppl 2):S192-300.
5. Baron R, Binder A, Attal N, Casale R, Dickenson AH, Treede RD. Neuropathic low back pain in clinical practice. Eur J Pain. 2016;20(6):861-73.
6. Nijs J, Kosek E, Chiarotto A, Cook C, Danneels LA, Fernández-de-Las-Peñas C, et al. Nociceptive, neuropathic, or nociplastic low back pain? The low back pain phenotyping (BACPAP) consortium's international and multidisciplinary consensus recommendations. Lancet Rheumatol. 2024;6(3):e178-e88.
7. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain. 2005;114(1-2):29-36.
8. Attal N, Perrot S, Fermanian J, Bouhassira D. The neuropathic components of chronic low back pain: a prospective multicenter study using the DN4 Questionnaire. J Pain. 2011;12(10):1080-7.
9. Bennett M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. Pain. 2001;92(1-2):147-57.
10. Yücel FN, Sanal-Toprak C. Central sensitization-related symptoms and their relationship to disability in prevalent chronic musculoskeletal pain: A cross-sectional study. Musculoskelet Sci Pract. 2024;73:103147.
11. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. Lancet. 2021;397(10289):2098-110.
12. Sanzarello I, Merlini L, Rosa MA, Perrone M, Frugiuele J, Borghi R, Faldini C. Central sensitization in chronic low back pain: A narrative review. J Back Musculoskelet Rehabil. 2016;29(4):625-33.
13. Mayer TG, Neblett R, Cohen H, Howard KJ, Choi YH, Williams MJ, et al. The development and psychometric validation of the central sensitization inventory. Pain Pract. 2012;12(4):276-85.
14. Din RU, Cheng X, Yang H. Diagnostic Role of Magnetic Resonance Imaging in Low Back Pain Caused by Vertebral Endplate Degeneration. J Magn Reson Imaging. 2022;55(3):755-71.
15. Brinjikji W, Diehn FE, Jarvik JG, Carr CM, Kallmes DF, Murad MH, Luetmer PH. MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. AJNR Am J Neuroradiol. 2015;36(12):2394-9.
16. Roldán-Jiménez C, Pérez-Cruzado D, Neblett R, Gatchel R, Cuesta-Vargas A. Central Sensitization in Chronic Musculoskeletal Pain Disorders in Different Populations: A Cross-Sectional Study. Pain Med. 2020;21(11):2958-63.
17. Fishbain DA, Cole B, Lewis JE, Gao J. What is the evidence that neuropathic pain is present in chronic low back pain and soft tissue syndromes? An evidence-based structured review. Pain Med. 2014;15(1):4-15.
18. Kasch R, Truthmann J, Hancock MJ, Maher CG, Otto M, Nell C, et al. Association of Lumbar MRI Findings with Current and Future Back Pain in a Population-based Cohort Study. Spine (Phila Pa 1976). 2022;47(3):201-11.
19. Hanscom DA, Brox JI, Bunnage R. Defining the Role of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Chronic Low Back Pain: An Overview. Global Spine J. 2015;5(6):496-504.
20. Oikawa Y, Eguchi Y, Inoue G, Yamauchi K, Orita S, Kamoda H, et al. Diffusion tensor imaging of lumbar spinal nerve in subjects with degenerative lumbar disorders. Magn Reson Imaging. 2015;33(8):956-61.
21. Hughes SW, Hellyer PJ, Sharp DJ, Newbould RD, Patel MC, Strutton PH. Diffusion tensor imaging reveals changes in microstructural integrity along compressed nerve roots that correlate with chronic pain symptoms and motor deficiencies in elderly stenosis patients. Neuroimage Clin. 2019;23:101880.
22. Malfliet A, De Pauw R, Kregel J, Coppieters I, Meeus M, Roussel N, et al. Gender Differences in the Association of Brain Gray Matter and Pain-Related Psychosocial Characteristics. Pain Physician. 2019;22(3):E191-e203.

Tables
Table 1: Lumbar Spine MRI-Based Scoring System for Low Back Pain

Table 1: Lumbar Spine MRI-Based Scoring System for Low Back Pain		
Criteria	**Findings**	**Score**
1. Type of Herniation	No herniation	0
	Bulging	1
	Protrusion	2
	Extrusion and sequestration	3
2. Number of Affected Discs	1–2 levels	1
	3–5 levels	2
3. Presence of Narrowing and Compression	Foraminal stenosis, spinal stenosis	1
	Nerve compression	2
4. Presence of Degenerative Changes	None or minimal changes	0
	Moderate changes	1
	Severe changes	2
Minimum score: 0 Maximum score: 9		

Table 2: Patient Characteristics, Outcome Measures, and MRI Findings

		N=136					
Patient characteristics							
Age (year)		45.66 ± 13.58					
Body Mass Index (kg/m^2)		28.18 (16.02-46.22)					
Gender (n, %)	Female	78 (57.4%)					
	Male	58 (42.6%)					
Presence of comorbidity (n, %)							
Hypertension		16 (11.8%)					
Diabetes mellitus		9 (6.6%)					
Heart diseases		10 (7.4%)					
Outcome measures							
Visual analog scale (0-10)		6.05 ± 1.75					
Central Sensitization Inventory (0-100)		37.25 ± 17.09					
Douleur Neuropathique-4 (0-10)		3 (0-10)					
MRI characteristics (n, %)		None	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
Bulging		44 (32.4%)	27 (19.9%)	34 (25%)	18 (13.2%)	9 (6.6%)	4 (2.9%)
Protrusion		70 (51.5%)	31 (22.8%)	24 (17.6%)	7 (5.1%)	4 (2.9%)	
Extrusion		128 (94.1%)	8 (5.9%)				
MRI score (0-9)		4 (0-8)					
Data are shown as means with standard deviation or medians (min-max) unless otherwise stated.							

Table 3: Gender-Based Differences in Patient Characteristics and Outcome Measures

N=136	**Female (n= 78)**	**Male (n= 58)**	**p***
	Median (min-max)		
Age (year)	48.5 (19-83)	43.5 (18-74)	0.067
Body Mass Index (kg/m^2)	27.83 (16.02-46.22)	28.32 (18.14-41.66)	0.972
Visual analog scale (0-10)	7 (2-10)	5 (2-9)	**<0.001**
Douleur Neuropathique-4 (0-10)	3 (0-10)	2 (0-7)	**0.010**
MRI score (0-9)	4 (0-7)	5 (0-8)	0.358
Central Sensitization Inventory (0-100)	45 (12-82)	28 (0-53)	**<0.001**
*: Mann Whitney-u test			

Table 4: Comparison of Characteristics by Central Sensitization Inventory Score

N=136	**Central Sensitization Inventory ≥ 40 (n= 58, 42.6%)**	**Central Sensitization Inventory < 40 (n= 78, 57.4%)**	**p***
	Median (min-max)		
	52.5 (40-82)	28 (0-39)	**<0.001**
Age (year)	46.5 (19-75)	46 (18-83)	0.525
Body Mass Index (kg/m^2)	27.16 (16.02-46.22)	28.39 (18.14-38.77)	0.437
Visual analog scale (0-10)	7 (4-10)	5 (2-9)	**<0.001**
Douleur Neuropathique-4 (0-10)	4 (0-10)	2 (0-7)	**<0.001**
MRI score (0-9)	4 (0-7)	5 (0-8)	**0.047**
*: Mann Whitney-u test			

Table 5: Comparison of Characteristics by Douleur Neuropathique-4 Score

N=136	**Douleur Neuropathique-4 (≥ 4) (n= 53, 39%)**	**Douleur Neuropathique-4 (<4) (n= 83, 61%)**	**p***
	Median (min-max)		
	5 (4-10)	1 (0-3)	**<0.001**
Age (year)	51 (21-75)	44 (18-83)	**0.036**
Body Mass Index (kg/m^2)	27.24 (16.02-46.22)	28.44 (20.81-38.77)	0.424
Visual analog scale (0-10)	7 (3-10)	5 (2-9)	**0.007**
Central Sensitization Inventory (0-100)	48 (11-82)	31 (0-75)	**<0.001**
MRI score (0-9)	4 (0-7)	4 (0-8)	0.770
*: Mann Whitney-u test			

Tablo 6: Correlation Between Characteristics and MRI Score

N= 136		Age	Body Mass Index	Visual analog scale	Central Sensitization Inventory	Douleur Neuropathique 4
MRI score	rho	0.367	0.079	0.075	-0.180	0.065
	p	**<0.001**	0.359	0.382	**0.036**	0.451
*: Spearman test						

Hastanemiz El Rehabilitasyon Polikliniğine Başvuran Distal Radius Kırıklı Hastaların İncelenmesi: Retrospektif Bir Çalışma

Cevriye Mülkoğlu[1], Nadide Koca[1], Muhammet Tahir Kan[1], Ayşenur Baş[1], Banu Ordahan[2]

[1] SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye
[2] Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya

Özet

Amaç: Çalışmamızın amacı, El Rehabilitasyon Polikliniğimize başvuran DRK'lı hastaları retrospektif olarak incelemek ve klinisyenlere fonksiyonel bozukluk, yaşam kalitesi ve iş gücü kaybına neden olan bu kırıklarda rehabilitasyonun önemini hatırlatmaktır.
Gereç-Yöntem: Eylül 2022-Ekim 2024 tarihleri arasında El Rehabilitasyon Polikliniğimize başvuran ve hastanemiz otomasyon sisteminden bilgisayar ortamında taranan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Toplam 91 hastaya DRK'ı tanısı konuldu. Hastaların yaş ortalaması 53.3±12.2 yıldı. Hastaların %60.4'ü (n:55) kadın, %39.6'sı (n:36) erkekti. Hastaların %95.6'sında (n:87) kırık nedeni düşme idi. Hastaların %79,1'inde (n:72) eşlik eden kırık yoktu. %61,5 (n:56) hasta konservatif olarak, %38,5 ise (n:35) cerrahi olarak tedavi edildi. Ortalama immobilizasyon süresi 36,3±8,5 gündü. Hastaların % 40.7'sinde (n:37) kırık sonrası kompleks bölgesel ağrı sendromu gelişti.

Tartışma: Yaşlı erişkinlerde DRK'larının en sık nedeni ayakta dururken düşmeye bağlı düşük enerjili travmadır. Hastalarımızın yaş ortalaması 53.3±12.2 yıldı ve çoğu (n:55) kadındı. Hastaların 87'sinde kırığın nedeni düşme idi. DRK'larının çoğu konservatif olarak tedavi edilir. Bu genellikle, eğer yer değiştirmişse kırığın redüksiyonunu ve ön kolun yaklaşık 6 hafta alçı veya atel içinde immobilizasyonunu içerir. Bizim de hastalarımızın çoğu (%61,5) konservatif olarak tedavi edilmiştir. Ortalama immobilizasyon süresi ise 36.3±8.5 gündü.

Sonuç: Çalışmamızda, DRK'ları çoğunlukla kadın hastalarda düşmeye sekonder olarak gelişmiştir. Bu kırıklar genellikle konservatif olarak tedavi edilmiştir. Kompleks bölgesel ağrı sendromu; DRK'ı sonrası azımsanmayacak oranda görülebilen komplike bir klinik durumdur.
Anahtar kelimeler: Distal radius kırığı, fizik tedavi, rehabilitasyon, immobilizasyon, fonksiyonel bozukluk

Abstract
Aim: The aim of our study was to retrospectively analyze the patients with DRFs admitted to our Hand Rehabilitation Outpatient Clinic and to remind clinicians of the importance of rehabilitation in these fractures that cause functional impairment, quality of life and loss of labor.

Materials and Methods: Patients who applied to our Hand Rehabilitation Outpatient Clinic with diagnosis of DRFs between September 2022 and October 2024 and who were scanned from the automation system of our hospital were included in the study.

Results: A total of 91 patients were detected with DRF. The mean age of the patients was 53.3±12.2 years. 60.4% (n:55) were female and 39.6% (n:36) were male. Fall was the cause of fracture in 95.6% (n:87) of the patients. There were no concomitant fractures in 79.1% (n:72) of the patients. 61.5% (n:56) patients were treated conservatively and 38.5% (n:35) were treated surgically. The mean immobilization period was 36.3±8.5 days. Complex regional pain syndrome developed in 40.7% (n:37) of the patients after DRF.

Discussion: The most common cause of DRFs in older adults is low-energy trauma due to a fall while standing. The mean age of our patients was 53.3±12.2 years and most of them (n:55) were female. Fall was the cause of fracture in 87 patients. Most DRFs are treated conservatively. This usually involves reduction of the fracture, if displaced, and immobilization of the forearm in a cast or splint for about 6 weeks. Most of our patients (61.5%) were treated conservatively. The mean duration of immobilization was 36.3±8.5 days.

Conclusion: In our study, DRFs were mostly secondary to falls in female patients. These fractures were usually treated conservatively. Complex regional pain syndrome is a complicated clinical condition that can be seen in a considerable proportion after DRF.

Key words: Distal radius fracture, physical therapy, rehabilitation, immobilization, functional impairment

Giriş
Distal radius kırıkları (DRK), yetişkinlerde en sık görülen kırıklar biridir, tüm kırıklara göre %17,5 genel prevalans gösterir. Genç erkeklerde ve yaşlı kadınlarda olmak üzere bimodal dağılımlı insidansa sahiptir (1,2). Amerika Birleşik Devletleri'nde en yaygın görülen kırıklardandır ve yıllık 643.000 tahmini insidansa sahiptir. 65 yaş ve üzeri kişilerde kalça kırıklarından sonra ikinci en sık görülen kırıktır (3,4). Yıllık 385-535 milyon dolar arası tahmini sağlık sistemi harcamasıyla, yaşlılar için büyük bir mali yük taşımaktadır (4,5).
Artan DRK oranlarını belirlemek için birçok faktör öne sürülmüştür: yaşam tarzı, çevre, yaşam beklentisindeki artış, çocuklukta artan obezite ve yaşlılarda osteoporoz bunlardan bazılarıdır (1,6). Yaşlanan nüfusla birlikte bu kırıkların artması beklenmektedir (4). DRK, yetersiz tedavi veya elin immobilizayonu nedeniyle önemli fonksiyonel bozukluğa yol açabilmektedir. Kırık sonrası immobilizasyon döneminden sonra ağrıyı azaltmak, hareket açıklığını yeniden sağlamak, kas gücü ve fonksiyonunu iyileştirmek için hastanın fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınması önemlidir. Neyse ki, DRK olan hastalar, optimal tedaviyi almaları ve rehabilitasyon programına erken başlamaları halinde genellikle iyi bir prognoza sahiptir. Sonuç olarak DRK, yaygın insidansı ve morbiditesi, sosyoekonomik maliyetlere ve yaşam kalitesi kaybına neden olması nedeniyle rehabilitasyonun önemli olduğu kırıklardan biridir.
Çalışmamızın amacı, El Rehabilitasyonu Polikliniği'mize başvuran DRK olan hastaların retrospektif olarak analizini yaparak; fonksiyonel bozukluğa, yaşam kalitesi ve iş gücü kaybına neden olan bu kırıklar konusunda klinisyenlere rehabilitasyonun önemini hatırlatmaktır.

Gereç ve Yöntemler
Çalışmamız, hastanemiz El Rehabilitasyonu Polikliniği'ne başvuran DRK olan hastaların hastane bilgisayar veri sistemindeki bilgilerinin taranması yoluyla gerçekleştirilen tek merkezli retrospektif bir çalışmadır. Eylül 2022 ile Ekim 2024 arasındaki sürede El Rehabilitasyonu Polikliniği'mize başvuran hastalar değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışma için hastanemiz lokal Etik Kurulu'ndan E24-287 no. lu karar ile onay alınmıştır ve çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.
Bilgisayardan hastanemiz otomasyon sisteminden 2 yıllık zaman dilimi (Eylül 2022- Ekim 2024) taranarak, El Rehabilitasyon Polikliniği'mize DRK tanısı ile başvuran hastalar belirlenmiştir. Bu hastaların yaşı, cinsiyeti, kırık tarafı, dominant ekstremite, kırığın oluş nedeni ve zamanı, çoklu kırık veya eşlik eden tendon ve sinir yaralanmaların olup olmadığı, cerrahi mi yoksa konservatif olarak mı tedavi edildiği, immobilizasyon süresi, fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alınıp alınmadığı ve kırık sonrası kompleks bölgesel ağrı sendromu gelişip gelişmediği not edildi.

Bulgular
Toplam 91 hasta DRK tanısı almıştı. Hastaların yaş ortalaması 53.3±12.2 idi. %60.4'ü (n:55) kadın, %39.6'sı (n:36) erkek idi. Polikliniğimize başvuru süresi median değeri 3 ay (min:1- max: 6) (IQR=1.5) idi. Hastaların % 86.8'inde (n:79) dominant ekstremite sağ idi. %52.7 (n:48) hastada kırık sol ekstremitede idi. Kırık nedeni hastaların % 95.6'sında (n:87) düşme idi. Hastaların % 79.1 (n:72)'inde DRK'na eşlik eden kırık yoktu; %15.4'ünde (n:14) ulna distal uç kırığı eşlik etmekte idi. 1 hastada lunat kırığı, 1 hastada ulna cisim kırığı, 1 hastada glenoid kırığı, 2 hastada ise çoklu kırık mevcuttu. 1 hastada DRK'na eşlik eden median sinir hasarı mevcuttu. Hiç bir hastada tendon hasarı yoktu. Hastaların % 61.5'i (n:56) konservatif, % 38.5'i (n:35) ise cerrahi olarak tedavi edilmişti. Atelde kalma süresi ortalama 36.3±8.5 gün idi. Hastaların % 80.2'si (n:73), kırık sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon programı almıştı. % 40.7 (n:37) hastada kırık sonrasında kompleks bölgesel ağrı sendromu gelişmişti. Hastaların demografik ve klinik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tartışma
Pediatrik ve genç yetişkin yaş gruplarında DRK'nın en yaygın nedenleri arasında oyun/spor aktiviteleri ve motorlu araç kazaları yer almaktadır. Buna karşılık, yaşlı yetişkinlerde en yaygın yaralanma; ayakta dururken düşmeye bağlı düşük enerjili bir travmadır. İleri yaş, kadın olmak, zayıf kemik iyileşmesi, ilave yaralanma olması ve düşük sosyoekonomik durum, DRK için daha kötü prognoz ile ilişkilidir (6). DRK sonrası osteoporotik kırığın ikincil olarak önlenmesine yönelik klinisyenler için bir fırsat doğmaktadır. Bizim hastalarımızın yaş ortalaması 53.3±12.2 olup çoğu (n:55) postmenapozal kadınlardan oluşmakta idi. 87 hastanın kırık oluş nedeni düşme idi. Hastaların 72 (% 79.1)'sinde DRK'na eşlik eden herhangi bir yaralanma yoktu.
DRK'larının çoğu konservatif olarak tedavi edilmektedir. Bu genellikle yer değiştirmişse kırığın redükte edilmesini ve ön kolun yaklaşık 6 hafta boyunca alçı veya atel içinde immobilizasyonunu içerir. Cerrahi tedavi ise genellikle kapalı veya açık redüksiyonu, ardından eksternal veya internal fiksasyonu ve benzer bir immobilizasyon süresini içerir. Bizim hastalarımızın çoğu (% 61.5) konservatif olarak tedavi edilmişti. Ortalama atelde kalma süresi ise ortalama 36.3±8.5 gün idi. Bu bulgular literatürle uyumludur.

Rehabilitasyona ne zaman başlanacağı konusu ise tartışmalıdır. Rehabilitasyon yaralanmadan sonra mümkün olan en kısa sürede başlayabilir veya rehabilitasyon hasta yönetiminde sonraki bir aşama olarak görülebilir ve ilk klinik tedavi (örneğin alçı immobilizasyonu) bittikten sonra yapılabilir. Bu nedenle, bu yaralanmaların yönetimi için iki temel aşama, genellikle immobilizasyon sırasında ve immobilizasyon sonrasıdır (alçı veya eksternal fiksatör çıkarıldıktan sonra). Kırık redüksiyonu ve alçı uygulaması gibi ilk tedavinin ardından hastalara genellikle basit egzersizler yapmaları için talimatlar verilir. Bunlar tipik olarak yaralanma sonrası ilk birkaç gün kolun yükseltilmesini; şişlik ve sertliği hafifletmek ve/veya gidermek için eklem hareket açıklığı egzersizlerini içerir. İmmobilizasyon sonrasında, daha kapsamlı ve yoğun rehabilitasyon programına başlanır; bu aşamada ağrının olması, kısıtlı eklem hareket açıklığı ve el kavrama gücünde azalma, rehabilitasyon müdahalelerinin başlatılmasını gerektiren nedenlerdir. DRK sonrası rehabilitasyon; kırık ve/veya tedaviyle ilişkili komplikasyonları önleme ve fonksiyonel iyileşmeyi ve günlük yaşam için gerekli aktivitelerin gerçekleştirilmesini sağlar. Ayrıca, rehabilitasyon, bu kırıkların kompleks bölgesel ağrı sendromu gibi komplikasyonlarını tedavi etmek için de önem arz eder (7). Kompleks bölgesel ağrı sendromu, yaralanma ile orantısız ağrı, otonomik disfonksiyon, trofik değişiklikler ve fonksiyon bozukluğu gibi belirti ve semptomların bir araya gelmesiyle karakterize kronik ağrı durumudur. DRK'larının konservatif veya cerrahi tedavisini takiben ortaya çıkabilir ve hastanın iyileşme sürecini önemli ölçüde zorlaştırabilir (8). Literatürde DRK sonrası refleks sempatik distrofi gelişme insidansı % 1- % 51 gibi geniş bir aralıkta görülmektedir (8-10). Bizim hastalarımızın yaklaşık % 40'ında kompleks bölgesel ağrı sendromu gelişmişti ve % 80'ine kırık sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulanmıştı.

Sonuç: DRK'ları, postmenapozal yaşlı kadınlarda düşmeye sekonder sıkça görülen kırıklardandır. Çalışmamızda da, DRK'ları çoğunlukla kadın hastalarda düşmeye sekonder olarak gelişmiştir. Bu kırıklar genellikle konservatif olarak tedavi edilmiştir. Kompleks bölgesel ağrı sendromu; DRK'ı sonrası azımsanmayacak oranda görülebilen komplike bir klinik durumdur.

Referanslar

1. Candela V, Di Lucia P, Carnevali C, et al. Epidemiology of distal radius fractures: a detailed survey on a large sample of patients in a suburban area. J Orthop Traumatol. 2022; 23(1): 43
2. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. Injury. 2006; 37: 691-697. doi: 10.1016/j.injury.2006.04.130.
3. Chung KC, Spilson SV. The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the United States. J Hand Surg Am 2001; 26: 908-915
4. Mauck BM, Swigler CW. Evidence-Based Review of Distal Radius Fractures. Orthop Clin North Am. 2018; 49(2): 211-222. doi: 10.1016/j.ocl.2017.12.001.
5. Burge R., Dawson-Hughes B., Solomon D.H., et. al.: Incidence and economic burden of osteoporosis-related fractures in the United States, 2005-2025. J Bone Miner Res 2007; 22: 465-475.
6. MacIntyre NJ, Dewan N. Epidemiology of distal radius fractures and factors predicting risk and prognosis. J Hand Ther. 2016; 29: 136-145. doi: 10.1016/j.jht.2016.03.003.
7. Handoll HH, Elliott J. Rehabilitation for distal radial fractures in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 25; 2015(9):CD003324.
8. Dutton LK, Rhee PC. Complex Regional Pain Syndrome and Distal Radius Fracture. Hand Clinics 2021 , 37 (2): 315-322
9. Jo YH, Kim KW, Lee BG, et. al. Incidence of and risk factors for complex regional pain syndrome type 1 after surgery for distal radius fractures: a population-based study. Sci Rep 2019; 9: 1-7.
10. Demir SE, Ozaras N, Karamehmetoğlu SS, et. al. Risk factors for complex regional pain syndrome in patients with traumatic extremity injury. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010; 16: 144-148