



WWW.INFLAMATUVARKURSUSU.ORG

İNFLAMATUVAR HASTALIKLAR KÜRSÜSÜ

6 - 8 Aralık 2019

Cratos Premium Hotel, Girne, KKTC

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI





Cerrahpaşa
Romatoloji
Derneği



İNFLAMATUVAR BARSAK
HASTALIKLARI DERNEĞİ



Kozmetoloji ve Dermatoloji
Akademisi Derneği



WWW.INFLAMATUVARKURSUSU.ORG

İNFLAMATUVAR HASTALIKLAR KÜRSÜSÜ

6 - 8 Aralık 2019
Cratos Premium Hotel, Girne, KKTC

BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	5
KURULLAR	6
BİLİMSEL PROGRAM	7
KONUŞMACI ÖZETLERİ	14
SÖZLÜ BİLDİRİLER	24

ÖNSÖZ

Sevgili Meslektaşlarımız ve İlaç Sektörü Temsilcileri

Kronik inflamatuvar hastalıklar farklı organları etkilese bile yaşam kalitesini en fazla azaltan hastalıklardır. Son yıllarda bu hastalıkların patogenezinin daha iyi anlaşılması ve komorbiditelerin farkedilmesi disiplinlerin bir arada çalışması gerekliliğini ortaya koymuştur. Akdeniz'in incisi Kıbrıs'da 6-8 aralık 2019 tarihinde düzenlenecek olan İnflamatuvar Hastalıklar Kürsüsü bu alanda öncü niteliğindeki ilk multidisipliner toplantıdır. Olgu örnekleri ile zenginleştirilmiş olup, kürsü herkese açık olacaktır.

Saygılarımızla....

Prof. Dr. Server Serdaroğlu

Prof. Dr. Vedat Hamuryudan

Prof. Dr. Aykut Ferhat Çelik

KURULLAR

BİLİMSEL KOMİTE

Cemal Bes
Aykut Ferhat Çelik
Burhan Engin
A. İhsan Ertenli
Yusuf Erzin
İzzet Fresko
Vedat Hamuryudan
Gülen Hatemi
İbrahim Hatemi
Zekayi Kutlubay
Melike Melikoğlu
Server Serdaroğlu
Emire Seyahi

BİLİMSEL PROGRAM

Bilimsel Program

5 ARALIK PERŞEMBE

HS MASTER CLASS KURS PROGRAMI

13:45-14:00	Hidradenitis Suppurativa & Tanı	
	AÇILIŞ ve Moderatörler: Ercan Çalışkan, Fatma Figen Özgür	
14:00-14:15	HS Tarihçe & Patofizyoloji & Genetik	Fatma Pelin Cengiz
14:15-14:30	HS Tanı : Fizik Muayene & Görüntüleme & Laboratuvar	Duriye Deniz Demirseren
14:30-14:45	HS Evreleme / Sınıflandırma : Doğru Tedavi Hedefi Ne Olmalı ? HISCR / DLQI	Sevim Baysak
14:45-15:00	SORU & CEVAP	
15:00-15:15	KAHVE ARASI	
15:15-16:15	Multidisipliner Tedavi & Takip Moderatörler: Beyza Özçınar, Burhan Engin	
15:15-15:30	Bir HS hastası nasıl takip edilmeli ?	Levent Çınar
15:30-15:45	Güncel Kılavuzlar Eşliğinde HS Hastalığının Medikal Tedavisi	Pelin Eşme
15:45-16:00	Güncel Kılavuzlar Eşliğinde HS Hastalığının Cerrahi Tedavisi	Osman Kelahmetoğlu
16:00-16:15	SORU & CEVAP	
16:15-16:30	KAHVE ARASI	
16:30-18:15	Gerçek Yaşam Tecrübeleri Moderatörler: Serap Güneş Bilgili, İlkin Zindancı	
16:30-16:45	Zor Vakalarda Klinik Deneyimimiz ve Yönetimi	Fatma Pelin Cengiz
16:45-17:00	Klinik Deneyimlerimiz	Nuriye Kayıran
17:00-17:15	Klinik Deneyimlerimiz	Berrak Karatan
17:15-17:30	Klinik Deneyimlerimiz	Arif Atay
17:30-17:45	Klinik Deneyimlerimiz	Özge Akbulak
17:45-18:00	Klinik Deneyimlerimiz	Ezgi Özkur
18:00-18:15	KAPANIŞ	

Bilimsel Program

6 ARALIK CUMA

10:30-12:30	Kapilleroskopi Kursu Eğitmciler: Duygu Tecer, Levent Kılıç	
13:45-14:00	Açılış	
14:00-15:30	1. Oturum: İnflamatuvar Hastalıkların Klinik Özellikleri ve Tanı Oturum Başkanları: Vedat Hamuryudan – Yalçın Tüzün	
14:00-14:30	Olgular Eşliğinde Bel Ağrısı: Ne zaman Spondiloartrit Ne Zaman Değil?	Kenan Akgün
14:30-14:45	Aksiyel Spondiloartrit	Emire Seyahi
14:45-15:00	Psoriasis	Server Serdaroğlu
15:00-15:15	Psoriatik Artrit	Umut Kalyoncu
15:15-15:30	Tartışma	
15:30-16:00	KAHVE ARASI	
16:00-17:15	2. Oturum: İnflamatuvar Hastalıkların Klinik Özellikleri ve Tanı Oturum Başkanları: Fatoş Önen – Nurdan Tözün – Bilal Doğan	
16:00-16:20	İnflamatuvar Barsak Hastalığı	Ahmet Tezel
16:20-16:40	Hidradenitis Süppürativa	Didem Didar Balcı
16:40-17:15	Tartışma	
17:15-18:00	UYDU SEMPOZYUMU I (Novartis) Ankilozan Spondilit ve Psoriatik Artrite Yenilikçi Yaklaşım Oturum Başkanı: Prof. Dr. İzzet Fresko, Prof. Dr. İlknur Altunay Konuşmacılar: Prof. Dr. Serdal Uğurlu, Prof. Dr. Burhan Engin	FARMANOVA

Bilimsel Program

7 ARALIK CUMARTESİ		
08:30-10:00	1. Oturum: İnflamatuvar Hastalıkların Patogenezi Oturum Başkanları: İzzet Fresko-Ülkü Dağlı-Serap Öztürkcan	
08:30-08:50	Spondiloartritler: Ortak Patogenetik Mekanizmalar	Haner Direskeneli
08:50-09:10	İnflamatuvar Barsak Hastalığı Patogenezi	Hale Akpınar
09:10-09:30	Entezit ve Daktilit	Ender Terzioğlu
09:30-09:50	Psoriasis Patogenezi	Müge Güler Özden
09:50-10:00	Tartışma	
10:00-10:15	KAHVE ARASI	
10:15-11:00	UYDU SEMPOZYUMU (AbbVie) İnflamatuvar Hastalıklara Multidisipliner Yaklaşım Moderatörler: Prof Dr Server Serdaroğlu Prof Dr Vedat Hamuryudan Prof Dr Aykut Ferhat Çelik Konuşmacılar: Prof Dr Burhan Engin Prof Dr Serdal Uğurlu Prof Dr Yusuf Ziya Erzin	abbvie
11:00-12:30	2. Oturum: Klavuzlar Eşliğinde Tedavi Oturum Başkanları: Sedat Kiraz – Mehmet Ali Güler – Aykut Ferhat Çelik	
11:00-11:15	Psoriasis	Burhan Engin
11:15-11:30	Psoriatik Artrit	Cemal Bes
11:30-11:45	Spondiloartritler	Göksal Keskin
11:45-12:00	İnflamatuvar Barsak Hastalığı	Murat Törüner
12:00-12:15	Hidradenitis Süppürativa	Nida Kaçar
12:15-12:30	Enteropatik Artrit	Gülen Hatemi
12:30-13:15	UYDU SEMPOZYUM III (Amgen) Vakalarla inflamatuvar hastalıklar Moderatörler: Vedat Hamuryudan, Server Serdaroğlu, Ahmet Ömer Özütemiz Konuşmacılar: Vedat Hamuryudan, Server Serdaroğlu, Ahmet Ömer Özütemiz	AMGEN®
13:15-14:15	ÖĞLE ARASI	

Bilimsel Program

14:15-15:00	UYDU SEMPOZYUM IV (Jansen) Multidisipliner Sorunlara Çözüm Yaklaşımları Oturma Başkanı: Server Serdaroğlu Psoriasis Tedavisinde Etkililik ve Uzun Vadeli Sonuçlar Müge Güler Özden Her Yönüyle Güncel Psoriatik Artrit Tedavisi Serdal Uğurlu	
15:00-16:00	SÖZLÜ BİLDİRİLER I Oturma Başkanları: Yalçın Tüzün – Serdal Uğurlu	
15:00-15:04	S-01 – İnce Barsak Kitesinde Yersinia Enterokolitine Dikkat	Olga Devrim Ayvaz
15:04-15:08	S-02 – Dış Merkezde Takılan Tüp Torakostomili Bir Olguda, Tüp Torakostomi Diyafragma Altında Olabilir mi?	Olga Devrim Ayvaz
15:08-15:12	S-03 – İnvajinasyonda Yaş, Cins, Başvuru Süresi İle Morbiditenin İlişkisi	Olga Devrim Ayvaz
15:12-15:16	S-04 – Akut sakroileit saptanan hidradenitis süpürativa tanılı hasta: Olgu sunumu	Hilal Mete
15:16-15:20	S-05 – Sık üveit atakları ile seyreden psöriatik artrit olgusu	Yasemin Pekin Doğan, Hilal Mete, Ebru Aytekin
15:20-15:24	S-06 – Psoriasis Tanılı Hastada Sekukinumab Tedavisi Altında Gelişen İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı	Defne Özkoca
15:24-15:28	S-07 – Gaziantep Bölgesinde İnflamatuvar Barsak Hastalığında Biyolojik Tedavi Öncesi Latent Tüberküloz Sıklığı İle İlişkili Risk Değerlendirmesi	Abdullah Emre Yıldırım
15:28-15:32	S-08 – Miliyer Tüberküloza Sekonder Makrofaj Aktivasyon Sendromu	Mert Oztas
15:32-15:36	S-09 – Granülomatöz Keilit;Olgu sunumu	İlkin Zindancı
15:36-15:40	S-10 – Ustekinumaba yanıt veren ve artrit eşlik ettiği akrodermatitis kontinua Hallopeau olgusu	Muazzez Çiğdem Oba
15:40-15:44	S-11 – Kronik Plak Psöriasisde Sekukinumab Doz Artımının Sekonder Etkinlik Kaybında Sonuçları	Zeynep Topkarcı
15:44-15:48	SORU – CEVAP	
15:48 -16:15	KAHVE ARASI	

Bilimsel Program

16:15-16:35	2. Oturum: İnflamatuvar Hastalıkların Klinik Özellikleri ve Tanı Oturum Başkanı: Serdal Uğurlu	
16:15-16:35	Göz Tutulumu	Yılmaz Özyazgan
16:35-17:30	4. Oturum: Tanı ve Tedavide Görüntüleme Oturum Başkanları: Süleyman Özbek – İbrahim Hatemi	
16:35-16:55	Spondiloartritlerde Görüntüleme	Servet Akar
16:55-17:20	İnflamatuvar Barsak Hastalığında Görüntüleme	Yusuf Erzincan
17:20-17:30	Hidradenitis Supprativa'da Görüntüleme	Nevsun İnanç
17:30-19:00	OLGU TARTIŞMALARI Oturum Başkanları: Melike Melikoğlu – Server Serdaroğlu – Ömer Özütemiz – İhsan Ertenli	
17:30-17:55	Olgu 1: NSAİD Kullanan AS Hastası	Nalan Gülşen Ünal
17:55-18:00	Olgu 2: Barsak Tutulumlu Aft ve Eritema Nodozumlu Hasta BS? IBH?	İsmail Hakkı Kalkan
18:00-18:15	Olgu 3: Psoriasisli Spondilit Hastası Yoğun Sigara Kullanımı Var ve Obez	Kevser Uzunçakmak
18:15-18:30	Olgu 4: Paradoksal Psoriasis	Özge Aşkın
18:30-18:45	Olgu 5: Akut Faz Değerleri Yüksek Giden Az Semptomlu AS Hastası	Berna Yurttaş
18:45-19:00	Olgu 6: Divertikülit Anamnezli AS Hastası	Mustafa Erdoğan
8 ARALIK PAZAR		
10:00-11:00	1. Oturum: Çocukluğu Çağı İnflamatuvar Hastalıklarının Değerlendirilmesi Oturum Başkanları: Kenan Barut, Zekayi Kutlubay, Aydan Kansu	
10:00-10:20	Pediyatrik Crohn Hastalığı	Deniz Ertem
10:20-10:40	Juvenil İdyopatik Artrit ve Spondilit	Özgür Kasapçopur
10:40-11:00	Pediyatrik Psoriasis	Filiz Canpolat
11:00-11:30	2. Oturum Akılcı İlaç Kullanımı Oturum Başkanı: Ayşenur Bardak – Yunus Erdem	
11:00-11:30	Akılcı NSAİD kullanımı	Mustafa Cankurtaran
11:30-12:30	SÖZLÜ BİLDİRİLER II Oturum Başkanları: Bilal Doğan – Vedat Hamuryudan	
11:30-11:34	S-12 – Psikoz ve Trombotik Trombositopenik Purpura ile Başvuran Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu	Sinem Nihal Esatoğlu, Yeşim Özgüler
11:34-11:38	S-13 – Parmaklarda Nekroz ile Prezente Olan Bir Vaskülit Taklitçisi	Gül Güzelant Özköse

Bilimsel Program

11:38-11:42	S-14 – Nadir bir birliktelik: Ailevi Akdeniz Ateşi ile ilişkili amiloidoz ve anlamı belirlenemeyen monoklonal gamopati	Zeynep Toker Dincer
11:42-11:46	S-15 – Metotreksat İntoksikasyonu	Rıdvan Mercan
11:46-11:50	S-16 – Hidradenitis Suppurativa Hastalarda Tiyo/ Disülfid Dengesi	Mavişe Yüksel
11:50-11:54	S-17 – ANTI-IL-12/23 Kullanımına Bağlı Gelişen Paradoksal Psöriatik Artrit	Ezgi Özkur
11:54-11:58	S-18 – Anti-TNF alan Ülseratif Kolitli bir Hastada Tüberküloz Enfeksiyonu: Vaka Sunumu	Müge Ustaoglu
11:58-12:02	S-19 – Ankilozan spondilitte nadir görülen göz tutulum şekli : tedaviye dirençli bilateral kronik posterior üveit retinit ile giden olgu	Ali Nail Demir
12:02-12:06	S-20 – Hidradenitis Suppurativa ve Behçet Hastalığı Birlikteliği	Dilek Tezcan, Semral Gülcemal, Muhammet Limon, Sema Yılmaz, Gökçem Aydın Kocamaz
12:06-12:10	S-21 – Ankilozan Spondilit Hastalarında Kardiyak Otonom Sinir Sisteminin Elektrokardiyografi ve 24 Saatlik Holter Kaydı ile Değerlendirilmesi	Mustafa Candemir
12:10-12:14	S-22 – Poliartrit ve spondilodiskit ile gelen bir miliyer tüberküloz olgusu	Yeşim Ozguler
12:15-12:30	SORU – CEVAP	

KONUŞMACI
ÖZETLERİ

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları

Prof.Dr. Ahmet Tezel

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH), genetik yatkın bireylerde çevresel faktörlerin etkisiyle denetlenemeyen, kronik tekrarlayıcı inflamatuvar patolojilerdir. İnflamatuvar süreç sadece gastrointestinal kanala sınırlı olmayıp, (lokomotor, cilt , göz , pankreato-biliyer vb) başka sistemleri de etkileyebilir. İBH şemsiyesi içinde başlıca Ülseratif Kolit (ÜK) ve Crohn Hastalığı (CH) yer almaktadır. Günümüzde giderek daha sık karşılaştığımız bu hastalıklar, daha çok endüstrileşmiş ve kuzey ülkelerinde, beyaz ırkta, batı tipi beslenen, şehirde yaşayan gruplarda rastlanmaktadır. Başlangıç yaşı genç erişkin yaş grubunda daha sık gözlenmesine karşın , ellili yaşlarda ikinci bir yığılım göstermektedir. Son yıllarda pediatrik yaş gurubuna doğru bir kayma da izlenmektedir.

Ülseratif Kolit

Ülseratif kolit kolonunu mukoza ve submukozasının inflamatuvar hastalığıdır. Erişkinde her zaman rektum tutulumu ile birlikte. Hastalık etkilediği bölgeyi diffuz simetrik olarak tutar ve makroskopik olarak sağlam ve hastalıklı bölge kesin olarak birbirinden ayrılabilir. Anatomik olarak sadece rektuma lokalize (proktit), splenik fleksuraya kadar (sol tip), ve splenik fleksurayı aşan (ekstensif tip/ pakolit) olarak 3 tipi mevcuttur. Pankolit olgularında inflamasyon kısa bir ileum segmentine yayılabilir (taşma tipi ileit, *backwash ileitis*). Başlıca klinik bulgusu kanlı mukuslu dışkılamadır. İnflamatuvar sürecin yaygınlığı ve ağırlığı ile orantılı olarak sistemik toksisite bulguları eşlik edebilir (ağır diyare, ateş, taşikardi, peritoneal irritasyon bulguları, anemi, hipoproteinemi vb). Hastalığın tanısı ileo-kolonoskopi, kolon biyopsisi ile koyulur.

Crohn hastalığı

Crohn hastalığı, ülseratif kolitten farklı olarak gastrointestinal kanalın herhangi bir bölgesini atlamalı, asimetrik olarak etkileyen bir patolojidir. Transmural inflamasyon gastrointestinal sistem dışına taşarak periintestinal komplikasyonlara yol açabilir. En sık ileo-çekal bölgeye yerleşir ve genellikle aynı anatomik bölgede sabit kalır. Hastalık klinik davranış olarak da farklılıklar gösterir. Genellikle inflamatuvar tip olarak başlar bu olgularda sağ alt karın kadranında ağrı, kansız diyare başlıca semptomlardır. Hastalık iyi yönetilemez ise fibrostenozan ve/veya penetran tipe evrilir. Fibrostenozan tipte, daha çok barsak obstrüksiyonuna ait bulgular, kabızlık, postprandial kolik tarzında karın ağrısı olur. Eğer bakteriyel aşırı üreme tabloya eklenir ise kansız diyare atakları izlenir. Penetran tipte ise intestinal segmentler arasında (ileo-sigmoidal, kolo-gsastrik, ileo-ileal gibi) fistülleşmeler gelişir. Bunu dışında ileal segmentlerle erkeklerde mesane ve rektum ile kadınlarda vajina arasında fistülleşmeler gelişebilir. Yine barsak segmentleri ile cilt arasında entero-kutanöz fistüller oluşabilir. Bu fistülleşmeler kendine özgü klinik bulgular ile birlikte. Crohn hastalığının önemli klinik bulgularından birisi de perianal bölge tutulumu olmasıdır. Bu olgularda fistüller, fissürler, abseler ve büyük skin tag'lar izlenir. Crohn hastalığının tanısı klinik bulguların değerlendirilmesi, ileo-kolonoskopi, biyopsi, BT veya MR gibi kesitsel görüntüleme araçları ile konabilir.

İnflamatuvar Hastalıkların Klinik Özellikleri ve Tanı Göz Tutulumu

Prof. Dr. Yılmaz Özyazgan

Oküler dokuda inflamatuvar patolojiler, tutulum gösteren doku yani anatomik yerleşimlerine göre, konjonktivit, sklerit, keratit, iridosiklit, siklit, koroidit ve retinit olarak adlandırılmaktadır Üveit ; oküler dokular kapsamındaki iris, siliyer cisim ve koroidde içerilen inflamatuvar patolojileri tanımlamaktadır. Mamafi yakın komşuluk ve genel dolaşıma olan bağlantıyı sağlayan vasküler sistemin ortak olması nedeniyle üvea dokusunun inflamatuvar patolojilerinde retina ve optik sinirin de iştiraki söz konusu olabilmektedir. Gerek karmaşık yapısı gerekse ciddi görsel risklerinin olması üveitleri, oftalmoloji pratiğinde çok özel kılmaktadır.

Bir kısım üveitlerde, ortaya çıkışı ve devamlılık açısından, infeksiyöz etkenlerin sorumluluğu söz konusu olurken bir kısmında, non –infeksiyöz inflamasyonun ön planda olduğu, sistemik bazı hastalıklarla birlikteliğe tanık olmaktadır. Keza bir kısım üveitlerde ise sistemik ya da infeksiyöz etkenlerle ilişki kurulamamakta ve bu konumda olan üveitler ise idyopatik başlık altında değerlendirilmektedir.

İritis ya da iridosiklitis olarak da adlandırılan ön üveitlerin özellikle bağ dokusu tutulumunun ön planda olduğu bazı sistemik inflamatuvar hastalıklarla birlikteliğine daha fazla tanık olmaktadır. Sistemik inflamatuvar hastalıklar arasında ön üveiti daha sıklıkla gösterenler arasında Ankilozan spondilit, Reiter's, Juvenil İdyopatik Artrit (JIA), HLA-B27 pozitif olması, Psöriasis ve İltihabi bağırsak hastalığı yer almaktadır. Bu sistemik tanıyla izlenen hastalarda çoğunlukla göz bulgusu ile birlikte eklem, cilt ve gastrointestinal sisteme ilişkin bulgularda görülebilmektedir. Keza intermediyer, posteriyor ve pan üveit dediğimiz hem ön hem de arka segmenti tutabilen üveitlerin bir grubunda da sistemik inflamatuvar hastalıklarla ilişki saptanmaktadır. Bunlar arasında daha sık karşılaştıklarımız; Behçet hastalığı, Sarkoidoz ve Vogt- Koyanagi- Harada (VKH) olmaktadır.

Oftalmoloji rutininde ön üveitlerle ilgili en önemli husus özellikle atak dediğimiz tekrarlayan alevlenme nöbetleri esnasındaki kızarıklık ve ağrı duyulmasıdır. Diğer taraftan alevlenmeler esnasında yeterli veya etkin müdahale yapılmadığı ya da gecikme durumunda sineşi oluşması yani irisin lense ya da korneaya yapışması, sekonder glokom ve geç dönemde katarakt gelişme olasılığı vardır. Özellikle arka segmentin de içerildiği üveitlerde makula, optik sinir ve retinada oluşabilecek hasarlar nedeniyle irreversible görme kayıpları oluşma ihtimali kaçınılmaz bir realitedir.

Üveit tespit edilen hastalarda mutlak surette önce detaylı anamnez alınmalıdır. Takiben sistemik taramaya ilişkin tetkikler istenerek üveitin diğer sitemlerdeki olası patolojik durumlarla ilişkisinin varlığının değerlendirilmesi gerekir. Burada iki husus önem kazanmaktadır. Birincisi eğer sistemik inflamatuvar ilişki varsa tedavi kararı ve önerilerinde multidisipliner hareket etmek gerekir. İkinci-

Konuşmacı Özetleri

ci hususiyet olarak üveitlerde sistemik hastalıklarla ilişki varlığı tespit edilirse gerek hastalık seyri gerekse prognoza ilişkin öngörü ve öneri yapma fırsatı olacaktır. Keza Ankilozan spondilit tanısı olan ve ön üveit ortaya çıkanlarda tedavi iyi yönetilirse üveit geçirildiğine dair iz bulunamazken JIA ilişkili üveit tanısı alan her çocukta, en ideal tedaviler en etkin şekilde uygulanırsa dahi poor pronoz riski mutlaka hafızamızda durması gerekir.

Ön segmente lokalize üveitlerde çoğunlukla lokal tedavi yeterli olmaktadır. Anti inflamatuvar etki sağlamak için topikal ya da periokuler steroidler inflamasyonun şiddetine göre değişik sürelerde kullanılmaktadır. Sineşi oluşumunu engellemek içinde, pupillayı dilate eden yani irisin lense yada korneaya yapışmasını engellemek amacıyla , midriazis sağlayıcı ajanlar kullanılmaktadır. Arka segmente lokalize inflamasyonlarda mutlak sistemik tedavilerin uygulanması söz konusudur. Sistemik tedavi için oral, parenteral steroidler, immunosupresif etki gösterenler ve biyolojik ajanlar hekim tercihinine göre tek veya kombine olarak uygulanmaktadır.

Kılavuzlar Eşliğinde Psoriatik Artrit Tedavisi

Doç. Dr. Cemal Bes

Psöriatik artrit (PsA), psöriazis hastalarında görülen, seronegatif spondiloartrit grubu hastalık grubunda yer alan ve çeşitli eklem tutulum paterni ile birlikte entezis, tırnak gibi çeşitli eklem dışı yapıları da etkileyen bir inflamatuvar artrit türüdür. PsA'nın 5 farklı eklem tutulum paterni olup tedavi, tutulum tiplerine ve ekstraartiküler tutulumlara göre değişkenlik gösterir.

PsA tedavisinde temel amaç, semptomları gidermek, eklem hareket fonksiyonlarını koruyarak deformite gelişimini önlemek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. Heterojen bir hastalık olduğundan tedavisi de eklem tutulum tipi (periferik artrit, entezit, daktilit, aksiyal) ve cilt-tırnak tutulumu başta olmak üzere eklem dışı bulgular göz önüne alınarak yapılmalıdır. Örneğin simetrik poliartiküler formun tedavisi romatoid artrit ile benzerlik gösterirken, aksiyel tutulumlu hastalığın tedavisi ankilozan spondilit tedavisi ile benzerdir.

EULAR, ACR ve GRAPPA'nın belirli aralıklarla revize edilen PsA tedavisi ile ilgili önerileri bulunmaktadır. Bununla birlikte Türkiye Romatoloji Derneği (TRD)'nin 2008 yılında yayınlanan PsA tedavi önerileri de bulunmaktadır. Bu tedavi kılavuzlarının tedavi önerilerine bakıldığında, birçok yönü ile birbiriyle uyduğu görülmekle birlikte bazı tedavi önerilerinde kılavuzlar arasında farklılıklar göze çarpmaktadır.

Tedavi kılavuzlarının dikkat çektiği önemli bir nokta bu hastalığın tedavisinin bütünsel olarak yapılması gerektiğidir. Eklem bulguları tedavi edilirken, eklem dışı tutulumların da tedavi edilmesi ve mevcut komorbiditelerin yönetilmesi son derece önemlidir.

Paradoksal Psoriasis

Özge Aşkın

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı

Kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde oldukça etkili olan anti-TNF'lerin, önceden varolan otoimmün hastalıkların şiddetlenmesine ve yeni inflamatuvar hastalıkların başlamasına neden olabileceği beklenmedik bir paradokstur.

Anti-TNF ile tedavi edilen hastaların % 2-5'inde paradoksal psoriasis lezyonları gelişebilmektedir. Paradoksal psoriasis ilaca başladıktan birkaç gün ila birkaç yıl arasında herhangi bir zamanda görülebilir. Deri lezyonları plak, püstüler ve guttat tiptedir. En sık etkilenen bölgeler saçlı deri, kıvrım bölgeleri ve palmoplantar bölgelerdir. Burada Crohn hastalığı tanısı ile adalimumab kullanan hastada gelişen paradoksal psoriasis sunmayı amaçladık. 22 yaşında kadın hastanın adalimumabı takiben üç ay sonra gelişen ellerde ve ayaklarda döküntü şikayeti ile bize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde palmar ve plantar bölgede eritem, skuam ve deskuamasyonları mevcuttu. Ellerde şiddetli tırnak tutulumu ve saçlı deride yapışık, kalın, sarı skuamları mevcuttu. Bize geldiğinde hastanın adalimumab tedavisi zaten kesilmişti. İnfliksımab tedavisine başlanmıştı. Biz de hastanın topikal tedavisini düzenledik. Paradoksal psoriasisde sebep olan anti TNF ajan değiştirilerek farklı bir anti TNF ile tedavide iyi yanıt alınabilir veya başka grup biyolojik ajanlar ile de tedavi edilebilir.



Anahtar kelimeler: Paradoksal, psoriasis, adalimumab, infliksımab

Kaynaklar:

1. Collamer AN, Battafarano DF. Semin Arthritis Rheum. 2010 Dec;40(3):233-40
2. Afzali A, Wheat CL, J Crohns Colitis. 2014 Jun;8(6):480-8. doi: 10.1016/j.crohns.2013.10.013

Divertikülit Anamnezli Ankilozan Spondilit Hastası

Mustafa Erdoğan

*İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı*

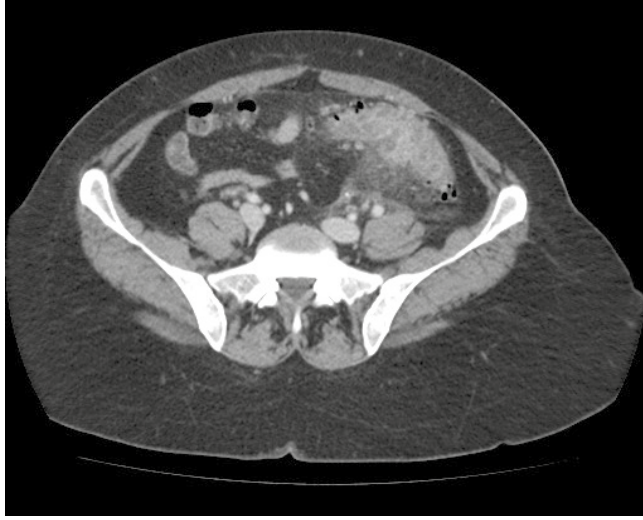
52 yaşında kadın hasta 2 gün önce başlayan sol alt kadran karın ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. 28 yaşında bel ağrısı başlayan hastaya 32 yaşında ankilozan spondilit (AS) tanısı ile non-steroid anti-inflamatuvar (NSAI) tedavi başlanmış. 44 yaşında artan sabah sertliği ve aksiyal ağrıları nedeni ile Etanercept tedavisine geçilen hastaya 2. Yıl sonunda sekonder tedavi yanıtı sızlığı nedeni ile Adalimumab başlanmış. Adalimumab tedavisinin 1. Yılında hastanın biyolojik tedavi kullanmak istememesi nedeni ile NSAI tedavisine geçiş yapılıyor. İki ay önceki son poliklinik muayenesinde hastalık aktivite değerlendirilmesinde BASDAI: 1.6 ASDAS-CRP:1.83 olarak hesaplanırken; mSchober: 4 cm, Baş-duvar mesafesi 8 cm, yer el mesafesi 17 cm olarak bulunmuş. Tedaviye lüzumu hainde, 75 mg/gün diklofenak sodyum ile tedavisi ile devam edilmiş.

Hastanın polikliniğimizdeki değerlendirmesinde TA: 120mmHg, Nb:110 /dk, vücut sıcaklığı 37.8°C saptandı. Palpasyonla sol alt kadran hassas, direk ve indirek rebound pozitif idi.

Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde, CRP:26,4mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı:28mm/saat, hemogram: Lökosit: 14700/mm³, Hgb:12,2 g/dL, Plt: 425000/mm³, Tam idrar tetkiki ve diğer biyokimyasal testlerinde özellik saptanmadı.

İki gün önce çekilen ayakta batın grafisi (ADBG) ve abdomen ultrasonografide özellik saptanmamış. Hastaya çekilen kontrastlı abdomen tomografisinde kolonda yaygın divertiküller ve sigmoid kolonda duvar kalınlaşması ve kontrast tutulumu ile şüpheli apse formasyonu saptanmış (Resim 1). Hastaya bu bulgular eşliğinde akut divertikülit tanısı ile siprofloksasin ve metronidazol tedavisi başlandı. Tedaviye klinik olarak yanıt alınan hastanın kontrol görüntülemesinde şüpheli apse alanına ait bulgu görülmedi. Hasta non-komplike divertikülit tanısı ile poliklinik kontrolüne çağırıldı.

AS hastalarında yapılan retrospektif bir çalışmada divertikülit sıklığı %1.5 olarak saptanmış ve kadın/erkek oranı 1/0.7 bulunmuştur(1). Hastalık süresi dışında (OR:1.18 %95 CI:1.03-1.34) divertikülit gelişimini predikte eden bir faktör saptanmamıştır. Genel popülasyonda yapılan bir çalışmada ise akut divertikülit tanısı sonrasında yapılan kolonoskopik değerlendirmede kolon kansinomu sıklığı genel popülasyonda yapılan kolonoskopi taramasına göre daha yüksek bulunmuştur(2). Bu nedenle akut divertikülit tanısı sonrası hastalara kolonoskopik tarama yapılması düşünülmelidir.



Resim 1. Sigmoid kolonda duvar kalınlaşması ve kontrast tutulumu: Akut divertikülit

1. Derakhshan MH, Goodson NJ, Packham J, Sengupta R, Molto A, Marzo-Ortega H, et al. Association of Diverticulitis with Prolonged Spondyloarthritis: An Analysis of the ASAS-COMOSPA International Cohort. 2019;8(3):281.
2. Rottier S, van Dijk S, van Geloven A, Schreurs W, Draaisma W, van Enst W, et al. Meta-analysis of the role of colonoscopy after an episode of left-sided acute diverticulitis. 2019;106(8):988-97.

Juvenil İdyopatik Artrit ve Spondilit

Mehmet Yıldız, Özgür Kasapçopur

*İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı
ozgurkc@istanbul.edu.tr*

Juvenil idyopatik artrit (JİA), ağırlıklı olarak periferik artrit ile ortaya çıkan, endojen ya da eksojen antijenlerin patogenezinde rol aldığı bağışıklık siteminde artmış yangısal yanıtla belirginleşen süregen bir hastalıktır. Juvenil idyopatik artrit, tekil bir hastalık olmaktan çok çeşitli klinik tabloların bir arada görülebileceği bir hastalıklar toplamıdır.

Juvenil idyopatik artrit sınıflaması

Hastalığın ana tanınal ölçütleri, 16 yaşından önce başlayan, 6 haftadan uzun süren, bir veya daha fazla eklemi tutan artrit varlığı ile eklem iltihabına neden olabilecek diğer nedenlerin dışlanmasıdır. Artrit, eklemde şişme, ısı artışı, hareket kısıtlılığı ya da kızarıklık olarak tanımlanır. Bu tabloya ağrı da eşlik edebilir. Her alt grup için bir başlangıç, bir de gidiş (seyir) tipi değerlendirilmesi yapılmaktadır. Bu alt gruplardan en önemlilerinden birisi de entesitle ilişkili artrit ya da juvenil spondiloartropatilerdir.

Entesitle İlişkili Artrit: Bu grupta yer alan hastalar özellikle son 20 yıldan bu yana pediatrik romatolojinin önemli tartışma konularından birisini oluşturmaktadır. Çünkü bu çocuklar hem JİA özelliklerini hem de juvenil spondiloartropati özelliklerini taşımaktadırlar. Bu grupta yer alan hastaların tanımlanması amacı ile bugüne dek Tip II oligoartiküler JRA, geç başlangıçlı juvenil kronik artrit, SEA (seronegativite, entesopati ve artropati) sendromu, HLA B27 ile birlikte olan artropati ve erken juvenil spondiloartropati gibi isimler önerilmişse de Durban sınıflamasına göre entesitle ilişkili artrit (EİA) tanımı kullanılmaktadır. Bu çocuklar doğrudan ankirozan spondilit ya da iltihaplı barsak hastalığına bağlı spondilartrit tablosu ile başlamayan ancak zaman içinde spondilartritlerden birine dönüşme olasılığı taşıyan olgulardır. Batı serilerinde %15-20, ancak ülkemizde ve bazı gelişmekte olan ülkelerde %30-40'lara varan sıklıkta karşımıza çıkmaktadır.

EİA çoğunlukla erkek çocuklarda görülür ve 10 yaşından sonra ortaya çıkar. Bu grupta yer alan çocukların en önemli özellikleri RF ve ANA'larının negatif olması, entesopatilerinin ve alt ekstremitte artrit ya da artraljilerinin olmasıdır. Hastaların yaklaşık % 60'ında HLA B27 pozitif olarak saptanır.

Entesopati, tendonların kemiğe yapışma bölgelerinin enflamasyonudur. En çok Aşil tendonu etkilenir. Ayrıca planter fasyanın kalkaneusa yapışma yeri (topuk diken), tuberositas tibia, simfiz pubis civarı, trokanterler etrafı entesopatilerin sık görüldüğü lokalizasyonlardır. Çocuklarda ilgili tendon bölgesinde belirginleşen ağrı ve duyarlılık ile ortaya çıkar. Fakat entesopati sadece juvenil spondiloartropatlere özgü bir bulgu değildir.

Bu grup hastalarda görülebilen eklem tutulumu çoğunlukla alt ekstremiteye yerleşen, asimetrik

Konuşmacı Özetleri

ve oligoartiküler tiptedir. Hastalarda artritin ortaya çıkışını ateşli hastalıklar ya da travma provoke edebilir. Oligoartiküler JİA'dan en önemli farkı kalça eklemine çok daha sık olarak etkilenebilmesidir. Hastalık başlangıcında alt ekstremiteye yerleşen, uzun süren artralji de klinik tabloya eşlik edebilir. Bu dönemde aksiyel iskelet sisteminde tutulum nadirdir. Eklem tutulumu steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlara hızla yanıt verir. Artropati yineler tarzda sürebilir ve bazen de uzun süren tam ya da parsiyel remisyonlar olabilir. Eklemlerde sekel oluşma oranı diğer gruplara göre daha azdır.

Hastalığın gidişini etkileyen en önemli gösterge HLA B27 pozitifliğidir. HLA B27 pozitif olan olgularda ankilozan spondilite dönüşme oranı oldukça yüksektir ve hastalık sık sık yinelemeler ile sürer. Akut semptomatik üveit entezitle ilişkili artritli hastaların yaklaşık %10-20' sinde görülür.

Kaynaklar:

- 1- Barut K, Adrovic A, Sahin S, Kasapcopur O. Juvenile Idiopathic Arthritis. Balkan Med J 2017; 34(2): 90-101
- 2- Adrovic A, Barut K, Sahin S, Kasapcopur O. Juvenile Spondyloarthropathies. Curr Rheumatol Rep 2016; 18(8): 55.
- 3- Kasapcopur O, Demirli N, Ozdogan H, Apelyan M, Caliskan S, Sever L, et al. Evaluation of classification criteria for juvenile-onset spondyloarthropathies. Rheumatol Int 2005; 25(6): 414-18.
- 4- Adrovic A, Sezen M, Barut K, Sahin S, Acikel C, Demirkaya E, et al. The performance of classification criteria for juvenile spondyloarthropathies. Rheumatol Int 2017; 37(12): 2013-18.
- 5- Woo P, Laxer RM, Sherry DD. Klinik uygulamada pediatrik Romatoloji. Kasapçopur Ö, Üzel M (Çevirenler) Deomed yayıncılık 2009
- 6- Makay BB, Sözeri B, Özen S, Kasapçopur Ö. Juvenil idyopatik artrit tedavi uzlaşma rehberi. Çocuk Romatoloji Derneği yayınları. Deomed yayıncılık, 2013
- 7- Makay BB, Unsal E, Kasapçopur O. Juvenile idiopathic arthritis. World Journal of Rheumatology 2013;12:16-24
- 8- Kasapçopur Ö, Özdoğan H. Juvenil idyopatik artrit. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2008;4:31-42

SÖZLÜ
BİLDİRİLER

S-01

İnce Barsak Kitlesinde Yersinia Enterokolitine Dikkat

OD Ayvaz¹, A Celayir¹, NA Bayrak², N Koç³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, 34668, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Gastroenterolojisi, İstanbul, 34668, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Patoloji, İstanbul, 34668, Türkiye

olga_ozbay@yahoo.com

Giriş/Amaç: Yersinia, akut terminal ileit tablosuyla karşımıza çıkar (Baylan,2005). Bu çalışmada, tümör/plastron apandisit öntanısıyla opere edilen hastada Yersinia enteritinin yol açtığı ileal kit-leye dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: Beş aydır kolik karın ağrısı, 25kg kilo kaybı, üç aydır kansız ishal atakları olan 16 yaşındaki erkek hasta akut batın tablosuyla danışıldı. Batında hassasiyeti, defansı mevcuttu. Ultrasonda terminal ileumda diffüz barsak duvar kalınlaşması saptandı. WBL:12300, CRP:16,4 idi.

Batın Tomografisinde, 4x6cm çapında kistik/kitlesele lezyonu raporlandı.

Kolonoskopi ve eksploratif laparotomi yapıldı. Kolonoskopide çıkan kolona kadar ilerlendi, herhangi bir aftöz lezyona rastlanmadı. Eksplorasyonda terminal ileumda 5x5cm, lümeni oblitere eden sert kitle mevcuttu. Eksizyonel örneklerde non-nekrotizan granülatöz reaksiyon alanları mevcuttu. Ayırıcı tanıda enfeksiyöz nedenler; Yersinia enterocolitica, tbc ve Crohn Hastalığı olup, laboratuvar değerlendirilmesi önerildi. Mikobakteri kültüründe üreme yoktu. Parafin bloktan Yersinia enterocolitica PCR'ı pozitif.

Sonuç: Yanlış yönlendirilmiş bir tedaviyle mortal ve morbid seyirli olabilen Yersinia enterokolitinde kesin tanı konulması önemlidir, bu da multidisipliner bir yaklaşım gerekir.

Anahtar Kelimeler: Yersinia enterokolit, ileal kitle, tuberküloz, Crohn hastalığı, kolonoskopi

Referanslar

- Baylan O, Abaslı HE. Türk Mikrobiyol Cem Derg 35:232-247,2005

S-02

Dış Merkezde Takılan Tüp Torakostomili Bir Olguda, Tüp Torakostomi Diyafragma Altında Olabilir mi?

Olga Devrim Ayyavaz, Bekir Erdeve, Ayşenur Celayir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, 34668, Türkiye

olga_ozbay@yahoo.com

Giriş/Amaç: İnfekte pleval sıvılar, pleval kalınlaşma, yapışıklıklar; akciğer hareketlerinin kısıtlanmasıyla diyafragma pozisyonunu etkileyebilmektedir(1). Çalışmamızda, pleval effüzyonu nedeniyle 9.interkostal aralıktan (İKA) tüp-torakostomi yapılarak tarafımıza sevk edilen olguda, tüpün yerleşimindeki şüpheli durum nedeniyle yaklaşımımız irdelendi.

Olgu: 6-yaş erkek hasta dışmerkezde lobar pnömoni tanısıyla 6gün tedavi uygulanmış. 7.gün tomografide masif pleval effüzyon nedeniyle sol tüp-torakostomi yapılmış; 1.gün 600cc drenajdan sonra durmuş, grafide sol tarafın kapalı olması üzerine tarafımıza gönderildi. Sol 9.IKA'dan tüp- torakostomi giriş deliği, grafide diyafragma altında(şüpheli) görünümdeydi. US'de sol hemitoraksta septalar içeren pleval mayiye rağmen tüpün yeri ayırtedilemedi; kontrastla diyafragma üzerinde olduğu tesbit edildi. 3.gün torasentezle efüzyon eksüdatif karakterdeydi; 6.IKA'dan tüp-torakostomi yapıldı. Tüpiçi Tissue Plazminojen Aktivatörüyle(TPA) fibrinolitik tedavi yapıldı, bol pürülan drenaj olduğundan 2.-3. dozları tamamlandı. 4.gün drenaj durdu, 9.gün toraks tüpü çıkarıldı. Bir hafta sonraki kontrol grafisi normaldi.

SONUÇ: Görüntüleme rehberliğinde(US) emniyet önerilerine dikkate alınarak yapılmalıdır(1). Tüp- torakostominin başarısız olduğu septalı pleval lokülasyonlarda erken fibrinolitik tedavi hastanede kalış süresini ve cerrahi gereksinimini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fibrinolitik tedavi, pleval effüzyon, tüp torakostomi

Referanslar:

1. Göğüs hastalıkları uzmanları için pleval hastalıkları tanı ve tedavi rehberi. TTD ve TÜSAD Yayını. Ankara, 2016

S-03**İnvajinasyonda Yaş, Cins, Başvuru Süresi İle Morbiditenin İlişkisi****OD Ayvaz, C Gül, A Celayir**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş/Amaç: İnvajinasyon erken tanı konulup tedavi edilmezse yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu çalışmada, invajinasyonlu olgularda yaş, cins, başvuru zamanı ile morbidite arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlandı. Gereç/Yöntem: Ocak 2013-2019 tarihleri arasında invajinasyon tanısıyla opere edilen hastaların kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Altı yıllık sürede 16'sı kız(%31,4), 34'ü(%66,7) erkek toplam 51 olgu invajinasyon nedeniyle opere edilmişti. Ortalama yaş 24,8ay(1ay-16yaş) olup bir yaş ve altı 31(%60,8) olgunun ortalama yaşı 8±2,88 ay(1ay-12ay) idi. Başvuruda karın ağrısı 40'ında(%78,4), safralı kusma 30'unda(%58,8), rektal kanama 24'ünde(%47,1) mevcuttu. Semptomların başlama süresi ortalama 1,45gün(1-5gün) olup başvuru sıklığı Haziran ve Mart aylarında sırasıyla %19,6, %15,7 en yüksekti. 20'sinde(%39,2) invajinasyon kitlesi palpe edilmekteydi. Operasyonda invajinasyon tipi; iliokolik 44(%86,3), ileoileal 5(% 9,8), kolokolik 1(%2), jejunoleal 1(%2) olup invajinasyonun uzunluğu ortalama 85mm (14mm-400mm) idi. Ek olarak Meckel divertikülü 2(% 3,9) hastada mevcuttu. Operasyonda 40'ında(%78,4) manuel redüksiyon yapıldı, 9'unda(% 17,6) başlangıçtaki invajinasyonun spontan redüksiyon olduğu gözlemlendi. 38'inde(%74,5) appendektomi gerekti. 3.gün ve 1.gün başvuran iki olguda(%3,9) redüksiyonda perforasyon gelişti; 6 aylık olguda leading point yoktu, 16 yaşındaki olguda leading point olarak LAP mevcuttu. Ameliyat sonrası ortalama 5,25gün (2gün-17gün) taburcu edildiler. Mortalite veya invagination tekrarı görülmedi. Postoperatif takipleri 45'inde(%88,2) sorunsuzdu. Dış merkezde başarısız pnomotik redüksiyon sonrası tarafımıza yönlendirilmiş 6 aylık erkek hastada manuel redüksiyon sonrası 3.gün barsak perforasyonu gelişti. 8 aylık erkek hastada 2,5.ay, brid ileusu nedeniyle operasyon gerekti. 31 aylık kız hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. 6 aylık ve 10 aylık iki erkek hastada erken dönem karın ağrısı nedeniyle yatırılarak gözlem gerekti. 35 aylık erkek hastanın terminal ileum kalınlaşmasının ultrasonik takiplerinde düzelmesi uzun sürdü. Morbid hastaların ortalama başvuru süreleri 1,33gün ile morbid olmayanların hastaların ortalama başvuru sürelerinin 1,47 gündü.

Sonuç: Erken başvuru ve erken tanı konulması invajinasyonda morbidite ve mortaliteyi azalttığı bilinmektedir; ancak çalışmamızda morbiditesi yüksek olan bir yaş altı erkek olgularımızın ortalama başvuru süresi ile morbid olmayanların karşılaştırılmasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,412).

Anahtar Kelimeler: İnvajinasyon, morbidite, çocuk

S-04

Akut sakroileit saptanan hidradenitis süpürativa tanılı hasta: Olgu sunumu

Hilal Mete

Giriş: Hidradenitis süpürativa (HS), kronik tekrarlayan abseler, sinüsler, skarlar ile karakterize apokrin glandların kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Lezyonlar sıklıkla aksilla, kasıklar, perineal bölgeleri tutar ve yaşam kalitesini önemli derecede etkiler. İnflamatuvar bel ağrısı ile başvuran HS tanılı olgumuzu sunarak bu birlikteliği gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta 10 yıldır HS tanısı ile dermatolojide takip altında iken son 4 aydır olan inflamatuvar bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede bilateral aksilla ve inguinal bölgede inflame nodülleri mevcuttu. Lomber hareketleri kısıtlı, ağrılıydı. Sakroiliak eklem testleri pozitif. Laboratuvar testlerinde ESR:46mm/saat, CRP:69,1mg/L yüksek, HLA-B27 negatif. Sakroiliak eklem MR'ında bilateral akut sakroileit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptandı. Cilt lezyonları için antibiyoterapi yanısıra deflazakort 30 mg kullanmakta olan hastaya NSAİİ başlandı. 1.ay kontrolünde bel ağrısında azalma mevcuttu, anti-TNF α tedavi başlanması planlandı.

Tartışma: HS'nin inflamatuvar barsak hastalıkları, endokrin ve metabolik bozukluklar, spondiloartropatilerle birlikteliği bildirilmiştir. Tedavisinde topikal ve sistemik antibiyotikler, steroidler, dirençli olgularda cerrahi gerekebilir. Son yıllarda HS'de anti-TNF α tedavilerin etkinliği gösterilmiş olup olgumuz gibi spondiloartropati birliğinde iyi bir seçenek olabilir kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: hidradenitis süpürativa, spondiloartropati

S-05

Sık üveit atakları ile seyreden psöriatik artrit olgusu

Yasemin Pekin Doğan, Hilal Mete and Ebru AYTEKİN

Giriş: Psöriasis tüm dünyada %1-3 görülme sıklığına sahip özellikle deri ve eklemleri tutan kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Eklem tutulumu seronegatif asimetrik oligoartrit, sinovit, daktilit, entezit ve sakroileit şeklinde karşımıza çıkabilir, psöriatik artrit (PsA) olarak spondiloartropatiler grubunda sınıflandırılmıştır. Psöriasisde üveit prevalansı %2 civarında bildirilmiştir. Sık üveit atakları ve şiddetli cilt bulguları ile seyreden PsA olgumuzu sunarak bu birlikteliği vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında kadın hastanın 10 yıldır tüm vücutta ve özellikle saçlı deride, sırtta, gluteal ve anal bölgede belirgin, küçük, keskin ve düzgün sınırlı yuvarlak plak tarzında cilt lezyonları mevcuttu. 2017 de ilk kez sağ göz üveit atağı geçiren hasta inflamatuvar bel ağrısı ve topuk ağrısı sebebiyle FTR polikliniğine yönlendirildi. Çekilen sakroiliak eklem MR'ı bilateral sakroileit ile uyumluydu, her iki topukta enteziti vardı, HLA-B27 negatifti. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastada ayırıcı tanı açısından Behçet Hastalığı düşünüldü ancak dışlandı, püstüller psöriasis tanısı konularak tedavi başlandı. PsA açısından NSAİİ ve sülfasalazin başlandı, hasta fayda gördü ancak takip sırasında son 1 yıl içinde 3 üveit atağı daha geçirdi ve sistemik streoid tedavisi verildi, cilt lezyonlarında bu süreçte artış meydana gelmesi nedeniyle metotreksat 20 mg/hafta eklendi, üveit açısından adalimumab tedavisi başlanması planlandı.

Tartışma: Psöriasisde göz tutulumu %10 civarında görülür. Göz bulguları içinde en sık blefarit, konjonktivit, keratit, daha nadir olarak katarakt, üveit, episklerit, pigment dispersiyonu bildirilmiştir. Erkekler ve geç başlangıçlı olgularda prevalans yüksektir. Göz bulgularının püstüller psöriasis, PsA ve HLA-B27 ile bağlantısı gösterilmiştir. Psöriasis ile oküler tutulumun ilişkisi tam olarak bilinmese de periferik dolaşımdaki aktive nötrofillerin sitokinler aracılığı ile üveit ataklarını tetiklediği düşünülmektedir. Üveit daha geç yaşlarda ortaya çıkar, sıklıkla anterior üveit şeklinde görülmektedir. Bu olgu ile PsA hastalarında göz tutulumunu gözden geçirerek, tedavide multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler: Psöriasis, sakroileit, üveit

S-06

Psoriasis Tanılı Hastada Sekukinumab Tedavisi Altında Gelişen İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

Defne Özkoca, Özge Aşkın, Burhan Engin, Server Serdaroğlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

*e-mail: defneozkoca@yahoo.com

Otuz iki yaşında kadın hasta tüm vücutta yaygın kızamık kepekli para para döküntüler şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Yedi yaşından beri psoriasis vulgaris tanısı ile takipli olan hasta son 2 aydır lezyonlarda artış tarif etti. Hastanın dermatolojik muayenesinde gövde ön yüz, karın, kalça, alt ve üst ekstremitelerde yaygın eritemli zeminde ince gümüş rengi skuamli guttat plaklar ve alt ekstremitelerde postlezyonel hipopigmente plaklar mevcut idi. Saçlı deri, oral ve genital mukozada lezyon yoktu ve tırnak bulgusu yoktu. Daha önceden sekukinumab tedavisi alan hastada sekukinumab tedavisinin 1. ayında halsizlik, ishal ve kusma gelişmesi üzerine hasta gastroenterolojiye başvurmuş ve ülseratif kolit tanısı almış idi. Hastanın daha önceden bilinen bağırsak hastalığı yoktu ve dışkılama alışkanlığı normal idi. Ailede bilinen bağırsak hastalığı olmayan hasta sekukinumab tedavisi başlandığı sırada sigara kullanmayı bırakmış. Sigara kullanımı ülseratif koliti önceden baskılamış olabilir. İki ayda bir infliksimab tedavisi altında sık ataklar tarifleyen hastaya 2 haftada bir uygulanacağı için adalimumab tedavisi planlandı.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuvar bağırsak hastalığı, psoriasis, sekukinumab

S-07

Gaziantep Bölgesinde İnflamatuvar Barsak Hastalığında Biyolojik Tedavi Öncesi Latent Tüberküloz Sıklığı İle İlişkili Risk Değerlendirmesi

Abdullah Emre Yıldırım

Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

E-mail: draemreyildirim@gmail.com

Amaç: İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) polikliniğimizde takip edilen ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalarında (CH) biyolojik ajanlar kullanımı öncesi latent tüberküloz oranlarının değerlendirmek ve hangi sıklıkta profilaktik tedavi verildiğini ortaya koymak amaçlandı.

Yöntem: İBH polikliniğinde takip edilen 787 (425 ÜK, 362 CH) hastanın dosyaları taranarak biyolojik tedavi almadan önceki serum Quantiferon ile tüberkülin deri testi sonuçları değerlendirildi. Profilaktik anti-TBC tedavi başlanan hastalar tespit edildi.

Bulgular: Anti-TNF kullanan 40 ı kadın, 115 İBH (48 ÜK, 67 CH) hastası tespit edildi. Biyolojik tedavi öncesi bu hastaların 27 (%23,4) sinde serum Quantiferon pozitifliği saptandı. Latent TBC olarak değerlendirilen bu hastaların 11 (%9,6) tanesi ÜK iken 16 (%13,9) tanesi CH idi. Bu hastaların tamamına biyolojik tedavi öncesi TBC profilaksisi başlanmış olduğu saptandı.

Sonuç: Türkiye’de Quantiferon pozitifliği prevalansı üzerine yapılmış özel çalışmalar yok iken batı kaynaklarına göre bu oran %30 civarında olduğu bildirilmiştir. Bizim bölgemizdeki biyolojik tedavi öncesi Quantiferon pozitifliği %23,4 olup normal populusyona yakın pozitiflik saptanmıştır. Sonuçta biyolojik tedavi başlayacağımız İBH hastalarda latent tüberküloz yaklaşık 4 hastadan birinde var olup tüberküloz riskinin artmış olduğu sonucuna varılmıştır. Bu hastalar mutlaka biyolojik tedavi öncesi test edilmeli ve gerekli ise TBC profilaksiye 1 ay öncesinden başlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Latent tüberküloz, quantiferon, anti-TNF

Referanslar

- Mack U et al and TBNET. LTBI: latent tuberculosis infection or lasting immune responses to M. tuberculosis? A TBNET consensus statement. *Eur Respir J*. 2009 May;33(5):956-73.

S-08

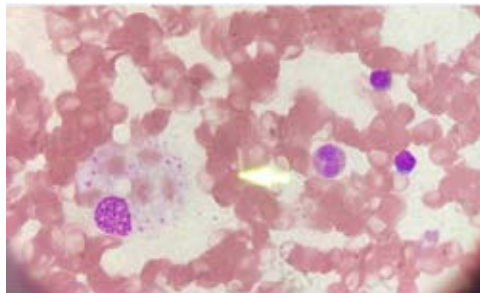
Tüberküloza Sekonder Makrofaj Aktivasyon Sendromu

Mert Oztas, Emir Çerme, Serdal Ugurlu

Istanbul University-Cerrahpasa

46 yaşında hasta; 1996 yılından beri Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA), 1997 yılından beri Ankilozan Spondilit tanı. AAA için kolşisin 1,5 gr/gün ile tanı tarihinden itibaren stabil seyretmekte. AS için 4 yıl etanercept almış olan hasta yanıt kaybı nedeniyle 2012 yılından itibaren adalimumab ile izlenmekte. Hastanın anti-TNF tedavisi öncesi PPD' si 11 mm olup, 9 ay izoniazid kullanım öyküsü mevcut.

Hasta 28 Eylül 2018'de nefes darlığı, son 1 ayda 10 kg kayıp, gece terlemesi ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvurdu. EKG' sinde özellik saptanmayan ve PAAC grafisinde bilateral minimal plevral efüzyon harici bulgu saptanmayan hastanın ekokardiyografi' de sol ventrikül arkasında 1 cm efüzyon alanı izlendi, tamponat izlenmedi. Hemogram ve biyokimyasasında lökosit: 2.000/mm³,nötrofil: 1.000/mm³,hemoglobin: 10 gr/dl, trombosit: 156.000/mm³,CRP: 68 mg/L,ALT: 130 IU/L, AST: 123 IU/L,Na: 139 mmol/L,potasyum: 4.6 mmol/L,üre:60 mg/dl,kreatinin: 1,78 mg/dl,fibrinojen: 352 mg/dl,INR: 1.2 olarak saptandı. Hastada ön tanı olarak makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) düşünülerek 60 mg intravenöz prednizolon başlandı. Malignite ekartasyonu açısından hastaya PET-BT çekildi. PET-BT' de perikard iç zarında ve bilateral sürrenal bezlerde SUVMAX sırasıyla 10 ve 12 olarak raporlandı, bu bulgulara haricinde patolojik bir FDG tutulum alanı izlenmedi. Yapılan kemik iliği aspiratında hemofagositoz gösterildi. Patolojik FDG tutulumu olan sürrenal glanddan tru-cut biyopsi yapıldı. Altmış mg/gün prednizolon tedavisinin altında lökosit sayısının normal aralığa ulaşmasına ve akut faz değerlerindeki gerilemeye rağmen transaminazlarda yükselme ve fibrinojen düşüklüğünün derinleşmesi nedeni ile 3 gün 1 gram/gün pulse prednizolon uygulandı. Takibinde hektik ateşi olan ve genel durumu kötüleşen hastanın çekilen toraks BT'sinde her iki akciğer üst loblarda miliyer tüberküloz ile uyumlu olabilecek nodüler lezyonlar görüldü. Bronkoalveolar lavaj (BAL) ve bronkoskopik biyopsi yapılan hastada, BAL' da asite rezistan boyanan bakteri (ARB+) görülmesi üzerine dürtülü anti-tüberküloz tedavisi başlandı.



S-09

Granüloamatöz Keilit; Olgu sunumu

İlkin Zindancı¹, Damla Demir¹, Ebru Zemheri²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji ABD, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, 34764, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, 34764, Türkiye

E-mail: ilkin.dr@gmail.com

Granüloamatöz keilit (GK), dudaklarda rekürren yada persistan büyüme ile karşımıza çıkan nonspesifik granüloamatöz inflamasyon ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte Crohn hastalığı, sarkoidoz, tüberküloz gibi granüloamatöz hastalıklar, dental malzemeler yada besinlere karşı gelişen hipersensivite reaksiyonları suçlanmaktadır. Sıklıkla hayatın ikinci dekadında ortaya çıkar, kadınlarda sık görülür. Kliniğinde dudaklarda ani gelişen diffüz genişleme, şişme ve sertlik şeklindedir. Bazen Merkelson-Rosenthal sendromunun bir parçası olarak da görülebilir. Histopatolojisinde epiteloid histiosit ve Langhans tipi dev hücrelerden oluşan nonkazeifiye granülomlar görülmektedir.

Bu olgu sunumunda dudaklarda şişme nedeniyle polikliniğimize başvuran, klinik ve histopatolojik bulgularla idiyopatik GK tanısı alan 35 yaşında bir erkek hasta sunulmuş olup güncel literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.



Şekil 1. Klinik görünüm

Anahtar kelimeler: Keilit, granuloma, granüloamatöz keilit

Referanslar

- Critchlow WA., *Adv. Head Neck Pathol.* **8**,209, 2014. Seghers AKç, *Adv. Acta Gastroenterol Belg.* **82**,2, 2019.

S-10

Ustekinumaba Yanıt Veren ve Artritin Eşlik Ettiği Akrodermatitis Kontinua Hallopeau Olgusu

Muazzez Çiğdem Oba, Özge Aşkın, Burhan Engin, Server Serdaroğlu

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Fatih, İstanbul, 34098, Türkiye

* E-mail: muazzez.oba@istanbul.edu.tr

Bildiri

Akrodermatitis kontinua Hallopeau (AKH) akrall bölgelerde şiddetli inflamasyon ve püstül oluşumu ile seyreden, lokalize bir püstüler psoriasis varyantıdır. Çoğunlukla el ve bazen ayak parmaklarının periungal bölgelerinden başlayarak proksimal yönde ilerleyen bu kronik tabloda yumuşak doku hasarı, tırnak kaybı ve distal falanks rezorbsiyonu da gözlenebilir (Smith, 2019). Tablo tedaviye oldukça dirençlidir (Sehgal, 2011). Burada ustekinumaba yanıt veren ve artritin eşlik ettiği bir AKH olgusunu sunmayı amaçladık. On beş yaş erkek hasta el tırnağında tekrarlayan iltihaplanma ve tırnak bozukluğu ile tarafımıza başvurdu. Dermatolojik muayenede sağ el 4.parmak tırnak yatağında eritem ve püstül adacıkları, anonişi ve periungal bölgede eritem mevcuttu. Şiddetli ağrısı olan ve romatoloji ile konsülte edilen hastada distal interfalenjeal eklemden artrit saptandı. Bir yıl boyunca kullanılan etanersept tedavisine yanıtızsız hastaya ustekinumab (45 mg 0., 4. hafta sonra 12 haftada bir) tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında tırnak yatağında mevcut inflamasyonda ve artritik semptomlarda belirgin gerileme saptandı. AKH'nın tedavisinde ustekinumab etkili bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar kelimeler: Akrodermatitis kontinua Hallopeau, püstüler akrodermatit, püstüler psoriasis, ustekinumab

Referanslar

- Smith MP, Ly K, Thibodeaux Q, Bhutani T, Liao W, Beck KM. Acrodermatitis continua of Hallopeau: clinical perspectives. *Psoriasis (Auckl)*. 9;9,2019.
- Sehgal VN, Verma P, Sharma S, et al. Acrodermatitis continua of Hallopeau: evolution of treatment options. *Int J Dermatol*. 50, 2011.

S-11

Kronik Plak Psoriasisde Sekukinumab Doz Artımının Sekonder Etkinlik Kaybında Sonuçları

Zeynep Topkarcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği,
Bakırköy, İstanbul, 34147, Türkiye

E-mail:ztopkarcı@yahoo.com

Özet

Sekukinumab, anit-IL17 monoklonal antikorudur; psoriasis vulgariste PASI 90-100 yanıtına erişimde başarılı sonuçlar veren ve anti-ilaç-antikor oluşumunun oldukça nadir olduğu bilinen biyolojik ajandır. İlk 5 hafta 300 mg yükleme dozu sonrası, 4 haftada bir 300 mg subkutan uygulama ile devam edilmektedir. Kiloya göre doz ayarı yapılmamaktadır.

Kliniğimizde takip ettiğimiz, daha önce biyolojik ajan kullanmış ancak yanıtızsızlık/yan etki oluşması nedeni ile sekukinumab tedavisi başlanmış, başlangıçta etkinlik sağlanıp, sekonder etkinlik kaybı olan 5 hastamızda, endikasyon dışı onayı ile 2 haftada bir 300 mg dozunda uygulamaya geçildi. Hastaların 4 ünde vücut kitle indeksi >30 kg/m² di. İki haftada bir uygulama sonrası, 3. ayda 1 hastada PASI 100, 2 hastada PASI 50 elde edildi, 2 hasta yanıtızsız kaldı.

Etkinlik kaybında ana faktörün vücut ağırlığı olduğu, önceki biyolojik yanıtızsızlığı ve plazma ilaç seviyesindeki düşüklüğünün de etken olabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle, etkinlik kaybı yaşanan hastalarda, farklı bir ajana geçmeden önce, özellik de obezite varlığında, sekukinumab doz artımı denenebilir.

Yaş, Cinsiyet	Kilo/boy	Önceki tedaviler-kesilme nedeni	Artrit	Sekukinumab yanıt
56, K	75kg/ 150 cm	Anti-Tnf etkinlik kaybı ve SCLE Ustekinumab; artrit alevlenme Tofacitinib:Deri lezyonlarına etkisiz	Var	Başlangıç yükleme dozu sonrası tam yanıt Eklem yanıtızsız Tofacitinib ile eklem yanıtı, deride kötüleşme Tekrar başlangıç; 2 haftada bir; 3 ay sonunda deride PASI 0, eklemde hafif iyileşme

Sözlü Bildiriler

43, K	112kg/ 155cm	Adalimumab: yanıt var ama KCFT artışı Ustekinumab: yanıtız	Artralji	3. Ayda PASI 75; 5. ayda PASI 25; 2 haftada bir uygulama başlangıçta yanıtı ancak 2 ay sonunda lezyonlarda belirgin artış
69, K	120kg/ 150 cm	Anti tnf ler ile etkinlik kaybı Ustekinumab etkinlik kaybı	Var	3. Ayda PASI 75; şüpheli over kitlesi ilaç kesildi, 2 ay sonrasında yaygın plaklar; 2 haftada bir uygulama 2 ay sonrası yanıtız, eritrodermi
37, E	100kg/ 180 cm	Adalimumab ile eritrodermi ve artrit atağı; para- doksal?	Var	Yükleme dozu sonrası PASI 75 de sabit ; eklem iyi; 5. ayda etkinlikte azalma; 2 haftada bir ile kullanım 3.ay PASI 50
41, E	75kg/ 180 cm	Anti tnf ler ve uste- kinumab etkinlik kayı	Artralji	Yükleme dozu sonrası lezyonsuz; 6. ayda yanıt kayı; 2 haftada bir kullanım 3. Ay PASI 50

Şekil 1. Sekonder yanıtızlık gelişen hastaların demografik, klinik özellikleri ve doz artımına yanıtları

Referanslar:

- 1- Augustin M, McBride D, Gilloteau I, O'Neill C, Neidhardt K, Graham CN. Cost-effectiveness of secukinumab as first biologic treatment, compared with other biologics, for moderate to severe psoriasis in Germany. J Eur Acad Dermatol Venereol. 32, 2191 -2199, 2018.
- 2- Beecker J, Joo J. Treatment of Moderate to Severe Psoriasis With High-Dose (450-mg) Secukinumab: Case Reports of Off-Label Use. J Cutan Med Surg. 22,86-88, 2018.

S-12

Psikoz ve Trombotik Trombositopenik Purpura ile Başvuran Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu

Sinem Nihal Esatoglu, Berna Yurttaş, Mustafa Erdoğan, Yeşim Özgüler, Serdal Ugurlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, 34098, Türkiye

* E-mail: nihalesatoglu@gmail.com

Giriş: Burada, psikoz ile psikiyatri kliniğine yatırıldıktan sonra SLE ve TPP tanısı konan bir vakayı sunmaktayız.

Olgu: 22 yaşında kadın hasta 7 aydır olan saç dökülmesi ve kaşıntılı purpurik cilt döküntüleri ile dermatoloji tarafından trikotillomani ve nörodermatit düşünülerek psikiyatri kliniğine yönlendirilerek psikotik depresyon tanısı ile yatırılmış. Hgb:5gr/dl, trombosit:18.000/mm³, Lökosit:7000/mm³ ve LDH:1876IU/l saptanması üzerine iç hastalıklarına danışılmış. Periferik yaymasında çok sayıda şistosit görülmüş ve TPP olarak değerlendirilmiş. ANA 1/1280 homojen, anti ds-DNA, anti-Sm ve anti-RNP yüksek titrede pozitif ve C3 düşüklüğü, akrosiyanozun eşlik ettiği peteşiyel döküntüler, temporal alopesi ve malar raş saptandı (Şekil). SLE ve TPP tanısı ile plazmaferez ve 1 gram 3 gün pulse steroid başlandı. Tedavinin 3. gününde hastanın kliniğinde ve laboratuvarında belirgin düzelme görüldü. Siklofosamid başlandı ve idame olarak başlanan mikofenolat mofetil tedavisi altında stabil seyretmektedir.

Tartışma: Hemolitik anemi ve trombositopenisi olan SLE hastalarında TPP'nin de olabileceği unutulmamalı ve bu tarz hastalarda şistosit açısından mutlaka periferik yayma yapılmalıdır.



Şekil. Fizik muayenede gözlenen akrosiyanoz ve vaskülitik döküntüler

Anahtar kelimeler: sistemik lupus eritematozus, psikoz, trombotik trombositopenik purpura

S-13

Parmaklarda Nekroz ile Prezente Olan Bir Vaskülit Takitçisi

***Gül Güzelant Özköse¹, S. Nihal Esatoğlu¹, Fatma Eda Nuhoglu Kantarcı²,
İzzet Fresko¹, Melike Melikoğlu¹***

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, İstanbul, Türkiye

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, İstanbul, Türkiye

*E-mail:guzelant_gul@hotmail.com

Giriş: Vaskülitleri taklit eden patolojilerin ayırt edilmesi yaşamsal öneme sahiptir.

Olgu: Hipertansiyon dışında hastalığı olmayan 49 yaşında erkek hasta, son 2 aydır el parmaklarında kızarıklık, 15 gündür morarma ve şiddetli ağrı şikayeti ile başvurdu. Sorgusunda yoğun alkol ve ismini bilmediği maddeler kullanımı sonrası şuuru kapalı şekilde 3 gün soğukta kaldığını ifade etmekteydi. Sistem sorgusunda bir kez olan sağ ayak bileği artriti dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde her iki el 3., 4. ve 5. parmakları nekroze, diğer parmakları da tamamen siyanotikti. Laboratuvar incelemelerinde belirgin akut faz yüksekliği (CRP:283 mg/dl (N 0-5), ESH:125 mm/s), anemi (Hct: %28, Hgb:10 gr/dl), lökositoz (WBC:12000/µl) mevcuttu. Total protein düzeyi 8.42 gr/dl (N 6.4-8.3), albümin düzeyi ise 3.11 gr/dl (N 3.5-5.2) idi. Diğer biyokimyasal tetkikleri, romatolojik serolojik testleri normal aralıktaydı. IgA düzeyi 2588 mg/dl (N 70-400) olarak belirgin yüksekti, IgG ve IgM düzeyleri ise düşüktü. Serum protein elektroforezinde monoklonal bant mevcuttu. Kriyoglobulin değeri 0.034 ve soğuk aglütinin pozitif saptandı. Hastada mevcut klinik ve IgA yüksekliği nedeniyle multipl myelom ön tanısıyla kemik iliği biyopsisi ve sonrasında acil olarak plazmaferez planlandı. Plazmaferez sonrası ağrısında belirgin azalma olan hastanın kemik iliği aspirasyonu, biyopsisi ve flow-sitometrik incelemeleri sonucunda IgA/kappa tipi multipl myelom tanısı konuldu. PET-BT'de sol parietal kemik, servikal vertebralar, 2. ve 6. kostalar, L2 ve L3 korpusta da litik-destrüktif lezyonlar saptandı. Hasta hematoloji birimine devredildi.

Tartışma: Vaskülitler kadar ayırıcı tanısında yer alan taklitçi hastalıklar da çoğu zaman ciddi ve tanı konulmazsa mortaliteye yol açabilecek hastalıklardır. Taklitçi hastalıkların en önemlileri kolesterol emboli sendromu, kardiyak miksoma, enfektif endokardit, kalsiflaksi, fibromuskuler displazi, antifosfolipid sendromu, amiloidoz, soğuk etkisi ve nörofibromatozis gibi bazı konjenital patolojiler olarak özetlenebilir. Madde kullanımı sonrası vaskülitini kliniği ile başvuran hastada multipl myelom tanısı konulmuştur.

Anahtar kelimeler: vaskülit, vaskülit taklitçisi, multipl myelom

S-14

Nadir Bir Birliktelik: Ailevi Akdeniz Ateşi ile İlişkili Amiloidoz ve Anlamı Belirlenemeyen Monoklonal Gamopati

Zeynep Toker Dincer¹, Berna Yurttaş¹, Ayşe Salihoglu², Serdal Uğurlu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, 34098, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul, 34098, Türkiye

E-mail: tokerzeynep@hotmail.com

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA); otozomal resesif kalıtılan, tekrarlayan ateş ve poliserözit ataklarıyla seyreden ve en sık görülen otoinflamatuvar sendromdur (1). AAA'nin en ciddi komplikasyonu amiloidozdur (2,3). Kolşisin kullanımından önce amiloidoz hastaların %60'ında görülürken, kolşisin AAA tedavisinde kullanılmasıyla bu oran oldukça gerilemiştir (2,3). Anlamı Belirlenemeyen Monoklonal Gamopati (MGUS) 50 yaş üzeri popülasyonda % 3-4 oranında görülür, multipl myelom veya primer amiloidoza ilerleyebilen bir plazma hücre diskrazisidir (4). Burada MGUS ve AAA ile ilişkili amiloidoz tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta nefrotik sendrom ve son dönem böbrek yetmezliği nedeni ile tetkik edilmeye başlanmış. Düzenli diyalize başlanan hastanın tetkiklerinde üre 95 mg/dL, kreatinin: 5 mg/dL, Hgb: 6 gr/dL, albümin: 2,90 gr/dL, total protein: 5,20 gr/dL saptanmış. Protein elektroforezinde monoklonal gamopati görülmesi üzerine proteinürinin de olması nedeni ile hasta da primer amiloidoz düşünülmüş. Yapılan immunfiksasyon elektroforezinde Immunglobulin A (IgA) Kappa monoklonalitesi saptanmış. IgA düzeyi 696 mg/dL, idrar kappa hafif zincir düzeyi 862 mg/gün (< 15 mg/L), idrar lambda hafif zincir düzeyi 313 mg/gün (< 15 mg/L), serum kappa düzeyi 52 mg/dL (0.33- 1.94), serum lambda düzeyi 10 mg/dL (0.57-2.63) görülerek kemik iliği biyopsisi yapılmış. Kemik iliği biyopsisinde interstisyel ve perivasküler alanda IgA Kappa monoklonalitesi gösteren plazma hücre infiltrasyonu ve damar duvarında potasyum permanganat ile solan amiloid birikimi bulunarak plazma hücre oranı %6 olarak değerlendirilmiş. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, myokarda restriktif tutulum tespit edilmiş. Hastanın 6 gr/gün proteinürisi saptanması üzerine böbrek biyopsisi yapılmış. Böbrek biyopsisinde immüno-elektron mikroskopisi ile yapılan tiplendirme doğrultusunda hasta AA amiloidoz tanısı almış. Anamnez derinleştirildiğinde çocukluk döneminde başlayan, tipik 3 gün süren ateş, karın ağrısı ve artrit atakları bu ataklara erizipel benzeri döküntünün eşlik ettiği öğrenilmiş. Hasta AAA ile ilişkili amiloidozu ve eşlik eden MGUS tanısı olduğu düşünülerek tarafımıza yönlendirildi. Gönderilen MeFV (Mediterranean FeVer) mutasyonu M694V homozigot olarak raporlandı. Haftada 3 gün hemodiyalize

Sözlü Bildiriler

giren hastaya 0,5 mg/hafta kolşisin ve 100 mg/gün anakinra başlandı.

Tartışma: AAA sık görüldüğü ülkelerde sekonder amiloidozun en sık sebebidir. Sunduğumuz vakada eş zamanlı MGUS tabloya eşlik etmekteken nefrotik sendromun asıl sebebi biyopsi ile gösterilen sekonder amiloidozdur. Hasta MGUS görülmesi için beklenenden daha genç bir hastadır. Böbrek biyopsi örneğinin immüno-elektron mikroskopisi ile değerlendirilerek biriken amiloidin AA tipi olduğunun gösterilmesi hastanın tedavisine yön vermiştir. MGUS ve AAA birlikteliği çok nadir de olsa amiloidoz düşünülen hastalarda ayırıcı tanı dikkatli yapılmalı, amiloid depoziti mutlaka tiplendirilmelidir.

Referanslar:

1. Sohar E, Gafni J, Pras M, Heller H. Familial Mediterranean fever. A survey of 470 cases and review of the literature. Am J Med 1967; 43:227-53.
2. Gafni J, Ravid M, Sohar E. The role of amyloidosis in familial mediterranean fever. A population study. Isr J Med Sci 1968; 4: 995-9
3. Yılmaz E, Ozen S, Balci B, Duzova A, Topaloglu R, Besbas N, et al. Mutation frequency of Familial Mediterranean Fever and evidence for a high carrier rate in the Turkish population. Eur J Hum Genet 2001; 9: 553-5.
4. Kyle RA. Monoclonal gammopathy of undetermined signifi cance; natural history in 241 cases. Am J Med 1978; 64:814-826.

S-15

Metotreksat İntoksikasyonu

Rıdvan Mercan

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları A.B.D, Romatoloji B.D, Tekirdağ, 59100,
Türkiye

E-Mail:mercanridvan@hotmail.com

Giriş: Romatoid artrit (RA) kronik, inflamatuvar, otoimmün, sistemik bir romatizmal hastalıktır. Metotreksat (MTX) tedavide altın standard olarak kabul edilmektedir. MTX inflamatuvar hastalıklarda düşük dozda kullanılmasına rağmen, lökopeni, megaloblastik anemi, trombositopeni ve pansitopeniyi içeren hematolojik toksisite prevalansı % 1-3 arasında değişmektedir. Bu yazıda MTX tedavisi alan ve bisitopeni gelişen bir vaka sunulmuştur.

Olgu: 55 yaşında kadın, 5 yıldır RA nedeniyle prednizolon, hidrokisiklokin ve oral mtx (15 mg/ hafta) tedavisi altındayken diz, el bileklerinde şişlik ve tüm vücutta ağrı şikayeti ile takip edildiği merkez dışında polikliniğe başvuruyor. Yapılan değerlendirme sonucu hastanın aktif hastalığı olması nedeniyle enjektabl 20 mg/ hafta mtx başlanıyor. Hasta tedavinin 3. haftasında ağızda yaralar, halsizlik ve yorgunluk ile polikliniğimize başvurdu. Kan tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri normal, karaciğer fonksiyon testleri 2 kat yüksek, hemoglobin 8.1 g/dl, hematokrit % 24, lökosit 1800, trombosit 90000 olarak bulunması üzerine interne edildi. Hastadan alınan anamnezde hastanın yeni başlanan enjektabl mtx yanında daha önce aldığı oral mtx devam ettiği öğrenildi. Hastanın mtx kesildi. Hastaya leucovorin 4x20 mg ve destek tedavisi verildi. Tedavinin 6. gününde kan değerleri düzeldi ve tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Tartışma: MTX, RA başta olmak üzere romatolojik hastalıklarda düşük dozlarda haftalık kullanılmaktadır. Hastaların tedavi başlangıcında ve tedavi değişikliği yaparken, hastaların kullandığı tüm ilaçların gözden geçirilmesi ve tekrar hastalara açıklanması ilaç etkileşimleri ve yan etkilerini azaltacaktır.

Anahtar kelimeler: Metotreksat, romatoid artrit, intoksikasyon

S-16

Hidradenitis Supurativi Hastalarda Tiyol/Disülfid Dengesi

Mavişe Yüksel, Pelin Basım, Gözde Ülfer

İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Dermatoloji A.D, Bağcılar/İstanbul, Türkiye İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Genel Cerrahi A.D, Bağcılar/İstanbul, Türkiye İstanbul Medipol Mega Üniversitesi Biyokimya A.D , Bağcılar/İstanbul, Türkiye

E-mail: mavissey107@gmail.com

Amaç: Hidradenitis süpurativa (HS) kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır. İnflamatuvar hastalıklar ile oksidatif stres arasındaki ilişki dikkat çekicidir. Bu çalışmada HS'li hastalarda tiyol/disülfid dengesini araştırıldı.

Yöntem: 2019 yılında Hastanemiz Dermatoloji ve Genel Cerrahi Kliniğine başvuran HS tanısı alan 33 hasta ve 30 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Tanı Avrupa yönergesine göre konuldu. İki grup arasında native tiyol, total tiyol ve disülfid kan seviyeleri, oranları araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 33 HS'li hasta 30 kontrol grubu olmak üzere 63 kişi katıldı .HS li hastalarda serum disülfid seviyeleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha yüksekti ($p= 0,006$). Disülfid/native tiyol Disülfid/total tiyol oranı hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti ($p=0,007$; $P=0,007$).

Tartışma: Bu çalışma hidradenitis süpurativada oksidatif stresin arttığını göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Hidradenitis süpurativa, tiyol disülfid

Referanslar:

1. Zouboulis CC, European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. JEADV , 9,619,2015

S-17

Anti-IL-12/23 Kullanımına Bağlı Gelişen Paradoksal Psöriatik Artrit

İlknur Kıvanç Altunay¹, İlayda Esna Gülsunay¹, Ezgi Özkur¹, Julide Öncü Alptekin²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Bölümü

Email: ezgierdal@hotmail.com

Hastanemiz psoriasis takip polikliniğinde 2013 yılından beri kronik plak psoriasis tanısıyla takip edilmekte olan 33 yaşında erkek hastaya ustekinumab tedavisi başlanmış ve ilk iki (45mg/4 hafta ara ile) dozundan sonra oluştuğunu belirttiği, sağ el birinci parmak distal interfalangeal eklemlerinden

başlayıp diğer küçük eklemlere de yayılan şişlik ve ağrı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın anamnezi alındığında 14 yıldır devam eden saçlı deri, gövde, diz ve dirsek yerleşimli kronik plak psoriasis hastalığı nedeniyle dbUVB, asitretin, metotreksat ve birçok topikal ajan kullandığı 2 yıl önce ise adalimumab başlandığı öğrenildi. Adalimumab başlanan hasta fayda görünce 1,5 yıl sonra adalimumab tedavisi sonlandırılıp ilaçsız takip edilirken 7. ayda şikayetlerinin tekrarlaması üzerine ustekinumab başlandı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde daha önce sol ayak lateralinde ağrı ve yürümede güçlük şikayeti üzerine Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği'ne konsülte edildiği ve HLA B27 pozitif olarak sonuçlandığı öğrenildi. Dermatolojik muayenede, hastanın gövdesinde, lumbosakral bölgede ve ekstremitelerde yer yer infiltrate üzeri skuamli değişik boyutlarda pembe eritemli psoriasis ile uyumlu papül ve plakları izlendi. Ayrıca distal interfalangeal eklemlerde ve el bileği eklemlerinde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğine konsülte edilerek psöriatik artrit olarak değerlendirildi, aksiyel tutulumu saptamak amacıyla MR görüntüleme istendi, MR normal olarak sonuçlandı. Hastaya paradoksal psöriatik artrit tanısı konuldu. Ustekinumab kesildi, karaciğer fonksiyon testlerinin yüksek seyretmesi nedeniyle metotreksat başlanmadı. Hastaya 100 mg/hafta subkutan etanersept ve 10 mg/gün prednizolon başlandı. İki hafta sonraki kontrolde hastanın artraljisinde belirgin azalma saptandı.

Ustekinumab, psoriasis tedavisinde güçlü etkili bir ajan olmakla birlikte, paradoksal reaksiyonları tetikleyebildiğine dair vaka bildirimleri mevcuttur. Klinisyenler hem anti-TNF ajanlar hem IL inhibitörleriyle gelişebilecek paradoksal reaksiyonlarla ilgili dikkatli olmalıdır.

S-18

Anti-TNF alan Ülseratif Kolitli bir Hastada Tüberküloz Enfeksiyonu: Vaka Sunumu

Müge Ustaoglu, Berk Baş, Ufuk Avcioğlu, Ahmet Bektaş

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Samsun, 55139, Türkiye

**E-mail: mugeustaoglu@omu.edu.tr*

Giriş: TNF-alfa, birçok inflamatuvar hastalığın patogenezinde önemli rol oynayan proinflamatuvar bir sitokindir. Son yıllarda anti-TNF ilaçlar, gastroenterolojik, romatizmal, dermatolojik birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda anti-TNF ajanların kullanımı ile ilişkili tüberküloz hastalığı insidansının arttığını gösterilmiştir. Bu bildiriye, ülseratif kolitli anti-TNF kullanan bir hastada tüberküloz tanısı koyduğumuz bir vakayı sunduk.

Vaka: İki ay önce başka bir hastanede ülseratif kolit tanısı konan, mesalazin ve adalimumab tedavisi başlanan 70 yaşında erkek hasta polikliniğimize kilo kaybı, karın ağrısı, mukuslu ishal (10/gün), nedeniyle başvurdu. Laboratuvar değerlendirmesinde kronik hastalık anemisi vardı, akut faz reaktanları yüksekti ve gaita bol miktarda eritrosit lökosit saptandı. Hastanın mevcut tedavisine metronidazol ve siprofloksasin eklendi. Yapılan kolonoskopi terminal ileum normaldi, sol kolonik tipte ülseratif kolit ile uyumlu idi, kolondan tüberküloz ve enfektif kolit açısından biyopsiler alındı. Hastanın patoloji sonuçlarında sitomegalovirus ve tüberküloz enfeksiyonunu destekler bulgu tespit edilmedi. Hasta antibiyotik ve steroid tedavisinden fayda görmemesi üzerine adalimumab tedavisi infliksimab ile değiştirildi. İnfliksimab tedavisi öncesi çekilen akciğer grafisi normaldi, 2 kez yapılan tüberkülin deri testi anerjikti. Göğüs hastalıklarından hastanın tüberküloz açısından yüksek riskli olmaması ve daha önce adalimumab kullanması sebebiyle, tedavi onayı alınarak infliksimab tedavisine başlandı. Tedavisinin 3.dozu sonrası ateş, öksürük, kilo kaybı yakınması ile acil servise başvurdu. Hastanın başvurusunda yapılan tetkiklerinde beyaz küre artışı ve CRP:64 mg/L, sedimantasyon:96 mm/sa saptandı. Hastaya acil serviste çekilen toraks BT'de her iki akciğerde yaygın, düzensiz, belirgin alveolar interstisyel dansite artışı ve sağ bazal posterior bant tarzında konsolidasyon izlendi. Tüberküloz ekartasyonu açısından bronkoskopik lavaj materyalinden tüberküloz örneklemesi yapıldı. İnterferon gama salınım testi (+) saptandı ve infliksimab tedavisi kesilerek, 4'lü anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Tedavinin 10.gününde hastanın ateşi kontrol altına alındı, lökosit normale geldi. Tedavinin 45.gününde bronkoskopik lavaj kültüründe tüberküloz üremesi saptandı ve anti-tüberküloz tedaviye devam edildi.

Sonuç: Tüberküloz anti-TNF tedavinin ciddi komplikasyonlarından biridir. Hastalar tüberküloz açısından tedavi öncesi dikkatle değerlendirilmelidir. Tüberküloz taramasında akciğer grafisi, tüberkülin cilt testi ve interferon gama salınım testi yer almalıdır. Tüberküloz için yüksek riskli hastalarda yapılması gereken ilk test interferon gama salınım testi olmalıdır. Bu test sonucu negatif

Sözlü Bildiriler

çıkırsa dahi tüberkülin deri testi ile kontrol yapılmalıdır. Ülkemizde interferon gama salınım testi ücretli olması sebebiyle çoğu klinikte ilk test olarak tüberkülin deri testi kullanılmaktadır. Türkiye göğüs hastalıkları derneği kılavuzlarında tüberkülin testi 0-5 mm olan hastalara mutlaka ikinci bir tüberkülin deri testi yapılması önerilmektedir. Aneurjik hastalarda da tüberküloz için risk faktörü ve akciğer grafisinde patolojik bulgu olmasa dahi interferon gama salınım testi ile kontrol yapılması önerilmektedir. Sonuç olarak bizim hastamızda sadece tüberkülin deri testi sonucu ile verilen karar, tüberküloz alevlenmesine ve hasta için tedavisi zor bir sürece yol açmıştır.

Anahtar kelimeler: anti-TNF, inflamatuvar barsak hastalığı, tüberküloz

Referanslar:

1. TC. Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi Ankara 2011:115,120-121. 2- Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, et al. Clin Infect Dis 2017; 64:e1.

S-19

Ankilozan Spondilitte Nadir Görülen Göz Tutulum Şekli: Tedaviye Dirençli Bilateral Kronik Posterior Üveit Retinit İle Giden Olgu

Ali Nail Demir

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Ankilozan spondilit (AS) primer olarak sakroiliak eklemleri, omurga ve tendonları etkileyen kronik inflamatuvar sistemik romatizmal bir hastalıktır.en sık görülen eklem dışı tutulum akut anterior üveit (AAÜ)şeklindedir. Üvea gözüün damar ve pigmentten zengin orta tabakası olup anatomik tutulum yerine göre ön, orta, arka ve panüveit olarak isimlendirilir. Bu olgu sunumunda amaç AS'li bir olguda en sık görülen göz tutulumu olan tedaviye iyi yanıt veren unilateral AAÜ'den farklı olarak bilateral kronik rekürren üveit ve retinal tutulum gösteren tedaviye dirençli göz tutulumu olabileceğini akılda bulundurmak gerektiğini vurgulamak istedik.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta 2013 yılında 3 aydan uzun süredir inflamatuvar bel kalça ağrısı topuk ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın hla b27 pozitifliği sakroiliak grafide bilateral sakroileit ile uyumlu grafi bulguları akut faz yüksekliği fizik muayene sakroiliak kompresyon schober 3.5 cm öyküde erkek kardeşte as olan hastaya Ankilozan spondilit teşhisiyle indometazin 25 mg 3*1sül-fasalazin 500 mg 2*2 başlanmış.takiplerinde hastalık aktivitesinin devamı nedeni ile çekilen manyetik rezonans görüntüleme bilateral sakroileit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptanması nedeni ile nsaid değişikliği yapılip biyolojik tedavi hazırlığı yapılmış.takiplerinde nisan 2014de adalimumab 40 mg/ 2hafta başlanmış. Etkisizlik ve ek nsaid ihtiyacı nedeni ile ağustos 2015de etanercept 50 mg/ hafta başlanmış.ocak 2017de sağ gözde hiperemi,fotofobi,ağrı şikayeti sonrası göz birimine konsülte edilen hastada fundusta bilateral vitrit vaskülitik değişiklikler nedeni ile topikal tedavisi düzenlenmiş olup sistemik tedavi olarak metilprednizolon 48 mg /gün azatiopürin 100 mg başlandı..gastrointestinal intolerans nedeni ile azatiopürini kesen hastaya göz ile konsülte edilip etanerceptten infliksimaba geçilmiş.infliksimaba bağlı kcft yüksekliği ve anafilaktik reaksiyon gelişen hastanın bu süreçte posterior üveit atakları devam ettiğinden çekilen OCT(optik koherens tomografi) görüntüleme bilateral vasküler sızdırma mevcut.kronik rekürren posterior üveit ve sekel vaskülitik değişiklikler nedeni ile sertolizumab 200 mg*2 yükleme dozu subkutan başlandı.

Hasta bu süreçte metilprednizolon tedavisine devam etti sertolizumab pegol ile eklem yakınımıları olmayan hastaya göz tutulumunun devam etmesi nedeni ile ek immünsüpresan tedavi planlandı.

Özellikle hla b27 pozitifliği olan Ankilozan Spondilitte göz tutulumu en sık AAÜ şeklinde olup genelde tedaviye iyi yanıt vermektedir.tedavi sonrası sekel değişiklikler beklenmemektedir.olgumuzda olduğu gibi nadiren literatürde bildirilmiş biyolojik tedavi ve immünsüpresif tedaviye rağ-

Sözlü Bildiriler

men görme kaybına yol açabilecek kronik rekürren gözün posterior segmentini etkileyen tutulum şekilleri olabilmektedir.bu durumda sistemik tutulum ile ilgili branşlarla konsültasyon istenmeli gerekirse tedavi seyri değiştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Ankilozan spondilit, posterior üveit, retinit:

S-20

Hidradenitis Suppurativa ve Behçet Hastalığı Birlikteliği

**Dilek Tezcan¹, Semral Gülcemal¹, Muhammet Limon¹, Sema Yılmaz¹,
Gökçem Yalın Kocamaz²**

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Romatoloji Bilimdalı

² Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı

E-mail: dr_dilekturan@hotmail.com

Giriş: Hidradenitis suppurativa (HS), özellikle puberte sonrası, kadınlarda daha sık görülen apokrin glandların tekrarlayıcı kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Başta obezite ve metabolik sendrom olmak üzere, spondiloartrit, otoinflamatuvar hastalıklar ve bazı otoimmün hastalıklar HS hastalarında daha sık görülür. Bu olgu, Behçet hastalığı (BH) tanısı olan ve HS'nin eşlik etmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, 6 yıl önce tekrarlayan oral aft, genital aftöz ülser, dizde monoartrit ve paterji testi pozitifliği ile kliniğimizde BH tanısı konuldu. Hastanın özgeçmişinde sistemik otoimmün bir hastalık yoktu. Medikal tedavi olarak kolşisin, sülfasalazin, metotreksate tedavileri başlandı. Hasta 1 yıl sonra aksiller bölgede gelişen cilt lezyonu nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Cilt muayenesinde aksiller bölgede ağrılı, akıntılı hipertrofik skarın eşlik ettiği nodüler lezyon HS ile uyumluydu (Resim 1). Laboratuvar tetkiklerinde CRP yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. Hastaya topikal ve sistemik antibiyotik tedavileri verildi. Dirençli seyretmesi üzerine infliksimab tedavisi başlandı. Hastanın akut faz reaktanları geriledi, kliniği rahatladı. Hastanın poliklinik takipleri sırasında herhangi bir aktivasyon gözlenmedi.



Resim 1

Tartışma: HS'nin, otoimmün ve otoinflamatuvar hastalıklar gibi birçok komorbidite ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İlişkili klinik özellikler, risk faktörleri ve olası komorbid koşullar hakkındaki farkındalığı arttırmak önem taşımaktadır. BH ile HS birlikteliği, ilk olarak 2007'de Şahin ve ark. tarafından bildirildi. Bu olguda HS'nin farklı romatolojik hastalıklara eşlik edebileceği ve bu bir-

Sözlü Bildiriler

likteliğin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hidradenitis süpurativa, Behçet hastalığı

Referanslar

1. Sahin MT, Oztürkcan S, Türel-Ermertcan A, Yurtman-Havlıcu D, Bilaç C. Behcet's disease associated with hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007 Mar;21(3):428-9.

S-21

Ankilozan Spondilit Hastalarında Kardiyak Otonom Sinir Sisteminin Elektrokardiyografi ve 24 Saatlik Holter Kaydı ile Değerlendirilmesi

Mustafa Candemir¹, Berna Göker²

¹ Yozgat Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Erdoğan Akdağ Mah. Viyana Cad., Yozgat, 66100, Türkiye

² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Yenimahalle, Ankara, 06100, Türkiye

* E-mail: mstfndmr@hotmail.com

Bildiri

Ankilozan spondilit (AS), kardiyak iletim defektleri ve aritmi gibi komplikasyonlara neden olabilen romatolojik bir hastalıktır (Bergfeldt, 1982). Bu çalışmanın amacı AS hastalarında elektrokardiyografide T dalgası tepe noktası- sonlanım noktası intervali (Tpe), Tpe/düzeltilmiş Qt (QTc) oranının ve 24 saatlik holter ile ölçülebilen kalp hızı değişkenliği (KHD) ve kalp hızı türbülansını (KHT) değerlendirmektir.

Çalışmaya 76 AS hastası ve 55 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Denekler KHT parametreleri olan Tonset (TO) ve Tslope (TS) değerlendirilerek 3 gruba ayrıldı (KHT-0:normal TO, TS; KHT-1:anormal TO veya TS; KHT-2:anormal TO ve TS).

AS hastalarında Tpe, Tpe/QTc oranı uzamıştı ve hastalık süresi ile ilişkiliydi. Tüm KHD parametreleri AS'li hastalarda azalmıştı. Ayrıca KHT 1 ve 2 gruplarında AS hasta sayıları anlamlı şekilde fazla idi (Şekil 1). Tüm parametreler için $p < 0.05$ idi.

Bu çalışma ile AS hastalarında ventriküler repolarizasyonun bozulduğu (artmış Tpe, Tpe/QTc oranı) ve parasempatik sistemin kardiyak etkisinin azaldığı (bozulan KHD ve KHT parametreleri) gösterilmiştir.

	AS (n=76) Ortalama±SD veya Ortanca	Control (n=55) Ortalama±SD veya Ortanca	P
Kalp hızı (beat/min)	76.00 (69.00-84.50)	77.00 (73.00-83.00)	0.339
QRS interval (ms)	84.60±8.82	81.94±10.58	0.120
QTc interval (ms)	418.50 (399.00-429.00)	414.00 (384.00-430.00)	0.359
Tpe (ms)	84.50(78.00-94.00)	69.00(64.00-72.00)	<0.001
Tpe/QTc oranı	0.21 ± 0.04	0.16 ± 0.02	<0.001
Minimum kalp hızı	45.02±8.51	46.30±8.60	0.399
Ortalama kalp hızı	78.18±7.31	75.90±6.29	0.065

Sözlü Bildiriler

Maksimum kalp hızı	150.11±21.23	152.85±24.04	0.492
Total QRS	103817.50 (93965.25-112585.00)	105476.00 (96425.00-115533.00)	0.277
VLF	31.91 ± 8.77	34.89 ± 6.03	0.023
LF	24.51 (18.46-29.58)	28.01 (23.51-31.70)	0.012
HF	14.70(11.78-18.93)	17.42 (14.26-19.99)	0.004
LF/HF oranı	1.74±0.49	1.59±0.26	0.023
SDNN	146.60 ±38.39	157.25 ± 17.52	0.035
SDANN	129.96 ± 40.46	141.36 ± 17.96	0.032
ASDNN	60.93 ± 22.52	67.87 ± 11.95	0.024
rMSSD	36.69 ± 12.05	40.98 ±7.4	0.013
pNNS0	13.25 (9.35-18.55)	15.90 (14.00-19.70)	0.004
KHT-0, n (%)	40 (52.6)	45 (81.8)	0.001
KHT-1, n (%)	27 (35.5)	9 (16.4)	0.015
KHT-2, n (%)	8 (10.5)	0	0.021

Şekil 1. Çalışma popülasyonunun elektrokardiyografi ve 24 saatlik holter parametre sonuçları

Anahtar kelimeler: Ankilozan spondilit, kalp hızı değişkenliği, kalp hızı türbülansı, otonom sinir sistemi, Tpe, Tpe/Qtc

Referanslar:

- Bergfeldt L, Edhag O, Vallin H *Cardiac conduction disturbances, an underestimated manifestation in ankylosing spondylitis. A 25-year follow-up study of 68 patients.* Acta medica Scandinavica **212 (4):**217-223, 1982

S-22

Poliartrit ve Spondilodiskit ile Gelen Bir Miliyer Tüberküloz Olgusu

Yeşim Özgüler, Elif Dinçses Nas, Berna Yurttaş, Vedat Hamuryudan

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

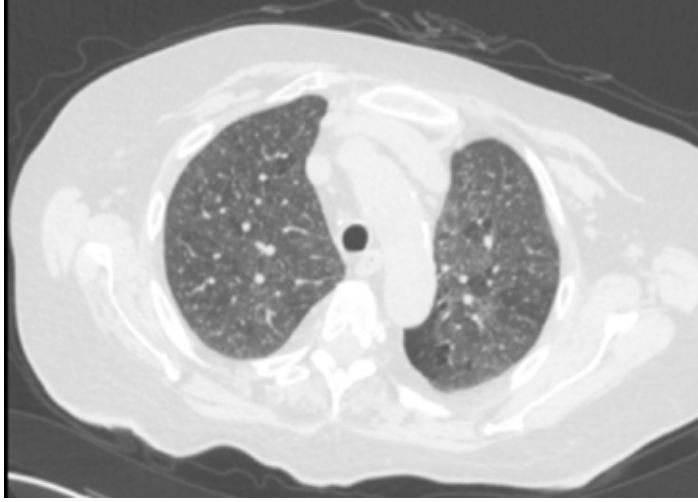
** E-mail: dryesimozguler@yahoo.com*

Amaç: İleri yaşta başlayan eklem şikayetlerinde konstitüsyonel belirtiler eşlik ediyorsa, tedaviye dirençli klinik ve akut faz değerleri varsa; ayırıcı tanıda enfeksiyon hastalıkları ve maligniteler olmalıdır. Poliartirit ile prezente olan ve tedaviye rağmen sistemik inflamasyon belirtilerinin sebat etmesiyle tanı alan bir tüberküloz (TB) vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 78 yaşında kadın hasta, 4 ay önce pnömöni kliniği sonrası başlayan sol el bilek ve metakarpofalengeal eklem artritleri ve akut faz yüksekliği ile başka bir merkezde değerlendirilmiş. Metotreksat ve steroid başlanmış ancak eklem şişliği devam etmiş. Üç ay sonra eklenen göğüs sırt ağrısının etiyojisi bulunamaması, son 1 aydır ateş ve ampirik antibiyotik tedavisine rağmen akut fazın yüksekliği (CRP:51 mg/dl) ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde ateş ve eklem hassasiyeti dışında özellik yoktu. Nedeni bilinmeyen ateş nedeniyle alınan kan kültürleri ve eko-kardiyografi ile infektif endokardit ekarte edildi. RF, anti-CCP, ANA, SS-A/B, ANCA negatifti. Çekilen Toraks bilgisayarlı tomografide mediastende en büyüğü 15 mm kalsifiye lenfadenopati, yaygın miliyer paternde multipl milimetrik nodüller görüldü (Resim 1). Çekilen spinal manyetik rezonans görüntüleme T8-9 vertebra seviyesinde spondilodiskit ile uyumlu kontrastlanma ve etrafında 1x0.5 mm abse ile uyumlu lezyon görüldü. Geçmişte TB öyküsü yoktu. Balgamda aside dirençli basil negatifti. Bronkoalveoler lavaj ile TB için örnek alınarak dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı; sonrasında kültürde mikobakterium TB saptandı. Tedavi 2. haftasında kliniği ve CRP iyileşti.

Sonuç: Ülkemizde sık görülen TB romatolojik hastalıkların en önemli taklitçisidir. Tüm vakaların %1-3'ü kas-iskelet sisteminde spondilodiskit (%50), osteomyelit, septik veya reaktif artrit şeklinde olabilir (1). Hastamızda olduğu gibi spondilodiskit ve poliartirit birlikteliği nadir bir durumdur. Özellikle immunsupresif tedavi ve ileri yaş ile artan miliyer tüberküloz riski, benzer kliniğe sahip hastalarda düşünülmelidir.

Sözlü Bildiriler



Resim 1. Yaygın miliyer paternde multipl milimetrik nodüller

Anahtar kelimeler: miliyer tüberküloz, spondilodiskit, tüberküloz

Referanslar

1. Malaviya AN, Kotwal PP. Arthritis associated with tuberculosis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003 Apr;17(2):319-43. Review.



WWW.INFLAMATUVARKURSUSU.ORG

İNFLAMATUVAR HASTALIKLAR KÜRSÜSÜ

6 - 8 Aralık 2019
Cratos Premium Hotel, Girne, KKTC

Organizasyon Sekreteryası

BR S
Congress, Incentive and Events

Esentepe Mah. Sağlık Fikir Sok. Esen Palas Apt. A Blok No:2 D:9 Esentepe / Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 296 66 70 / Fax: 0 212 296 66 71
www.brosgroup.net / e-mail: nihat.kayaoz@brosgroup.net

