



Cerrahpaşa  
Romatoloji  
Derneği

# Cerrahpaşa Behçet Hastalığı Sempozyumu - I

21-22 Şubat 2020

Fairmont Quasar İstanbul Hotel

***“Prof. Dr. Hulusi Behçet Anısına”***

Düzenleyen  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,  
Behçet Hastalığı Uygulama ve  
Araştırma Merkezi

## BİLDİRİ KİTABI

[www.cerrahpasabehcet.org](http://www.cerrahpasabehcet.org)

## **Düzenleme Kurulu**

Fatma Alibaz

Selda Çelik

Haner Direskeneli

İzzet Fresko

Ahmet Gül

Vedat Hamuryudan

Gülen Hatemi

Zekayi Kutlubay

Melike Melikoğlu

Yeşim Özgüler

Sebahattin Saip

Server Serdarođlu

Emire Seyahi

İlknur Tuğal Tutkun

Didar Uçar

Serdal Uğurlu

Uğur Uygunoğlu

Selda Çelik

# Bilimsel Program

21 ŞUBAT 2020, CUMA

## SALON B

### HASTA TOPLANTISI

09:00 - 11:00	<b>Doktorların ve Hastaların Sesi</b> <i>Moderatörler: Melike Melikoğlu, Gülen Hatemi, Ahmet Gül</i>	
	09:00 - 09:15	Deri Mukoza tutulumu <i>Cem Mat</i>
	09:15 - 09:30	Göz tutulumu <i>Yılmaz Özyazgan</i>
	09:30 - 09:45	Damar tutulumu <i>Emire Seyahi</i>
	09:45 - 10:00	Nörolojik tutulum <i>Melih Tütüncü</i>
	10:00 - 10:15	Gastrointestinal tutulum <i>Ali İbrahim Hatemi</i>
	10:15 - 11:00	<b>Panel Tartışması / Sormak istedikleriniz</b> <i>Panelistler: Cem Mat, Yılmaz Özyazgan, Emire Seyahi, Melih Tütüncü, Ali İbrahim Hatemi</i>

## SALON A

### SEMPOZYUM PROGRAMI

11:15 - 12:30	<b>Açılış Oturumu</b> <i>Oturum Başkanları: Sebahattin Yurdakul, Vedat Hamuryudan</i>	
	11:15 - 11:30	Açılış Konuşması <i>Mustafa Sait Gönen</i> <i>(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı)</i> <i>Nuri Aydın</i> <i>(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörü)</i>
	11:30 - 12:10	Hulusi Behçet ve Cerrahpaşa'da bir Behçet polikliniği <i>Yalçın Tüzün, Halit Pazarlı, Hasan Yazıcı</i>
	12:10 - 12:30	Behçet hastalığı: Dünya ve Türkiye <i>Nihat Dilşen</i>
12:30 - 13:30	<b>Öğle Yemeği</b>	

## SALON A

13:30 - 14:45	<b>Behçet Patogenezinine Bakış</b> <i>Oturum Başkanları: İzzet Fresko, Ayhan Dinç, Huri Özdoğan</i>	
	13:30 - 14:00	Behçet hastalığının moleküler temelleri <i>Ahmet Gül</i>
	14:00 - 14:30	Behçet hastalığında OMIC temelli çalışmalar <i>Uğur Sezerman</i>
	14:30 - 14:45	Behçet sendromu'nda çalışma tasarımı ve değerlendirme ölçütleri <i>Gülen Hatemi</i>
14:45 - 15:45	<b>Behçet Hastalığı: Son Yılın Özeti</b> <i>Oturum Başkanları: Cengiz Korkmaz, Recep Tunç</i>	
	14:45 - 15:15	Klinik ve temel bilimler <i>Haner Direskeneli</i>
	15:15 - 15:45	Tedavi <i>Vedat Hamuryudan</i>
15:45 - 16:00	<b>Kahve Molası</b>	
16:00 - 18:20	<b>Sözlü Bildiriler Eşliğinde Panel Tartışma</b> <i>Moderatörler: Timuçin Kaşifoğlu, Cemal Bes, Fatma Alibaz Öne</i>	
	16:00 - 16:10	<b>SS-001</b> - Behçet hastalığına yatkınlık oluşturan HLA-B*51 allelinde pozitif seçilimi destekleyen bulgular <i>Ahmet Gül</i>
	16:10 - 16:25	<b>SS-002</b> - ERAP1-dependent immunogenicity and immunophenotypes in HLA-B*51+ Behçet' suggest CD8 T cell involvement <i>Johannes Nowatzky</i>
	16:25 - 16:35	<b>SS-003</b> - Behçet hastalarında intestinal mikrobiyota kompozisyonu ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması (Rheum-BIOTA çalışması) <i>Nazife Sula Yavaş Bilge</i>

## SALON A

6:00 - 18:20	16:35 - 16:45	<b>SS-004</b> - Uveiti olan Behçet sendromlu hastalarda mikrobiota <i>Feride Nur Göğüş</i>
	16:45 - 16:55	<b>SS-005</b> - Behçet Hastalığında hasta kaynaklı bir ölçek olarak mukokütanöz aktivite indeksi: çok merkezli ulusal bir çalışma <i>Gonca Mumcu</i>
16:55 - 17:10	<b>Kahve Molası</b>	
6:00 - 18:20	17:10 - 17:20	<b>SS-006</b> - Behçet sendromlu hastalarda ağız yaraları için pentoxifylline jel <i>Gülen Hatemi</i>
	17:20 - 17:30	<b>SS-007</b> - ISG kriterlerini doldurmayan Behçet Hastalarının inisyel klinik özellikleri ve Prognozu <i>Sinem Nihal Esatoğlu</i>
	17:30 - 17:40	<b>SS-008</b> - Behçet hastalığı başlangıcının yıllar içindeki seyri <i>Elif Dinçses</i>
	17:40 - 17:50	<b>SS-009</b> - Behçet hastalığına bağlı pulmoner arter tutulumunda intravasküler görüntüleme <i>Burçak Avcı Kılıçkiran</i>
	17:50 - 18:00	<b>SS-010</b> - Parenkimal Nöro-Behçet hastalığında lezyon dağılım paterninin olasılık haritalaması kullanarak analizi <i>Serkan Emekli</i>
	18:00 - 18:20	<b>SS-011</b> - Nörobeçet: Klinik bulgular ve hastalık seyri - Hacattepe tecrübesi <i>Ertuğrul Çağrı Bölek</i>

## SALON A

09:00 - 11:10	<b>Göz Tutulumu Paneli</b> <i>Oturum Başkanları: Melike Melikoğlu, Ahmet Gül</i>	
09:00 - 09:40	<b>Göz Tutulumu: Klinik Değerlendirme</b>	
	09:00 - 09:20	Behçet üveitinin ayırd edici özellikleri ve aktivite değerlendirmesi <i>Ilknur Tuğal Tutkun</i>
	09:20 - 09:40	Behçet üveitinde prognoz ve hasar değerlendirmesi <i>Yılmaz Özyazgan</i>
09:40 - 11:10	<b>Göz Tutulumu: Tedavi</b>	
	09:40 - 10:10	Komvansiyonel tedaviye dirençli üveit kavramı <i>Didar Uçar</i>
	10:10 - 10:40	Interferon tedavisi <i>Ilknur Tuğal Tutkun</i>
	10:40 - 11:10	Treatment of Behçet's Uveitis with Anti-TNFs <i>Bahram Bodaghi</i>
11:10 - 11:30	<b>Kahve Molası</b>	
11:30 - 12:30	<b>Deri ve Mukoza Tutulumu</b> <i>Oturum Başkanları: Burhan Engin, Sedat Kiraz</i>	
	11:30 - 12:00	Deri ve mukoza bulgularının ayırıcı tanısı <i>Tülin Ergun</i>
	12:00 - 12:30	Deri ve mukoza tutulumunun tedavisi <i>Zekayi Kutlubay</i>
12:30 - 13:30	<b>Öğle Yemeği</b>	
13:30 - 15:10	<b>Damar Tutulumu</b> <i>Oturum Başkanları: Kenan Aksu, Bedrettin Yıldızeli, Deniz Göksedej</i>	
	13:30 - 14:10	Vascular Manifestations of Behçet's Syndrome and Recent Advances in Their Management <i>David Saadoun</i>
	14:10 - 14:40	Behçet hastalığı patogenezinde venöz tutulum teorisi <i>Emire Seyahi</i>
	14:40 - 15:10	Büyük damar tutulumunda cerrahi <i>Hasan Tüzün</i>
15:10 - 15:25	<b>Ara</b>	

## SALON A

**Gastrointestinal Tutulum***Oturum Başkanları: Yusuf Erzin, Servet Akar, Sedat Kiraz*

15:25 - 15:55

Intestinal Behçet ve Crohn hastalığı: Benzerlikler &amp; farklılıklar

*Aykut Ferhat Çelik*

15:55 - 16:25

Intestinal Behçet: Tedavi ve prognoz

*Ali İbrahim Hatemi*

16:25 - 16:45

**Kahve Molası****Santral Sinir Sistemi Tutulumu***Oturum Başkanları: Gülşen Akman Demir, Osman Kızılkılıç, Murat Kürtüncü*

16:45 - 17:00

Nörobeçet: Yeni sınıflandırma

*Aksel Siva*

16:45 - 17:55

17:00 - 17:15

Nörobeçet lab bulguları

*Erdem Tüzün*

17:15 - 17:55

Olgular eşliğinde Nörobeçet: Ayırıcı tanıda nörolojik ve nöroradyolojik yaklaşımlar

*Civan Işlak, Uğur Uygunoğlu*

## SALON B

11:30 - 12:30	<i>Oturum Başkanları: Servet Akar, İlknur Tuğal Tutkun</i>	
	11:30 - 11:50	HLA B27/Seronegatif SPA akut ön üveit: Klinik özellikler, tedavi, prognoz <i>Didar Uçar</i>
	11:50 - 12:10	Viral ön üveitler: Klinik özellikler, tanı, tedavi, prognoz <i>Ayşe Çiğdem Altan</i>
	12:10 - 12:30	JIA ilişkili kronik ön üveit <i>Yılmaz Özyazgan</i>
12:30 - 13:30	<b>Öğle Yemeği</b>	
13:30 - 15:10	<i>Oturum Başkanı: Yılmaz Özyazgan</i>	
	13:30 - 13:50	Vogt-Koyanagi-Harada Sendromu: Tanı, takip multi-model görüntüleme, tedavi, prognoz <i>Esra Kardeş</i>
	13:50 - 14:10	Sarkoidoz üveiti <i>Nilüfer Zorlutuna</i>
	14:10 - 14:30	TBC ve ilişkili üveitler <i>Berna Başarır</i>
	14:30 - 14:50	Sifilitik üveit <i>Merih Oray</i>
	14:50 - 15:10	Viral Nekrotizan Retinit (ARN & CMV retinit) <i>İlknur Tuğal Tutkun</i>
15:10 - 16:20	<b>Olgu Sunumları</b> <i>Moderatörler: İlknur Tuğal Tutkun, Yılmaz Özyazgan, Ahmet Gül</i>	
	<b>Olgu Sunumu-1</b>	<i>Sevcan Balcı</i>
	<b>Olgu Sunumu-2</b>	<i>Cansu Ekinci</i>
	<b>Olgu Sunumu-3</b>	<i>Burak Tanyıldız</i>
	<b>Olgu Sunumu-4</b>	<i>Murat Oklar</i>
	<b>Olgu Sunumu-5</b>	<i>Fehim Esen</i>
	<b>Olgu Sunumu-6</b>	<i>Özlem Türkyılmaz</i>
	<b>Olgu Sunumu-7</b>	<i>Sanive Ülke Uzun</i>



# **SÖZLÜ SUNUMLAR**

## SS-03 Behçet Hastalığında İntestinal Mikrobiyota Kompozisyonunun, Hastalığın Klinik Bulgularına Göre ve Sağlıklı Kontrolle Karşılaştırılması

(*Rheuma-BIOTA Çalışması*)

N. Şule Yaşar Bilge<sup>1</sup>, Vicente Pérez Brocal<sup>2,3</sup>,  
Timuçin Kaşifoğlu<sup>1</sup>, Uğur Bilge<sup>4</sup>, Nilgün  
Kaşifoğlu<sup>5</sup>,

Andrés Moya<sup>2,3,6</sup> Ener Çağrı Dinleyici<sup>7</sup>

<sup>1</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Romatoloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>2</sup> Department of Genomics and Health,  
Foundation for the Promotion of Health and  
Biomedical Research of Valencia Region  
(FISABIO-Public Health), Valencia, İspanya

<sup>3</sup> CIBER in Epidemiology and Public Health  
(CIBEResp), Madrid, İspanya

<sup>4</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>5</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

<sup>6</sup> Institute for Integrative Systems Biology, The  
University of Valencia and The Spanish National  
Research Council (CSIC-UVEG), Valencia,  
İspanya

<sup>7</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Eskişehir, Türkiye

**Giriş:** Son yıllara kronik hastalıkların etiyoloji ve patogeneğinde mikrobiyota kompozisyonunda değişikliklerin rol oynadığı gösterilmektedir. Behçet hastalığında (BH) oral ve intestinal mikrobiyota çeşitliliği ve kompozisyonunda değişiklikler olduğu öne sürülmektedir. Bu çalışmanın amacı ülkemizde Behçet hastalarında intestinal mikrobiyota kompozisyonunun değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve Behçet hastalığının farklı klinik formları arasındaki mikrobiyota değişikliklerini belirlemektir.

**Materyal-Metod:** Bu prospektif kohort çalışmasına Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre Behçet tanısı almış 30 hasta ile

hasta grubu ile benzer demografik özelliklere sahip 10 sağlıklı erişkin kontrol grubu olarak dahil edildi. Vücut kitle indeksi >35 olanlar, son 4 hafta içerisinde antibiyotik ya da probiyotik kullanmış olanlar, gastrointestinal ya da diğer sistemlere ait kronik hastalığı olanlar, medikal tedavi gerektiren akut/ ciddi gastrointestinal semptom varlığı olanlar çalışmadan dışında bırakıldılar. Hasta grubu kendi içerisinde, izole mukokutanöz tutulum, göz tutulumu ve vasküler tutulum olarak üç grupta değerlendirildi. İntestinal mikrobiyota analizinde Illumina MiSeq ile 16SrRNA yeni nesil dizileme yöntemleri ile gen amplifikasyonu, kütüphane oluşturulması, sekans analizi ve sonuçların biyoinformatik değerlendirmesi yapıldı.

**Sonuçlar:** Behçet hastalığı grubu ile kontrol grubu arasında alfa (Chao-1 ve Shannon) ve beta (Bary-Curtis) mikrobiyota çeşitlilik ve zenginlik indeksleri yönünden fark saptanmadı (p>0.05). Behçet hasta grubunda cins düzeyinde, *Actinomyces*, *Libanicoccus*, *Collinsella*, *Eggerthella*, *Enterothabdis*, *Catenibacterium* ve *Enterobacter*'in kontrol grubuna göre belirgin düzeyde yüksek olduğu saptandı. Bunun yanında Behçet hastalığında cins düzeyinde, *Baacteroides*, *Cricetibacter*, *Alistipes*, *Lachnospira*, *Dielma*, *Akkermansia*, *Sutterella*, *Anaerofilum*, *Ruminococceae-UCG007*, *Acetanaerobacterium*, *Shuttleworthia*, *Holdemania*, *Parasutterella*, *Ruminoclostridium-5*, *Sanguibacteroides*, *Oscillospira*, *Raoultella*, *Lachnospiraceae-UCG008*, *Victivivallis* ve *Coprobaacter*'de kontrol grubuna göre düşük olduğu saptandı. Mukokutanöz tutulum, göz tutulumu ve vasküler tutulum arasında LEfSe analizi ile tür düzeyine kadar yapılan kladogramda, *Lachnospiraceae NK4A136* cinsi üveit grubunda, *Dialister*, *İntestinomonas* ve *Marvinbryantia* cinsleri izole mukokutanöz grupta, *Gemella* türü ise vasküler tutulumunda artmış olarak saptandı.

**Tartışma:** Behçet hastalığında intestinal mikrobiyota kompozisyonunda sağlıklı erişkinlere göre belirgin farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Özellikle Behçet hastalığında Actinobacteria filumu içerisindeki *Collinsella*, *Eggerthella*, *Enterohabdus* artışı, *Bacteroides* ve *Akkermansia* azalmasının daha geniş serilerde değerlendirilmesi faydalı olacaktır. Bunun yanında FMF hasta grubunda gözlemlediğimiz *Eggerthella lenta* suşundaki artış, Behçet hasta grubunda da saptamamız nedeni ile bu etkenin romatizmal hastalıkların etyopatogenezinde ve seyirindeki rolü ile vasküler tutulumu olan hastalarda artışı olan Gemella ilgili daha detaylı metagenomik analizlerin yapılmasında yarar bulunmaktadır.

## **SS-05 Behçet Hastalığında Hasta Kaynaklı Bir Ölçek Olarak Mukokütanöz Aktivite İndeksi: Çok Merkezli Ulusal Bir Çalışma**

*Gonca Mumcu<sup>1a</sup>, Meral Yay<sup>2</sup>, Ümit Karaçaylı<sup>3a</sup>, Aysun Aksoy<sup>1b</sup>, Mehmet Nedim Taş<sup>4</sup>, Berkan Armağan<sup>5</sup>, Alper Sari<sup>5</sup>, Burçin Cansu Bozca<sup>6</sup>, Emre Tekgöz<sup>3b</sup>, Duygu Temiz Karadağ<sup>7</sup>, Suade Özlem Badak<sup>8</sup>, Duygu Tecer<sup>9</sup>, Cemal Bes<sup>10</sup>, Ali Şahin<sup>11</sup>, Eren Erken<sup>8</sup>, Ayşe Cefle<sup>7</sup>, Muhammet Çınar<sup>3b</sup>, Sedat Yılmaz<sup>3b</sup>, Erkan Alpsoy<sup>6</sup>, Ayşe Boyvat<sup>12</sup>, Soner Şenel<sup>13</sup>, Şule Yaşar Bilge<sup>14</sup>, Timuçin Kaşifoğlu<sup>14</sup>, Ömer Karadağ<sup>5</sup>, Kenan Aksu<sup>4</sup>, Gökhan Keser<sup>4</sup>, Fatma Alibaz-Öner<sup>1b</sup>, Nevsun İnanç<sup>1b</sup>, Tülin Ergun<sup>1c</sup>, Haner Direskeneli<sup>1b</sup>*

Marmara Üniversitesi, <sup>1a</sup>Sağlık Bilimleri Fakültesi, <sup>1b</sup>Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, <sup>1c</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, <sup>2</sup>Mimar Sinan Üniversitesi, İstatistik Bölümü, İstanbul, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, <sup>3a</sup>Gülhane Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı, <sup>3b</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, <sup>4</sup>Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, <sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, <sup>6</sup>Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Antalya, <sup>7</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı Kocaeli, <sup>8</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana, <sup>9</sup>Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sanlıurfa, <sup>10</sup>İstanbul Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, <sup>11</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas, <sup>12</sup>Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara, <sup>13</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri, <sup>14</sup>Eskisehir, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Eskisehir.

**Amaç:** Bu çalışmada; Behçet hastalarında (BH), mukokütanöz aktivite ile yaş arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya, 14 merkezde izlenen 883 BH'lı hasta (K/E: 477/406, yaş ort.: 38.4±10.8 yıl) katıldı. Mukokütanöz aktivite indeksi (MI) ile son bir ay içindeki oral ülser ve genital ülser aktivitesi ile eritema nodosum aktivitesi değerlendirildi.

Yaşın; cinsiyet ile mukokütanöz aktivite arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini tanımlamak için Moderatör analizi uygulandı. Bağımlı değişkenin MI puanı olduğu, bağımsız değişkenin cinsiyet olduğu yaşın (yıl) ise moderatör olarak yer aldığı bir kavramsal model oluşturuldu. Bu modele göre analiz tüm grupta, mukokütan tutulumu olan grupta ve major organ tutulumu olan grupta ayrı ayrı yapıldı.

**Bulgular:** Araştırma grubunun %71,5'i (n=631) mukokütan tutulumuna, %28,5'i ise (n=252) major organ tutulumuna sahipti. MI puanı, mukokütan tutulumu olan hastalarda (6,4±5,7) major organ tutulumu olan hastalara (4,8±4,9) göre daha yüksek olduğu görüldü (p=0.000). MI puanları kadınlarda (6,4±5,7) erkeklere (4,7±4,9) göre daha yüksek olduğu da tespit edildi (p=0.000). Ayrıca MI puanının genç hastalarda (n=219, 25.0±3.5 yıl) diğer yaş grubuna (n=668; 42,9±8,6

yıl) göre artış gösterdiği de belirlendi (6,6±5,3; 5,3±5,4, sırasıyla)(p=0.000). Immunsupresif kullanımının ise her iki yaş grubunda da major organ tutulumu olan erkeklerde fazla olduğu belirlendi (p<0.05).

Moderatör analizi sonuçlarına göre yaşın moderatör etkisinin sadece majör organ tutulumu olan grupta olduğu belirlendi. Bu hasta grubunda analiz; 28,06 yıl, 39,18 yıl ve 50,31 yıl olmak üzere üç farklı yaş grubu tanımladı. Bu gruplar içinde genç (28,06 yıl) kadın hastaların MI puanının daha yüksek olduğu bulundu (p=0.0067). Bu kadın hastaların yeni majör organ tutulumu gelişen hastalar olduğu da belirlendi. Benzer ilişki diğer gruplarda gözlenmedi (39,18 yıl: p=0.065 ve 50,31 yıl: p=0.90).

**Sonuçlar:** Araştırma sonuçlarımıza göre yaşın, majör organ tutulumu olan hastalarda moderatör etkisi olabileceğini görüldü. Genç kadın hastalarda yeni gelişen majör organ tutulumu için ise mukokutanöz aktivitenin bir belirteç olabileceğini de düşündürmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Behçet hastalığı, Mukokutanöz semptomlar, Moderatör analizi.

## **SS-07 ISG Kriterlerini Doldurmayan Behçet Hastalarının İnisyel Klinik Özellikleri ve Prognozu**

*Sinem Nihal Esatoğlu<sup>1</sup>, Seyda Bilgin<sup>2</sup>, Cem Sulu<sup>2</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Zekayi Kutlubay<sup>3</sup>, Melike Melikoğlu<sup>1</sup>, İzzet Fresko<sup>1</sup>, Hasan Yazıcı<sup>1</sup>, Gülen Hatemi<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

**Amaç:**

Behçet Sendromunda(BS) tanıya birden çok bulguların bir arada olması ile gidilmektedir. Bazı hastalar majör organ tutulumu ile başvurduklarında Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterlerini karşılamamaktadırlar. Bu tarz hastalarda BS tanısındaki ve tedavisindeki gecikme hastalarda kalıcı organ hasarına neden olabilmektedir. Çalışmamızın amacı kliniğimizde ISG kriterlerini doldurmamasına rağmen BS olduğu düşünülerek takip ve tedavisi yapılmış olan hastaların sıklığı ile inisyel klinik özelliklerini belirlemek ve takiplerindeki prognozlarını değerlendirmektir.

### **Yöntem:**

2003-2008 yılları arasında kliniğimizde BS tanısı ile takibe alınmış olan tüm hastaların dosyaları geriye dönük tarandı. 2385 hastanın 199'u (%8) ilk vizitte ISG kriterlerini karşılamıyor olsalar da BS olduklarını yüksek ihtimalle düşündüren bulgulara sahipti. İnisyel ve takipteki demografik özellikler, BS belirtileri ve tedavi ile ilgili verilerini kaydetmek için standart bir form kullanıldı. Hastalar son durumlarının değerlendirilmesi için kliniğe davet edildi. Ulaşılabilen (n=113) ve ulaşılamamış olsalar da dosyalarında yeterli veri bulunan (n=54) toplamda 167 hasta analiz edildi.

### **Bulgular:**

Yüz altmış yedi hastanın (E/K: 77/90, ortalama yaş: 33.4 ± 11.4 yıl, ortanca takip süresi 11 yıl (ÇAA: 7-12)), 62'sinde (% 37) majör organ tutulumu vardı (32'sinde göz tutulumu, 22'sinde venöz tromboz, 8'inde arteriyel anevrizma, 1'inde nörolojik tutulum ve 1'nde gastrointestinal tutulum). İnisyel vizitinde tekrarlayan oral ülseri olmayan 18 (%11) hastanın hepsinde majör

organ tutulumu vardı. Otuz iki hastanın (%19) ailesinde BS öyküsü vardı.

Ulaşılabilen 49/113 ve ulaşamadığımız 13/54 hasta, ortanca 1.5 yıl (ÇAA: 1-4,5) içinde ISG kriterlerini doldurdu. Bu 62 hastanın 60'ı deri-mukoza bulguları, 2'si ise göz tutulumu geliştirdi.

Takipte ISG kriterlerini doldurmayan 102 hastanın 19'u (%19) ortanca 4 yıl (ÇAA: 1-6) içinde en az 1 adet kriterlerde yer almayan BS bulgusu geliştirdi(14'ü artrit ve 5'i vasküler tutulum). 12 hasta ise en az 1 adet deri-mukoza bulgusu geliştirdi (Şekil).

#### **Sonuç:**

Ortanca 11 yıllık takip sonunda, 167 hastanın 62'sinin (%37), çoğunluğu deri-mukoza bulguları (60/62) ile olmak üzere, ortanca 1.5 yıl içinde ISG kriterlerini karşıladığı saptandı.

## **SS-08 Behçet Sendromu**

### **Başlangıcının Yıllar İçindeki Seyri**

*E. Dinçses Nas<sup>1</sup>, Y. Özgüler<sup>1</sup>, D. Uçar<sup>2</sup>, Y.*

*Özyazgan<sup>2</sup>, S. Uğurlu<sup>1</sup>, G. Hatemi<sup>1</sup>, M.*

*Melikoğlu<sup>1</sup>, S. Yurdakul<sup>1</sup>, H. Yazıcı<sup>1</sup>, E. Seyahi<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

#### **Giriş:**

Son yıllarda bazı gözlemsel çalışmalarda Behçet Sendromunun (BS), özellikle göz tutulumunun, günümüzde daha selim seyrettiği öne sürülmektedir. Bu eğilimin çevresel faktörler sonucunda mı yoksa erken tanı ve erken başlanan gelişmiş immunosupresif tedaviler sonucunda mı olduğu tartışılmaktadır. Amacımız kliniğimize 10 yıl arayla 4 farklı dekatta başvuran hastaların ilk ziyaret bulgularını, spesifik organ tutulum sıklıklarını ve ağırlığını karşılaştırmaktır.

#### **Gereç ve Yöntem:**

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde, bir referans merkez olan Behçet kliniğimize 40 yıl boyunca 10 yıl arayla başvurarak dosya açılan hastalar çalışmaya alındı. Hastalar 4 gruba ayrıldı.

Grup 1 1979- 1981 yılları arasında, Grup 2 1990 yılında, Grup 3 2000 yılında ve Grup 4 2010 yılında başvuran hastalardan oluşmaktaydı. Grup 1 211, Grup 2 170, Grup 3 225, Grup 4 270 hastadan oluşmaktaydı.

Hastaların dosyalarındaki demografik verileri, ilk vizitteki mukokütanöz, göz, damar, eklem, nörolojik tutulum varlığı, görme keskinliği ve damar tutulumlarının yaygınlığı retrospektif olarak incelendi.

#### **Bulgular:**

Ardışık dekatlarda başvuran, BS tanısı koyduğumuz hastalarda erkek/kadın oranı 1.97'den 1.25'e giderek azalmaktaydı. Başvurudaki ortalama yaş tüm gruplarda benzer olarak 30.8- 32.2 arasında idi. Grup 1'de 2.5 yıl olan medyan hastalık süresi Grup 4'te 1.5 yıl olarak kısalmıştı. Nörolojik tutulum dışındaki tüm tutulumların sıklığı giderek azalmaktaydı. Erkek ve kadınlardaki tutulumların ayrıca incelenmesinde de benzer şekilde hastalık tutulum sıklıkları azalmaktaydı. Özellikle göz ve damar tutulumlarının ağırlığı da giderek azalmaktaydı. Bu hafifleşen seyir damar tutulumu için daha belirgin saptandı.

#### **Sonuç:**

Gözlemlerimiz BS başlangıcının giderek hafiflediğini göstermektedir. Bunun nedenlerinden biri değişen çevresel koşullar ve sanitasyon olabilir. Özellikle mukokütanöz bulgulardan papulopüstüler lezyonların sıklığı giderek azalırken, çevresel koşullardan doğrudan etkilenmeyen nörolojik tutulum sıklığı aynı kalmıştır. Diğer bir neden ise hastalığın farkındalığının artması ve daha erken hafif vakaların tanı olarak yönlendirilmesi olabilir.

## **SS-10 Parenkimal Nöro-Behçet Hastalığında Lezyon Dağılımı**

## Paterninin Olasılık Haritalaması

### Kullanarak Analizi

Ahmed Serkan Emekli, Ersin Ersözlü, Tuncay Gündüz, Murat Kürtüncü

Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul/Türkiye

### Giriş

Nörolojik tutulum, Behçet hastalığının engelliliğe sebep olan en önemli komplikasyonlarından biridir. Nörobeçet hastalığı (NBH), Behçet hastalarının %5-15'inde görülmektedir. NBH, genellikle parenkimal lezyonlar veya serebral sinus ven trombozuyla ortaya çıkmaktadır. Parenkimal lezyonlar, sıklıkla mezensefalo-diensefalik bölgede ve beyinsapında kendine özgü bir dağılım paterni göstermektedir. Fakat, beyin parenkimindeki lezyonların dağılım paterniyle ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

### Amaç

Bu çalışmada, olasılık haritalaması ile NBH'nda beyindeki parenkimal lezyonların dağılım paterninin belirlenmesi, hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerine göre lezyon dağılımındaki farklılıkların ortaya konulması amaçlanmıştır.

### Yöntem

Parenkimal Nörobeçet hastalarının standardize olmayan beyin manyetik rezonans görüntülemeleri kullanılmıştır. Aksiyel T2 ağırlıklı kesitlerdeki lezyonların sınırları, bilgisayar yardımıyla dizayn (CAD) yazılımı aracılığıyla poligon olarak işaretledikten sonra yüksek çözünürlüklü hücresel verilere dönüştürülmüştür. Dijitalize lezyonlar 7 mm kesit aralıklı standardize edilmiş beyin taslağının üzerine taşınmıştır. Kesişen sınırların birleştirilmesi için alan analizi uygulanmıştır. Elde edilen haritalardan farklı hasta kategorileri için alt grup haritaları çıkarılmıştır. Bu kategoriler arasındaki değişkenliğin ortaya konulması için fark haritaları hesaplanmış ve bu haritalar üzerinde istatistiksel anlamlı farklılığın olduğu anatomik bölgeler ortaya konulmuştur.

### Bulgular

Akut lezyonu olan 55 hastanın 66 manyetik rezonans görüntüleme kesitleri çalışmaya dahil edilmiştir. En sık etkilenen bölgeler pontomezensefalik bileşke, pons, mezensefalon, talamus ve internal kapsül olarak bulunmuştur. Kadınlarda erkeklere göre beyin sapında, ilerleyici olan ve hastalık şiddeti daha fazla olan hastalarda kortikospinal traktusun seyri boyunca, paterji testi pozitif hastalarda sağ tarafta, siklosporin kullanan hastalarda ise atipik bölgelerde lezyon olma olasılığı istatistiksel anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

### Sonuç

Bu çalışmada, standardize olmayan beyin görüntülemeleriyle lezyon olasılık haritası oluşturmanın basit ve yeni bir yöntemi uygulanmıştır. Daha önceki parenkimal NBH çalışmalarında, beyin lezyonları anatomik olarak kesin olmayan kategorilere ayrılarak sınıflandırılmaktaydı. Bizim çalışmamız, lezyonların kesin lokalizasyonlarını ve görsel olasılık haritalarını sunmaktadır. Hasta grupları arasındaki lezyon bölgelerinin farklılıklarının nedenleri ileride NBH'nın patofizyolojisine de ışık tutabilecektir.

## SS-11 Behçet Hastalığında Nörolojik Tutulumun Klinik Özellikleri ve Hastalık Seyri

*Uzm. Dr. Ertuğrul Çağrı Bölek*

### Giriş/Amaç:

Nörolojik tutulum (Nöro-Behçet hastalığı: NBH) Behçet hastalığı (BH) seyriinde nadir olarak gelişebilen bir komplikasyon olmasına rağmen önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Biz bu çalışmada; Hacettepe Üniversitesi Vaskülit Merkezi (HUVAM) veri tabanına kayıtlı, NBH olan hastaların hastalık seyri ve sonlanımlarını incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** HUVAM veri tabanı Ekim 2014 tarihinde oluşturulmuştur. Bu tarihten itibaren

başvuran tüm vaskulit hastaları prospektif olarak kaydedilmektedir. Ekim 2014'den beri kaydedilen 1585 vaskülit tanısı ile kaydedilen hasta içerisinde 456 hasta Behçet hastalığı olarak bildirilmiştir. Bu hastaların 329'u Uluslararası Çalışma Grubu (International Study Group, ISG) kriterlerini karşılıyordu. Kriterleri karşılamayan hastaların verileri tecrübeli bir romatoloji uzmanı tarafından yeniden gözden geçirildi ve 90'ı inkomplet BH olarak değerlendirildi. Komplet ve inkomplet BH lehine değerlendirilen toplam 419 hastanın 123'ünün (%29,3) nörolojik bulgu ve yakınmaları vardı. Uluslararası Konsensus Önerileri (International Consensus Recommendations, ICR<sup>1</sup>) kriterlerine göre kesin ya da olası NBH özelliklerini karşılamayan 46 hasta çalışma dışı bırakıldı. Son analizde; 77 NBH olan hasta (61 kesin, 16 olası) çalışmaya dahil edildi. Hastalar ICR'de verilen sınıflamaya göre periferik sinir sistemi tutulumu (PSS-NBH, n=3), parankimal NBH (pNBH, n=47), non-parankimal NBH (npNBH: sinüs ven trombozu, intrakraniyal hipertansiyon, n=22) ve bunların beraber görüldüğü form olan mikst NBH (mNBH, n=5) olarak gruplandırıldı (Şekil-1).

**Sonuçlar:** Tüm hastaların, NBH alt gruplarının ve NBH olmayanların demografik ve klinik özellikleri Tablo'da özetlenmiştir (PSS-NBH gösterilmemiştir.). NBH, göz tutulumu olan hastalarda daha sık olarak izlenmiştir (Çok değişkenli analizde herhangi bir risk faktörü saptanmamıştır.). Parankimal tutulumu olup MRG görüntülerine erişilebilen hastaların (pNBH ve mNBH, n=48) 35'inde (%72,9) beyin sapı tutulumu mevcuttur (Pons:28/48, %58,3, Mezensefalon:23/48, %47,9 ve Medulla Oblongota:10/48, %20,8 ). Bunu sırasıyla beyaz cevher (n=31, %64,6) ve diensefalon tutulumu (n=18, %37,5) izlemektedir. On iki hastada (%25,5) spinal kord tutulumu izlenmiştir. pNBH ve mNBH olan hastaların 48'i akut başlangıçlı, 4'ü kronik progresif form olarak değerlendirilmiştir. Akut başlangıçlı parankimal hastalığı olan hastaların (pNBH ve mNBH, n=48)

%58'inin seyrinde sadece bir nörolojik atak kaydedilmiştir. pNBH olan hastaların yaşam boyunca aldıkları tedaviler içerisinde kortikosteroidler (Pulse IV n=37, %75,5 ve oral orta-yüksek doz n=45, %90), siklofosamid (n=28, %57,1), alfa-interferon (n=40, %79) ve anti-TNF biyolojik ajanlar (n=12, %23,5) en sık tercih edilenlerdir. NBH olan hastalar içerisinde 9 ölüm kaydedilmiştir. PSS-NBH grubunda 1, mNBH grubunda 2 ölüm kaydedilmiş olup non-parankimal NBH olan hastalar içerisinde ölüm gözlenmemiştir (Şekil-2).

**Tartışma:** Nörolojik tutulum BH tanısından ortalama 5 yıl sonra görülmektedir ve bu hastalarda NBH olmayan hasta grubuna kıyasla daha sık göz tutulumu izlenmektedir. Akut başlangıçlı parankimal NBH olan hastaların yarısından fazlası bir atak ile seyretmiştir ve non-parankimal NBH olan grupta ölüm hiç kaydedilmemiştir. İnterferon-alfa ve anti-TNF ajanlar hastaların çoğunda tedavide kullanılmıştır.

#### Referanslar:

1- Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, Bohlega S, Borhani-Haghighi A, Constantinescu CS, et al. Diagnosis and management of Neuro-Behcet's disease: international consensus recommendations. J Neurol. 2014;261(9):1662-76.

#### Çalışmanın Tam Metni İçin:

[https://www.msard-journal.com/article/S2211-0348\(19\)30501-2/fulltext](https://www.msard-journal.com/article/S2211-0348(19)30501-2/fulltext)

(Uzm. Dr. Ertuğrul Çağrı Bölek'in iç hastalıkları uzmanlık tezinden üretilmiştir.)

# **POSTER SUNUMLAR**



## PS-01 Romatoid Artrit ve Behçet Hastalarında Serum TREM 1 Düzeyi

Nevsun Inanc, Gonca Mumcu, Meryem Can, Haner Direskeneli, Nagihan Bostanci

Section of Periodontology and Dental Hygiene, Division of Oral Diseases, Department of Dental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

### GİRİŞ:

Miyeloid hücreler üzerinde Ekspres Edilen Tetikleyici Reseptör 1 (TREM-1: Triggering Receptor Expressed on Myeloid cells 1), varsayılan ligandı peptidoglikan tanıma proteini 1 (PGLYRP1: peptidoglycan recognition protein 1) ile birlikte, infeksiyonlara karşı enflamatuar yanıtın oluşmasına katılır. Periodontal hastalık (PH), romatoid artrit (RA) için çevresel risk faktörü olarak öne sürülmüştür, ancak ikisi arasındaki ilişkinin temelini oluşturan mekanizmaları incelemek için daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

### AMAÇ:

Bu çalışma RA'lı hastalarda TREM 1 ve PGLYRP1'in serum düzeylerinin, tükürükte bakteri yükünün yanı sıra PH'nin varlığı ve ciddiyeti ile korele olup olmadığını araştırmayı amaçladı.

### MATERYAL-METOD:

Serum ve tükürük örnekleri, 6 aydan uzun süre sDMARD tedavisi altında RA'lı (F / M: 48/17) 65 kişiden toplanmış ve kontrol grubu olarak Behçet sendromlu (BS) (n=45, F / M: 31/14) ve sağlıklı (SK) (n=59, F / M: 40/19) kişilerin örnekleri değerlendirilmiştir. RA hastalığı aktivitesi, 28 eklem hastalığı aktivite skoru (DAS-28) kullanılarak değerlendirildi. Ağız sağlığı, dental ve periodontal endekslerle değerlendirildi. TREM-1 ve PGLYRP1, ELISA ile ölçülürken tükürükteki toplam oral bakteri, kantitatif gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu ile değerlendirildi ve diş sayısına karşı normalleştirildi. İstatistiksel analiz için parametrik olmayan Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

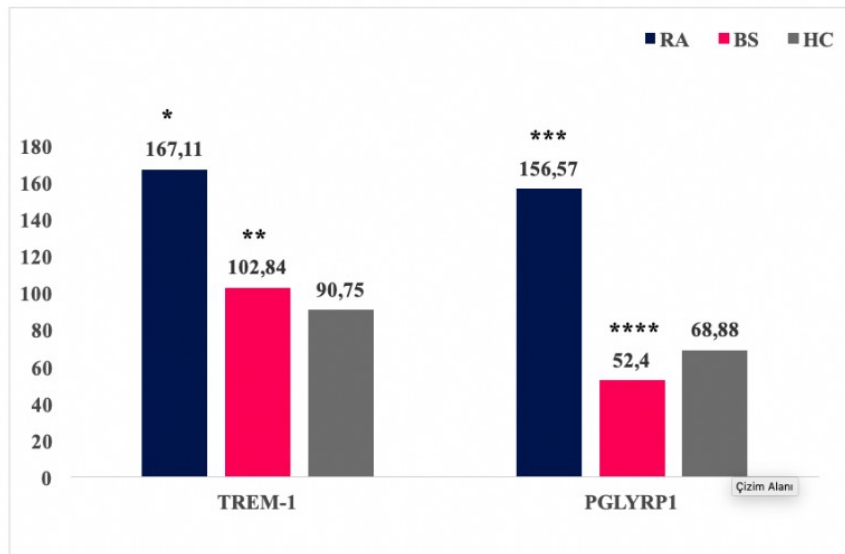
**SONUÇLAR:** RA'lı hastalarında BS ve SK gruplarından daha az diş sayıları saptandı (sırasıyla  $18.67 \pm 8.45$ ;  $24.02 \pm 3.7$ ;  $25.36 \pm 3.83$ ) ( $p < 0.001$ ). Şiddetli periodontit prevalansı RA grubunda (% 33,8) BS (% 20,9) ve SK'ya (% 5,1) göre daha yüksekti. Toplam bakteri yükü RA tükürüğünde SK'dan anlamlı olarak yüksekti ( $p < 0.05$ ). Serum TREM-1 ve PGLYRP1 düzeyleri RA'da ( $167,1 \pm 95,0$  pg / ml;  $157,5 \pm 228,8$  pg / ml) BS'den ( $102,8 \pm 44,4$  pg / ml;  $4 \pm 26,01$  g / ml) ve HC'den ( $90,7 \pm 56,5$  pg / ml;  $68,8 \pm 37,7$  pg / ml) ( $p < 0,05$ ) anlamlı olarak daha yüksekti (Şekil) Korelasyon analizi TREM-1 ile DAS-28 skorları arasında anlamlı pozitif korelasyon gösterdi ( $p < 0.05$ ). RA grubunda TREM-1 seviyeleri ( $127,9 \pm 61,7$  pg / ml vs  $198,4 \pm 105,7$  pg / ml) metotreksat alımı ile anlamlı derecede azalırken, şiddetli periodontit varlığı daha yüksek TREM 1 ve PGLYRP1 ( $p < 0.05$ ) ile sonuçlandı.

### TARTIŞMA:

Bu çalışma RA'lı hastaların serumlarında periodontit ile daha da kuvvetlenen artmış TREM-1 ve PGLYRP1 seviyelerinin olduğunu göstermiştir. Ayrıca, TREM-1 klinik hastalık aktivitesi ile de ilişkilidir. RA'lı hastaların MTX tedavisine serumdaki azalmış TREM-1 düzeyleri eşlik eder.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artritli, Serum TREM-1 Düzeyleri, DAS28 Değerleri, Periodontit

### RA ve Kontrollerde Serum TREM-1 ve PGLYRP-1 Düzeyleri



\* p=0.000 RA vs BS and RA vs SK \*\* p=0.023 BS vs SK  
\*\*\* p=0.000 RA vs BS; p=0.009 RA vs SK \*\*\*\* p=0.045 BS vs SK

## PS-02 Oral aft: Tanı her zaman Behçet Sendromu mu?

Murat Taşçı

Abant İzzet Baysal Eğt. Arş. Hastanesi

**GİRİŞ:** Behçet Sendromu, tekrarlayan oral aftlarla birlikte genital aft, üveit, vasküler trombozlar ve anevrizmalar, beyinde parankimal veya vasküler tutulumlar, eritema nodosum (EN) ve papülopüstüler cilt lezyonları (PPL) ile seyreden, genellikle 20-40 yaşlarında tanı konulan inflamatuvar, otoimmün bir romatolojik sendromdur.

**OLGU:** 55 yaşında erkek hasta ağızda yara şikayeti ile başvurdu. Hastanın bir ay önce çıkan multipl, 1 cm den küçük, oral, ülsere aftları vardı. Dil üzerinde ve yanak mukozasında aftları vardı. Uvula veya farenkste aftı yoktu. Bir adet 1 cm çaplı ülsere, üzerinde çok az miktarda pürülan mayi olan skrotum üzerinde aftı vardı. Hastanın öyküsünden daha önce hiç oral yada genital aftı olmadığı öğrenildi. Ailede Behçet tanılı hasta yoktu. Pulmoner veya SSS tutulumu bulgusu, DVT, üveit, EN, PPL yoktu.

Romatolojik sorgusunda fotosensitivite, raş, raynaud, artrit de olmadığı anlaşıldı. Hastanın yaygın artraljisi vardı. CRP değeri 9 mg/l, sedimentasyon 30 mm/saat saptandı. Hemogramı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Anemisi yoktu, anemi parametreleri normaldi. Hepatit ve HIV serolojisi negatifti. Hastanın VDRL ve TPHA testleri pozitif saptandı. Enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi. Sfiliz tanısı alan hastaya antibiyoterapi başlandı. Tedavi sonrası hastanın lezyonları geriledi.

**SONUÇ:** Başlangıç yaşı, anamnezi, klinik belirti ve bulguları ön planda Behçet düşündürmeyen hastalarda oral-genital aft ayırıcı tanısında sfiliz ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklardan biridir.

**Anahtar Kelimeler:** Aft, Behçet, sfiliz

## PS-03 Kronik prostatitin eşlik ettiği Behçet Hastalığı'na sekonder gelişen AA amiloidoz olgusu

Murat Bektaş, Banu Çiçek Dulundu, Burak İnce, Nevzat Koca, Yasemin Yalçinkaya, Bahar Artım Esen, Murat İnanç, M.İale Öcal, Ahmet Gül

İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

### GİRİŞ:

Behçet hastalığı nedeni bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalık olup hastalığın patogenezi halen bilinmemektedir. AA amiloidozun ülkemizdeki en sık nedeni ailevi akdeniz ateşi olmasına rağmen diğer kronik inflamatuvar hastalıklar seyrinde de gelişebilmektedir.

### VAKA:

55 yaş, erkek hasta, ilk kez 2004'de başlayan tekrarlayan oral aft, genital ülser, eritema nodosum, artrit kliniği ve eşlik eden akut faz yüksekliğiyle beraber paterji pozitifliği ile dış merkezde Behçet Hastalığı tanısı konularak kolşisin başlanmış. 2006'da şikayetlerine boyunda şişlik ve başağrısı eklenen hastanın yapılan görüntülemesinde vena cava süperiorda(VCS) tromboz saptanarak tedavisine prednisolon ve azatiopürin eklenmiş. 2007' de akut koroner sendrom nedeniyle LAD aretere stent uygulanmış. 2010'da romatoloji polikliniğimizde değerlendirilen ve grade 2 özefagus varisleri, VCS ve brakiosefalik vende kronik tromboz saptanan hastada akut fazlarının normal oluşu ve yeni klinik bulgu olmaması üzerine mevcut tedavisine devam edildi. Takiplerinde Behçet Hastalığı nedeniyle ek sorunu olmayan ve ara ara üriner enfeksiyon kliniği dışında akut fazları normal seyreden hasta sık sık üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi kullanıldı. Bu sırada tesbit edilen 6,4 gr/gün proteinürisi nedeniyle yapılan böbrek biyopsisi AA amiloidoz ile uyumlu bulundu. Sık aralıklı üriner enfeksiyon gelişimi nedeniyle yapılan prostat görüntülemesi kronik prostatit ile uyumlu bulundu. Kolonoskopide İBH bulgusu olmayan hastanın MEFV gen mutasyonu negatif saptandı. Hastanın sistemik sorgusunda bel ağrısı, ishal ve karın ağrısı yoktu ve yapılan tetkiklerinde amiloidozu açıklayacak başka bir neden bulunamadı. Behçet hastalığına sekonder AA amiloidoz tanısı konulan ve varolan kronik prostatit durumunun amiloidozuna katkıda bulunduğunu düşündüğümüz hastanın takiplerinde sık aralıklı pnömo-sepsis ve idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle hastane yatışları olması üzerine mevcut tedavisine ilave immünsüpresif eklenmesi düşünülmeydi. Ağır nefrotik sendromu olan ve hipoalbuminemi sebat eden hastada medikal nefrektomi kararı alındı.

### TARTIŞMA:

AA amiloidoz otoinflamatuvar hastalıkların iyi bilinen bir komplikasyonu olmakla birlikte Behçet Hastalığı seyrinde nadiren gelişir. Behçet Hastalığı ilişkili AA amiloidoz vakaları hastalığın patogenezinde otoinflamasyonun önemli rolü olduğu tezini desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, AA amiloidoz, kronik prostatit

## PS-04 Behçet Hastalığı ile takipli ilaç erüpsiyonu ilişkili tekrarlayan oral aft, genital ülser olan hasta

*Nevzat Koca<sup>1</sup>, Banu Çiçek Yalçın Dulumdu<sup>1</sup>, Erdem Bektaş<sup>2</sup>, Emin Oğuz<sup>3</sup>, Yasemin Yalçınkaya<sup>1</sup>, Bahar Artım Esen<sup>1</sup>, M.İlale Öçal<sup>1</sup>, Murat İnanç<sup>1</sup>, Ahmet Gül<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup>İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup>Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Behçet hastalığı, tekrarlayan oral aft, genital ülser, göz tutulumu, cilt lezyonları, gastrointestinal, nörolojik, vasküler tutulum veya artrit gibi sistemik belirtilerle karakterize hastalıktır. Fakat başka hastalıklara bağlı olarak da görülebilen bulgulara özellikle tekrarlayan oral aft olan yanlılıkla hastalar Behçet hastalığı tanısı alabilmekte.

**OLGU:** 37 yaşında kadın, 18 yıl önce tekrarlayan oral aft, genital ülser şikayetiyle başka merkezde Behçet Hastalığı tanısı konularak kolşisin, prednizolon, azatiyoprin başlanmış. Şikayetleri azalmış mevcut tedaviye devam edilmiş. 6 yıl önce oral aft, genital ülser artınca azatiyoprin kesilerek Adalimumab başlanmış. Fayda gördüğünü belirten hasta 4 yıl sonra tekrar şikayetler artınca Etanercepte geçilmiş. Sonrası palmoplantarlarda daha belirgin, tüm vücutta krutlu püstüller lezyonlar gelişmiş. Yapılan ağız içi biyopsisi: Liken Planus olarak sonuçlanmış. Cilt biyopsisi: parakeratoz odaklarının eşlik ettiği spongiotik değişiklikler ve bol eozinofilli psoriaziform dermatitir, alt dermiste fokal zayıf granülom eğiliminde histiyositik gruplaşma eşlik etmektedir. Klinik özelliklere uyduğu takdirde ilaç benzeri dermal hipersensivite reaksiyonları uyumlu olabilir şeklinde yorumlanmış. Enbrel kesilmiş. Polikliniğimize başvuran hastanın Muayenesinde bilateral dizlerde, gövdede, sırtta, ayak tabanında keskin sınırlı plaklar, orofarinkste 2x3 cm genişlikte majör tabanı sarı-beyaz ülser, alt dudakta ve sol ağız köşesinde minör aftlar izlendi. Behçet Hastalığı açısından başka organ tutulumu ifade etmiyordu. Paterji testi negatif sonuçlandı. Dermatolojiyle konsülte edildi. Generalize egzema düşünüldü steroid önerildi. Metilprednizolon 32 mg/gün başlandı. Takiplerde oral aft, cilt lezyonları azaldı. Metilprednizolon 8 mg/gün altına düşünce lezyonlar belirgin artınca tetkik amaçlı servise yatırıldı. Dermatoloji ile tekrar konsülte edildi Fiks ilaç erüpsiyonu olabileceği şeklinde değerlendirildi. İlaç açısından sorgulanan hasta, üst solunum yolları enfeksiyonunda, baş yada vücut ağrısında sık sık Non-Steroid antiinflamatuvar (NSAI) ilaç aldığını ifade etti. NSAI ilişkili ilaç erüpsiyonu düşünüldü. NSAI almaması açısından hasta uyarıldı. Steroid tedaviler azaltılarak kesilmesi, planlanarak poliklinik takibine alındı.

**SONUÇ:** Hastamızda oral aft vardı ama Behçet hastalığı aftlarına benzemiyordu genital ülser izlenmedi paterji negatifti Behçet Hastalığı düşünülmedi. Mevcut bulgular ilaç erüpsiyonu düşünüldü. Tekrarlayan oral aft ve cilt lezyonları bir çok hastalık veya nedene bağlı olabilir. Hastalar Behçet hastalığı tanısı alınca lezyonlar başlangıç tedavilerine yanıt vermeyince immünsüpresif tedaviler alabilmekte.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, İlaç Erüpsiyonu, Oral Aft, Genital Ülser,

### Resim-1



Orofarinks Ülsere Lezyon

## PS-05 Çocukluk çağı behçet hastalarında yapısal kardiyak etkilenmenin ekokardiyografi ile değerlendirilmesi

Seval Şimşek Uzunoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Karacan<sup>2</sup>, Betül Sozeri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji

Çalışmada çocukluk çağı Behçet hastalığı (BH) tanısı ile izlenen hastalarda, kalbin yapısal ve elektriksel olarak etkilenip etkilenmediğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya hasta grubu olarak, "Behçet Hastalığı için Uluslararası Çalışma Grubu" tarafından tanımlanan 2015 yılındaki Pediatrik kriterlere göre BH tanısı almış 40 hasta alındı. Kontrol grubu olarak demografik özellikleri uygun, kardiyak tutulumuna neden olabilecek ek başka hastalığı olmayan 40 sağlıklı birey alındı. Mmode ve iki boyutlu EKO ile kapak morfolojileri, perikard ve duvar hareketleri değerlendirildi. Aort çapları, sol ventrikül diastol sonu çapı (LVEDd), sol ventrikül sistol sonu çapı (LVEDs), fraksiyonel kısalma (KF), ejeksiyon fraksiyonu (EF) ölçüldü. Pulsed Wave (PW) Doppler EKO inceleme ile erken (E) ve geç (A) diastolik akım hızları, deselerasyon zamanı (DZ) ölçüldü, E/A oranları hesaplandı. Doku Doppler EKO ile izovolümetrik relaksasyon zamanı (IVRZ) ölçüldü.

Gruplar, klinik ve demografik özellikler açısından benzer bulundu. Hastaların EKG'lerinde PR mesafesi değeri (150±14 ve 143±13 p:0,019) kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı. Hasta grubunda elektrokardiyofik olarak başka patoloji saptanmadı.

Ekokardiyografi incelemelerine göre hasta grubunda aortik anülüs, sinüs Valsalva ve sinotübüler junction (STJ) çaplarının değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla saptandı. (Aortik anülüs:18,6±2,6 ve 16,9±2,4 p:0,004, sinüs Valsalva: 23,8±3,7 ve 22±3,1 p:0,022, STJ: 19,5±2,7 ve 18,1±3,2 p:0,032 ). Hastaların %15'inde (n:6) minimal mitral yetmezlik, %2,5'inde (n:1) mitral yetmezlik ile birlikte aort kapak yetmezliği saptandı. Kontrol grubunun ise %2,5'inde (n:1) minimal mitral yetmezlik, %2,5'inde (n:1) minimal mitral yetmezlik ile birlikte minimal triküspit kapak yetmezliği saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da hasta grubunda mitral yetmezlik oranı daha yüksek bulundu. Çalışmamızda hasta grubunda kontrol grubuna göre PR mesafesindeki artış, çocukluk çağı BH hastalarındaki iletim bozukluğunun ilk bulgusu olabileceğini düşündürmüştür. Kardiyak belirti ve bulguları olmayan pediatrik BH hastalarının kardiyolojik muayene ve ekokardiyografi tetkiki ile takibinin faydalı olabileceğini düşündürmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** çocukluk çağı, Behçet hastalığı, kardiyak etkilenme

## PS-06 Epileptik nöbet sonrası tanı alan Behçet olgusu

*Haluk Cinaklı, Servet Akar*

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Behçet Hastalığı ortalama %9 oranında sinir sistemini etkileyebilmektedir. Ağırıklı olarak beyin sapı ensefaliti olarak ortaya çıkan parankimal merkezi sinir sistemi tutulumu tutulumu şeklinde olup daha nadiren dural sinüs trombozu görülür. Bu vakada epileptik nöbet sonrası nörobeçet tanısı alan hasta olgusu sunuldu.

**Vaka Özeti:** 44 yaşında Suriyeli erkek hasta acil servise epileptik nöbet sonrası başvuruyor. Hastanın yapılan fizik muayenesinde genel durum iyi bilinç açık koopere oryante, pupiller normal, ışık refleksi+/+ ense sertliği negatif, kerning negatif, brudzinski pozitif saptanıyor. Laboratuvar parametrelerinde WBC:21.000 nötrofil:16.000 crp:146 mg/l sedim:50 mm/sa bulunuyor. Çekilen kranial mr da meningoensefalit? nörobeçet? ile uyumlu saptanıyor. Yapılan lomber ponksiyonda BOS ta protein:90 glukoz:51 direk bakıda 300 lökosit 10 eritrosit saptanması üzerine meningoensefalit ön tanısıyla nöroloji servisine yatırılıp seftriakson 2\*2 gram, vankomisin 2\*1 gram ve asiklovir 30 mg/kg ampirik tedavi başlanıyor. Kranial mr da nörobeçet ile uyumlu olması üzerine tarafımıza konsülte ediliyor. Hastanın ayrıntılı değerlendirmesinde oral aftları, genital aftları sırtta akneiform lezyonları ve bilateral ön üveit saptanması üzerine Behçet nörolojik tutulumu açısından kliniğimize devir alındı. BOS kültürde üremesi olmayan, CMV -PCR, Herpes PCR, sfiliz ve brusella sonuçları negatif gelen hastanın ampirik tedavisi stoplandı. Hastaya 1 gr pulse steroid 3 gün verildi. Klinik ve labaratuvar da gerileme saptanan hastaya siklofosfamid 1 gram ve idame steroid tedavisi verildi, nörobeçet tanısıyla takibe alındı.

**TARTIŞMA:** Behçet hastalarında parankimal nörolojik tutulum ağır sekel veya mortalite ile sonuçlanabileceğinden prognozu olumsuz etkileyen organlardan biridir. Nörobeçet hastalarında %5 oranında epileptik nöbet görülebileceği bildirilmektedir. Epileptik nöbet ve meningoensefalit tablosu ile gelen hastalarda ayrıntılı anamnez alınmalı ve iyi bir sistemik muayene yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda Behçet nörolojik tutulumu akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** epileptik nöbet, behçet, nörobeçet

## PS-07 Behçet Sendromu'nda Tromboz Nedeni Olarak Hiperkoagülabilité: Sistematiik Derleme ve Meta Analiz

*Berna Yurttaş, Gül Güzelant Özköse, Sinem Nihal Esatoğlu, Vedat Hamuryudan, Hasan Yazıcı, Gülen Hatemi*  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

**GİRİŞ:** Behçet Sendromu(BS)'nda trombozun esas olarak damar duvarındaki inflamasyondan kaynaklandığı düşünülürken, protrombotik faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda sonuçlar tutarsızdır.

**METOD:** PubMed veritabanında Mayıs 2018'e kadar yayınlanan çalışmalar 4 dilde (İngilizce, Almanca, Fransızca ve Türkçe) 'Behçet\*' anahtar kelimesi ile arandı. Trombozu olan ve olmayan BS hastalarında protrombotik, fibrinolitik ve endotelial faktörlerin karşılaştırıldığı çalışmaların başlıkları veya özetleri bağımsız iki araştırmacı (GG ve BY) tarafından tarandı. Fikir ayrılıkları üçüncü bir araştırmacı tarafından çözüldü (GH). Dikotom veriler için %95 güven aralığı ile odds ratio (OR), sürekli veriler için ise standardize ortalama fark RevMan 5.3 ile hesaplandı.

**SONUÇ:** 9664 makalenin 9085'i tekrar ve uygun olmayan çalışma dizaynı nedeni ile dışlandı. Kalan 579 makaleden tam metin taranması sonucu 51'i çalışmaya alındı.

Trombozu olan ve olmayan BS hastalarında bakılan Protein C, Protein S, anti-trombin III, plazminojen, plazminojen aktivatör inhibitörü, fibrinojen, trombomodülin, Faktör 7, Faktör 12, Trombin ile aktiflenen fibrinolitik inhibitör (TAFI), lupus antikoagülan, antikardiyolipin antikorlar, anti beta2 glikoprotein 1 antikorları ve metilentetrahidrofolat redüktaz gen C677T mutasyonu gibi faktörlerde anlamlı fark yoktu. Diğer yandan az sayıda trombozlu hasta içeren birkaç küçük çalışmada ise BS hastalarında anjiopietin-1 seviyesi, P-selektin glikoprotein ligand-1, lipoprotein (a), trombosit aktive edici faktör daha sık gözükmekteydi.

Çalışmalarda tartışmalı sonuçlara sahip 7 faktör arasında yapılan meta analizde trombozu olan BS hastalarında daha yüksek oranda homosistein düzeyi, Faktör V Leiden mutasyonu ve yüksek von Willebrand faktör düzeyi mevcuttu. Oysa doku plazminojen faktörü, protrombin gen mutasyonu, Faktör 8 düzeyi ve aktive Protein C rezistansında anlamlı fark yoktu. (Tablo)  
**TARTIŞMA:** BS hastalarında bakılan çeşitli protrombotik faktörler arasında Faktör V Leiden mutasyonu, yüksek homosistein düzeyi ve yüksek von Willebrand faktör düzeyi tromboz ile ilişkili olabilir. Bu sonuçları doğrulamak için hasta sayısının daha fazla olduğu ve uygun kontrol gruplarının olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Sendromu, tromboz, trombofilik faktörler

## PS-08 Göz Tutulumu Olan Behçet Sendromlu Hastalarda Mikofenolat Tedavisi

Didar Uçar<sup>1</sup>, Yılmaz Özyazgan<sup>1</sup>, Sinem Nihal Esatoğlu<sup>2</sup>, Emir Çerme<sup>3</sup>, Gül Güzelant Özköse<sup>2</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>2</sup>, Melike Melikoğlu<sup>2</sup>, İzzet Fresko<sup>2</sup>, Sebahattin Yurdakul<sup>2</sup>, Hasan Yazıcı<sup>2</sup>, Gülen Hatemi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

### AMAÇ:

Mikofenolat non-infeksiyöz üveit tedavisinde kullanılan oral immünsüpresif ajanlardan biridir. Behçet sendromu (BS) ile ilişkili üveit tedavisindeki yerine dair veri bulunmamaktadır. Bu vaka serisinde, mikofenolatın BS ilişkili üveit tedavisindeki etkinliğini ve güvenliliğini bildirmeyi amaçladık.

### YÖNTEM:

2016 ve 2018 yılları arasında üveit nedeniyle mikofenolat kullanan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi.

Demografik özellikler, tedaviler, görme keskinliği, oküler ataklar ve yan etkiler kaydedildi.

### BULGULAR:

Behçet ilişkili üveit nedeni ile mikofenolat başlanmış olan 13 hasta dahil edildi (E/K: 9/4, ortalama yaş: 38 (ÇAA: 33-41), ortalama takip süresi: 19 ay (ÇAA: 8-32)) (Tablo). On hastada bilateral göz tutulumu vardı. On iki hastaya mikofenolat mofetil ve 1 hastaya ise mikofenolat sodyum başlandı.

Altı hastaya remisyon indüksiyonu için mikofenolat başlandığında 5 hastada oküler nöks bulunmaktayken 1 hastanın ilk üveit atağı idi. Nüks nedeniyle mikofenolat başlanan 5 hasta daha öncesinde azatioprin, siklosporin-A ve interferon-alfa kullanmıştı. İki hastaya beraberinde biyolojik ajan da (adalimumab ve anakinra) başlandı. Bu 2 hasta takip süresince yeni bir oküler atak geçirmedi. Kalan 4 hastada görme keskinliğinde azalma olmadan üveit atağı oldu. Bu hastalardan 3'üne biyolojik ajan eklendi. Dördüncü hastada ise mikofenolat kesilerek azatioprin ve siklosporin-A kombinasyonuna geçildi. Mikofenolat mofetil, bir hastada ellerde ve ayaklarda uyuşma ve diğerinde ise ishal nedeniyle mikofenolat sodyum ile değiştirildi.

Remisyon idamesi için mikofenolat başlanan 7 hastanın hepsi önceki tedavilere intolerans geliştirmiş olduğu için mikofenolat başlanmıştı. Bu 7 hastanın hepsi öncesinde azatioprin ve interferon-alfa, 5'i ise siklosporin-A kullanmıştı. Mikofenolat başladığında 2 hasta infliximab kullanıyordu ve bu 2 ajan birlikte devam edildi. Takip sonunda 7 hastadan 5'i halen remisyondaydı. Geriye kalan 2 hastaya ise oküler atak nedeniyle infliximab ve adalimumab eklendi.

### SONUÇ:

Mikofenolat, Behçet ilişkili üveitin remisyon indüksiyonunda biyolojik ajanlara ek olarak ve remisyon idamesinde etkili bir tedavi yöntemi olabilir. Tek başına remisyon indüksiyonu için etkili olup olmadığına karar vermek için daha fazla veri gereklidir.

Mikofenolatın iyi tolere edilebildiği gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet sendromu, üveit, mikofenolat

### Hastaların demografik ve tedavi ile ilgili özellikleri

Yaş	Cinsiyet	BS bulguları	Önceki İS tedaviler	Remisyon indüksiyonu veya İdame tedavi	Konkomitant biyolojik tedavi	Yeni atağa dek geçen süre (ay)	Advers olay	Takip süresi (ay)
29	Erkek	O, PP, A, Ü	AZA, Cy-A, ADA	Remisyon indüksiyonu	-	2	İshal	32



38	Kadın	O, PP, Ü	AZA, Cy-A, IFN	İdame tedavi	-	2	-	19
45	Kadın	O, G, PP, EN, Ü, Paterji +	AZA, Cy-A, IFN, IFX	İdame tedavi	IFX	N/A	-	41
38	Erkek	O, G, Ü	AZA, Cy-A, IFN, IFX, ADA	Remisyon indüksiyonu	ADA	N/A	-	11
38	Erkek	O, G, PP, EN, A, Ü, DVT, Paterji +	AZA, Cy-A, IFN, IFX	İdame tedavi	IFX	N/A	-	7
50	Kadın	O, G, PP, EN, Ü, Paterji +	AZA, Cy-A, IFN	İdame tedavi	-	N/A	-	9
38	Erkek	O, G, PP, EN, Ü, DVT, Paterji +	AZA, IFN	İdame tedavi	-	N/A	-	8
34	Erkek	O, PP, Ü	AZA	Remisyon indüksiyonu	-	12	-	21
34	Erkek	O, G, PP, A, Ü,	AZA, Cy-A, IFN	İdame tedavi	-	5	-	32
34	Kadın	O, G, PP, EN, Ü	AZA, Cy-A, IFN, ADA, IFX	Remisyon indüksiyonu	-	N/A	El-ayak uyuşması	1
75	Erkek	O, PP, Ü, Nöro	AZA, IFN	İdame tedavi	-	N/A	-	31
33	Erkek	O, PP, EN, A, Ü, Paterji +	AZA, Cy-A, IFN	Remisyon indüksiyonu	-	24	-	24
22	Erkek	O, G, PP, A, Ü	AZA, Cy-A, IFN, IFX, ADA, Tocilizumab	Remisyon indüksiyonu	Anakinra	3	-	8

BS: Behçet sendromu; İS: İmmünsüpresif; O: Oral ülser; PP: Papulopüstül lezyon; A: Artrit; Ü: Üveit; G: Genital ülser; EN: eritema nodozum; DVT: derin ven trombozu; AZA: azatioprin; Cy-A: siklosporin-A; IFN: İnterferon-alfa; IFX: infliksimab; ADA: adalimumab

## PS-09 Behçet Sendromu Üveitinde Hasar Progresyonu ile İlişkili Faktörler

Mustafa Erdogan, Yılmaz Ozyazgan, Didar Ucar, Yeşim Özgüler, Sebahattin Yurdakul, Vedat Hamuryudan, İzzet Fresko, Melike Melikoğlu, Emire Seyahi, Serdal Uğurlu, Hasan Yazıcı, Gülen Hatemi  
İstanbul Üniveristesi-Cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

**Giriş/AMAÇ:** Behçet sendromunda (BS) üveit, tekrarlayan inflamatuvar ataklar ile seyreden ve tedaviye rağmen üvea, retina ve optik sinirde hasarla sonuçlanan bir hastalıktır. Sık ataklar ve posterior segment tutulumu kötü prognoz olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı uzun dönem ve düzenli takibi yapılmış olan hastalarda daha detaylı, standardize tarama yöntemi ile hasarı predikte eden faktörleri tespit etmektir.

**METOD:** 1990 -2008 yılları takibe başlanan hastaların dosyaları tarandı. En az 10 yıldır düzenli olarak takibe gelen ve ilk vizitinde grade (GRD) 2'den fazla hasar gelişmemiş olan; son vizitinde farklı derecelerde (GRD 0-5 arası) hasarı olan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasar ciddiyeti, Behçet üveti için valide edilmiş hasar derecelendirme skorlamasına (Ozyazgan ve ark., hazırlanma aşamasında) göre derecelendirildi. Hasar progresyonu için aday faktörler, hasar skorunda ilerleme saptanan ve saptanmayan hastalar arasında kıyaslandı.

**SONUÇLAR:** Kırkdokuz hastaya (E:K= 35:14, Ort. ilk vizit yaşı 27±8, Ort. takip süresi 20.9±5.5 yıl, Ort. vizit sayısı 76.5±35.2) ait 98 göz değerlendirildi. Ort. görme keskinlik skoru, ilk vizitte 0.02±0.08; son vizitte 0.47±0.52 saptandı. Ort. atak sayısı 13.2±9.4 idi. Bazal hasar skorları; 79 gözde GRD 0, 16 gözde GRD 1 ve 3 gözde GRD 3 olarak tespti edildi. Son vizit hasar skorları; 15 gözde GRD 0, 21 gözde GRD 1, 32 gözde GRD 2, 12 gözde GRD 3, 10 hastada GRD 4 ve 8 hastada GRD 5 olarak saptandı. Son vizitte 81/98 gözde hasar progresyonu saptandı. Hasar progresyonu olan gözlerde; atak sayısı (14.5±10.8 vs 23.3±12.3; p=0.008), posterior üveit atak sayısı (0.4±1.2 vs 6.5±4.9, p<0.001), panüveit atak sayısı (0.8±1.3 vs 6.6±5.0, p<0.001), retina muayenesine engel olan ciddi vitröz opaziteli atak sayısı (0 vs 3.2±3.8, p<0.001), arkuat alanda; retinal infiltrasyon (0.2±0.4 vs 1.4±1.9, p<0.001) ve retinal hemoraji (0.1±0.2 vs 0.7±1.4, p<0.001), hipopyonlu atak sayısı (0.2±1.0 vs 0.9±1.3, p=0.019) daha fazla saptandı.

**TARTIŞMA:** Posterior ve panüveit atakları, ciddi vitröz opaziteye sebep olan ataklar, arkuat alandaki retinal infiltratlar ve hemorajiler ve hipopyonlu ataklar hasarın önemli prediktörleridir. Bu özelliklere sahip hastalar daha agresif tedavi edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Sendromu, Prognostik Faktör, Üveit

## **PS-10 Damar ve santral sinir sistemi tutulumu olan behçet sendromu hastalarında mikofenolat tedavisi**

Sinem Nihal Esatoglu<sup>1</sup>, Emir Cerme<sup>2</sup>, Vedat Hamuryudan<sup>1</sup>, Ugur Uygunoglu<sup>3</sup>, Aksel Siva<sup>3</sup>, Melike Melikoglu<sup>1</sup>, Emire Seyahi<sup>1</sup>, Yeşim Özgüler<sup>1</sup>, Melih Tutuncu<sup>3</sup>, Sabahattin Saip<sup>3</sup>, Zekayi Kutlubay<sup>4</sup>, Cem Mat<sup>4</sup>, Hasan Yazici<sup>1</sup>, Gulen Hatemi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>3</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı

<sup>4</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı

### **Amaç:**

Damar veya santral sinir sistemi tutulumu olan Behçet sendromlu (BS) hastalarda remisyon indüksiyonu ve idamesi için immünsüpresif ilaçlar kullanılmaktadır. Bu endikasyonlarda ilk tercih edilen biyolojik olmayan immünsüpresif ilaç azatioprin (AZA). Yan etki veya etki kaybı gibi nedenlerle alternatif ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada, damar veya santral sinir sistemi tutulumu olan hastalarda mikofenolatın etkinliğini ve güvenliğini bildirmeyi amaçladık.

### **Yöntem:**

2016-2018 yılları arasında mikofenolat ile tedavi edilmiş olan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Demografik özellikler, ilaçlar, yan etkiler ve tedavi yanıtı kaydedildi. Damar nöksü, daha öncesinde etkilenmemiş bir bölgede yeni bir tromboz/ anevrizma veya daha önce etkilenmiş bir bölgede yeni gelişmiş bir tromboz/anevrizma olarak tanımlandı.

### **Bulgular:**

Toplamda 33 hastanın 32'sine mikofenolat mofetil, 1'ine ise mikofenolat sodyum başlandı. Demografik bilgiler, takip süresi ve tedavi endikasyonları Tablo 1'de sunulmuştur.

Mikofenolat, 33 hastanın 12'sinde yüksek doz prednizolona ek olarak remisyon indüksiyonu için kullanıldı. Bu 12 hastanın 7'sinde eşzamanlı olarak biyolojik (6'sında infliksimab (IFX) ve 1'inde adalimumab) tedavi de başlandı. Geriye kalan 21 hastada ise 4'ü IFX, 1'i siklosporin-A ve 3'ü düşük doz prednizolon ile birlikte olmak üzere remisyon idamesi için kullanıldı.

Mikofenolat başlama nedeni 22 hastada AZA kullanımına bağlı gelişen lökopeni, gastrointestinal sistem intoleransı ve karaciğer enzimlerinde yükseklik gibi yan etkilerdi. Varfarin kullanan 2

hastada AZA ile kullanımı zor olduğu için mikofenolat tercih edilmişti. Dokuz hasta ise AZA tedavisi altında aktif hastalık geliştirmişti.

Santral sinir sistemi tutulumu olan 4 hasta dahil toplamda 16 (%48,5) hasta ortalama 26 ay (ÇAA: 13-41) takip sonunda nüks yaşamadı. Damar nüksü gelişen 6 (%12) hastanın 5'i sadece mikofenolat kullanılıyordu.

Takip sonunda 33 hastanın 18'i (%55) halen mikofenolat kullanıyordu. On beş hastanın ilaç kesilme nedenleri Tablo 2'de sunulmuştur.

### **Sonuç:**

Mikofenolatın damar ve santral sinir sistemi tutulumu olan BS hastalarında, özellikle remisyon idamesinde, etkili ve güvenli bir seçenek olduğu görülmektedir. Remisyon indüksiyonu için ise biyolojilere yardımcı bir ajan olabilir

<b>Özellik</b>	<b>n</b>
Erkek/Kadın	26/7
Yaş (ortalama/SS)	41±10
Takip süresi (ortalama/ÇAA)	14(12/40)
Mikofenolat endikasyonu	
Vasküler tutulum*	28
Derin ven trombozu	11
Pulmoner arter anevrizması	3
Pulmoner arter trombozu	4
Yüzeysel tromboflebit	4
Budd-Chiari sendromu	3
Periferik arter tutulumu	3
İntrakardiyak trombüs	3
Dural sinüs trombozu	1
Parankimal sinir sistemi tutulumu	4
Venöz ülser	1
*Bir hastada birden fazla vasküler tutulum bulunmaktaydı	

<b>Tablo 2. Mikofenolatın kesilme nedenleri</b>	
Kesilme nedeni	n
Remisyon	4
Tekrarlayan yüzeyel tromboflebit	3
Budd-Chiari sendromu	1
Dirençli mukokutanöz bulgular	1
Gebelik isteđi	1
Hastanın ilacı kesmeyi istemesi	1
Yan etki	
İshal	3
Kaşıntı	1

## Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm Organizasyon Hizmetleri  
Küçükbakkalköy Mah. Albay Sk. No: 24 Ataşehir / İstanbul  
Tel: 0216 573 18 36 • Faks: 0216 573 83 18  
E-posta: [info@cerrahpasabehcet.org](mailto:info@cerrahpasabehcet.org)