



Cerrahpaşa
Romatoloji
Derneği

Romatolojide Zor Vakalar:

CERRAHPAŞA BULUŞMASI

BİLDİRİ KİTABI



13 Kasım 2021



Fairmont Quasar
İstanbul



cerrahpasaromatolojidernegi.org

Düzenleme Kurulu

Canan Akman

Pamir Atagündüz

İhsan Ertenli

S. Nihal Esatoğlu

İzzet Fresko

Vedat Hamuryudan

Gülen Hatemi

Sedat Kiraz

Melike Melikoğlu

Huri Özdoğan

Yeşim Özgüler

Emire Seyahi

Serdal Uğurlu

Sebahattin Yurdakul

Hasan Yazıcı

Cerrahpaşa Romatoloji Derneği
ROMATOLOJİDE ZOR VAKALAR: CERRAHPAŞA BULUŞMASI

Fairmont Quasar Hotel İstanbul

13 Kasım 2021 Cumartesi

08:30 - 08:45	Açılış <i>Melike Melikoğlu</i>
08:45 - 09:30	1. Oturum
	Romatoid artrit Moderatörler: <i>Vedat Hamuryudan, Nevsun İnanç</i> Panelistler: <i>Osman Kızılkılıç, Birgül Mete, Uğur Uygunoğlu</i>
	Tedavi dirençli RA <i>Kerem Abacar</i>
	Romatoid artritte leptomeningeal tutulum <i>Ayşe Özdede</i>
	Romatoid artrit mi Gut artrit mi? <i>Ayşe Özdede</i>
09:30 - 10:00	Uydu Sempozyumu  Ankilozan spondilit tedavisinde secukinumab farkı: Biyolojik naif hastalarda ve zorlu vakalarda tedavi sonuçları Moderatör: <i>Emire Seyahi</i> Konuşmacılar: <i>Serdal Uğurlu, Nevsun İnanç</i>
10:00 - 10:30	Kahve Molası
10:30 - 11:15	2. Oturum
	Psöriatik artrit Moderatörler: <i>İzzet Fresko, Cemal Bes</i> Panelistler: <i>Zekayi Kutlubay, Burhan Engin, Canan Akman</i>
	Paradoksal psöriazis <i>Elif Cansel Özçakır</i>
	Biyolojik tedavilere refrakter PsA <i>Melek Yalçın Mutlu</i>
	PsA'da akciğerde nekrotizan granulomatoz lezyon <i>Mert Öztaş</i>
11:15 - 12:00	3. Oturum
	Romatolojik hastalıklarda COVID-19 enfeksiyonu Moderatörler: <i>Serdal Uğurlu, Rıdvan Karaali</i> Panelistler: <i>Mehmet Engin Tezcan, Deniz Göksedef, Ozan Balkanay, Canan Akman, İbrahim Adaletli</i>
	COVID-19 aşısı sonrası ANCA-ilişkili vaskülit & rabdomiyoliz vakaları <i>Sabriye Güner</i>
	COVID-19 seyrinde rekürren periferik vasküler tromboz <i>Mehmet Engin Tezcan, Berna Yurttaş</i>
	COVID-19 seyrinde RA ve refrakter plörezi <i>Mert Öztaş</i>
12:00-13:30	Öğle Arası

13:30 - 14:15	4. Oturum
	Ankilozan spondilit
	Moderatörler: <i>İzzet Fresko, Pamir Atagündüz</i> Panelistler: <i>İbrahim Adaletli, İlker İnanç Balkan</i>
	Faset eklem tutulumu baskın axSpA <i>Berna Yurttaş</i>
	SpA taklitçisi <i>Sabriye Güner</i>
	AS tedavi dirençli Tbc lenfadenitis <i>Sinem Nihal Esatoğlu</i>
14:15 - 14:45	Uydu Sempozyumu 
	İnflksimabın Gücü & Pfizer'in Tecrübesi ile Buluştu: İxifi Kanıt Bütünselliği ve Romatolojide İnflksimab Verileri Moderatör: <i>Melike Melikoğlu</i> Konuşmacı: <i>Emire Seyahi</i>
14:45 - 15:30	5. Oturum
	Romatolojik hastalıklarda inflamatuvar bağırsak tutulumu
	Oturum Başkanları: Moderatörler: <i>Melike Melikoğlu, Aykut Ferhat Çelik</i> Panelistler: <i>Pamir Atagündüz, Yusuf Erzin, Onur Tutar, Tuğrul Elverdi, İlker İnanç Balkan</i>
	MDS ilişkili bağırsak inflamasyonu: Behçet hastalığı ilişkili ve ilişkisiz vakalar <i>Sinem Nihal Esatoğlu</i>
	AS İBH: TNFi refrakter vaka <i>Oğuz Kaan Bakkaloğlu</i>
15:30 - 16:00	Kahve Molası
16:00 - 16:45	6. Oturum
	Konnektif doku hastalıkları
	Oturum Başkanları: Moderatörler: <i>Bahar Artım Esen, Sedat Kiraz</i> Panelistler: <i>Selda Çelik, Neslihan Yılmaz, Cem Ar, Canan Akman</i>
	SLE ve refrakter trombositopeni <i>Burak İnce</i>
	Primer Sjögren kistik nodüler akciğer tutulumu <i>Cansu Akleylek</i>
	Sjögren sendromu? Kriyoglobulinemik vaskülit ve Plazma hücre diskrazisi <i>Yağmur Göksoy</i>
16:45 - 17:30	7. Oturum
	Sistemik vaskülitler
	Moderatörler: <i>Emire Seyahi, Haner Direskeneli</i> Panelistler: <i>Suat Nail Ömeroğlu, Sabahattin Saip, Osman Kızılkılıç, İlker İnanç Balkan, Canan Akman</i>
	FMF Takayasu arteriti <i>Seda Kutluğ Ağaçoğlu</i>
	ANCA ilişkili vaskülit ve kalp kapak tutulumu <i>Berna Yurttaş</i>
Nörobeçet mi primer MSS vaskülit mi? <i>Mert Öztaş</i>	

POSTER BİLDİRİLER

Bildiri No	Bildiri Başlığı	Sunan Kişi
82	Mix bağ dokusu hastalığına eşlik eden Tbc artrit vakası	Sevil Yiğit
83	İnfanfil İdiopatik Piyoderma Gangrenosum hastasında infliksimab ile başarılı tedavi: olgu sunumu	Taner Coşkuner
85	Antifosfolipid Sendrom - Mesenteric inflammatory veno-occlusive disease (MIVOD) çakışma olgusu	Sertaç Ketenci
86	Amiyopatik Antisentetaz Sendromlu Olgu: Yeni Bir Miyozit Bulgusu Olarak Hiker's Feet	Sertaç Ketenci
88	Dirençli Bir Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı Olgusu	Gizem Sevik
89	Behçet hastalığına eşlik eden IgG4 ilişkili hastalık olgusu	Alida Aliyeva
90	Behçet Sendromunda İnfliksimab Tedavisi Altında Ortaya Çıkan Yeni Tutulumlar	Nur Beyza Tükek
91	Uzun Süredir Diyaliz Öyküsü Olan Hastada Amiloid Artropatisi	Nur Beyza Tükek
92	Behçet Sendromu Olan Bir Hastada Ciddi Karın Ağrısı: IgA Vaskülit	Nur Beyza Tükek
93	Retinal ven trombozu ile prezente olan hasta	Murat Taşçı

[Abstract:0082]

Mix bağ dokusu hastalığına eşlik eden Tbc artrit vakası

Sevil Yiğit, Necati akır

İstanbul Fatih Sultan Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Romatoloji Bilim Dalı

Kemik ve Eklem tüberkülozu ekstrapulmoner tüberküloz formları içinde ender görölen bir formdur. Mix Bağ Dokusu Hastalıklarının(MBDH) takibi sırasında tüberkülozun ortaya çıkması, tanı sorunları ortaya çıkaran özel bir durumdur. Bu yazımızda MBDH'nda gelişen sol ayak bileği kronik artrit ile başvuran tüberküloz artrit olgusu sunulmuştur.

39 yasında kadın 7 yıl önce MBDH tanısıyla takibe alınmış. Deltacortil 10 mg, plaquenil 2x1 tedavisi altındayken Tbc?malignite? tetkik amaçlı yapılan torax BT sonucunda saptanan akciğerde parankim lezyonundan yapılan biopsi sonucunda nekrotizan granölamatöz enflamasyon tespit edilmiş. Bu bulgular göğüs hastalıkları tarafından Tbc lehine yorumlanmamış. Metoart 15mg/hf, deltacortil 5mg 1x1, salazoprin 2x2 tedavileri ve intrartiküler steroid enjeksiyonuna rağmen sol ayak bileğinde kronik artrit gelişmesi üzerine septik artrit ön tanısıyla hasta interne edildi. Yapılan aspirasyon materyalinde ARB ve kültür negatifti. Hastanın çekilen ayak bileği MR'ında yaygın kemik hasarı, toplu apseler ve torakal vertebradaki litik lezyonlar nedeniyle olası Tbc artrit olarak yorumlandı (şekil 1-2). Anti-Tbc tedavisinin 3. Haftasında akut faz reaktanlarında yanıt alındı ve klinik olarak hastanın artritinde regresyon gözlendi.

İskelet tüberkülozu en sık omurgayı tutar, bunu ağırlık taşıyan eklemlerde Tbc artrit ve ekstraspinal Tbc osteomyelit izler. Osteoartiküler tutulumun tanısı zordur. Tbc tanısında en önemli adımlar klinik şüph ve iyi anamnezdır.

Anahtar Kelimeler: kronik artrit, tbc, apse

[Abstract:0083]

İnfanfil İdiopatik Piyoderma Gangrenosum hastasında infliksimab ile başarılı tedavi: olgu sunumu

Taner Coşkuner, şengöl Türker ağlayan, Kadir Ulu, Ramazan Emre Yiğit, Betöl Sözeri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ocuk Romatoloji Kliniği

Pyoderma gangrenosum (PG) ocuklarda nadir görölen bir nötrofilik dermatozdur (vakaların %4'ü). Lezyonlar tipik olarak ağrılı, eritemli püstöller, büller veya paterji gösteren nodöller olarak ortaya çıkar. Kenarları kabarık nekrotik plaklara, atrofik veya kribriform skarlarla iyileşen mavimsi sınırları olan morumsu derin ülserlere dönüşebilirler. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte başta genetik hastalıklar, ülseratif kolit, crohn hastalığı ve hematolojik maligniteler olmak üzere çeşitli hastalıklarla ilişkili olabilir. Bebeklerde ve çocuklarda izole vakalar tanımlanmıştır. PG'li çocukların çoğu, oral kortikosteroidlerle başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir.

İnfanfil dönemde PG tanısı alan hastanın takip ve tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Bilinen bir hastalığı olmayan 7 aylık kız hasta, dış merkezde 22 gün PG ön tanısıyla takip edilmiş, hasta metilprednizolon 1-2 mg/kg/gün 18 gün, siklosporin 4mg/kg/gün 8 gün tedavileri almasına rağmen bulgularının gerilememesi üzerine kliniğimize sevk edildi. Hastanın kliniğimizde yapılan fizik muayenesinde ayak bileği ve gluteal bölge başta olmak üzere vücudunun birçok yerinde; papölopüstöller, bazıları nekrotik ülsere olan lezyonları mevcuttu. Öyküsünde lezyonlarının 3 ayıktan itibaren gözlenmeye başlandığı, özgeçmişinde aşlarının ayına göre uygun olduğu öğrenildi. Kliniğimizde yapılan tetkiklerinde tam kan sayımı, biyokimya tetkikleri normal, sedimentasyon yüksek (100mm/h), ANA negatif, P-ANCA < 2, PR3 ANCA negatif, C3:184, C4:45 (normal) olarak sonuçlandı. İmmunglobulinler (IG) yaşı ile uyumlu, IGG alt grupları, NBT (Nitro Blue Tetrazolium) testi, adezyon paneli ve lenfosit alt grupları testleri normal olarak değerlendirildi. Kemik iliği aspirasyonu ile malignite dışlandı, yara ve kan kültürlerinde üreme görölmedi. Yapılan tüm ekson taramasında sadece MEFV geninde K695R heterozigot mutasyonu bulundu. Deri biyopsisinde bulguların PG geç dönemi ile uyumlu olduğu ve tipik neoplazi bugularının gözlenmediği belirtildi. Etyolojik değerlendirmede, altta yatan immun yetmezlik, enfeksiyöz, otoinflamatuvar, otoimmun bir

romatolojik hastalık ya da malignite tespit edilmedi ve infantil idiopatik PG tanısı ile takip edilmeye başlandı. Hastaya ilk planda IVIG (intravenöz immunglobulin) ve yüksek doz steroid başlandı. Metilprednizolon ile yeni lezyonlarının olması üzerine anakinra tedavisi başlandı. Sonrasında klinik inaktivasyon olmaması üzerine tosilizumab tedavisi başlandı. İlk 2 ay klinik inaktivasyon sağlanan hastaya ataklarının devam etmesi üzerine infliximab tedavisi başlandı (5mg/kg/doz). İnfliksımab ile tedavi yanıtı sağlanan ancak 2. dozunda anaflaksi olan hastanın desensitizasyon ile tedavisinin devamı sağlandı. 1 yıldır sorunsuz tedavi edilen hastada bu dönem içinde sadece dış çıkarma döneminde yeni atak gözlemlendi.

İnfantil piyoderma gangrenosum ile ilgili literatürde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Özellikle çocuk hastalarda tedavi yönetimi ve tercihi konusunda yeterli bilgi olmadığından bu hasta literatüre katkı sağlamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: infantil, nekroz, infliksımab

[Abstract:0085]

Antifosfolipid Sendrom - Mesenteric inflammatory veno-occlusive disease (MIVOD) çakışma olgusu

Sertaç Ketenci

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği

Amaç: Vaskülit ayırıcı tanısında nadir görülen MIVOD vb. durumları gözden geçirmek
Olgu: 42 yaş erkek hasta bilinen kronik HBV (+) olup 2006 yılında mezenter iskemi nedeniyle parsiyel ince barsak rezeksiyonu uygulanmış. 2009 yılında tekrarlayan karın ağrısı sebebiyle yapılan anjiyografide çölyak truncus ve SMA proksimal, IMA distal segmentlerde kronik total oklüzyon saptanıp iliak arter ile hepatik arter ve SMA'ya bypass greft uygulaması yapılmış. Antikoagülan tedavi altındaki hastanın 2015 yılında tekrarlayan karın ağrısı olması nedeniyle yapılan tetkiklerde iskemik kolon saptanıp asendan kolon iskemik segment rezeksiyon + anastomoz operasyonu uygulanmış. Dış merkezde vaskülit ön tanısıyla pulse steroid ve 3 doz siklofosfamid tedavisi almış. Tekrarlayan mesenter iskemi atakları olan HBV+ genç hastanın etyoloji araştırılması için yapılan anjiyografide PAN benzeri tutulum yok, ANA ANA profil ANCA profil normal, EMG'de nöropatik tutulum yok ve romatolojik sorgusunda sistemik vaskülit- bağ dokuyula uyumlu bulgusu yoktu. Gönderilen tromboz panelinde FV Leiden homozigot mutasyonu saptandı. AFAS açısından coumadinize hastada LA bakılamayıp anti kardiolipin IgG-M normal sınırlardaydı. Anti B2 Gliloprotein Ig M 45 IU/ml olarak bulundu. Operasyon preparatları ilk operasyon preparatlarıyla beraber tekrar patolojik incelemeden geçirildiğinde barsak duvarlarında tam kat nekroz ve yoğun polimorflardan oluşan aktif yangı, yaygın peritonit, damar duvarlarında yer yer trombüslere eşlik eden venöz yapılarda flebit venülitte uyumlu inflamasyon raporlandı. Tekrarlayan AFL tekrar anlamlı pozitif gelen hasta AFAS + MIVOD olarak antikoagülan + asetilsalisilik asitle 2016'dan bu yana ataksız takip edilmektedir.

Sonuç:

MIVOD son derece nadir görülen mezenterik iskekiye seyreden venöz yapıların tutulduğu bir sendrom olup tanı ancak yüksek klinik şüphe ve deneyimli patoloğların katkısıyla konulabilmektedir. Olgumuzda patolojik bulgular ve tekrarlayan iskemik ataklar MIVOD tanısını koydurmakla beraber eşlik eden arteryal iskemik tutulumu açıklayamamaktadır. AFL pozitifliği olgudaki arteryel tutulumun en olası sebebi olup tekrarlayan pozitiflik bu durumu desteklemektedir. MIVOD hastalarının immunsupresif yanıtı oldukça sınırlı olup antikoagülan-agregan tedavi ve cerrahi asıl yaklaşımı oluşturmaktadır. Hastamızda da gerek AFAS gerek MIVOD açısından uygun yaklaşım olan antikoagülan + antiagregan verilmiş ve yanıt alınmıştır. Tekrarlayan mezenter iskemide MIVOD tanısı akılda tutulması gerekli bir tanıdır.

Anahtar Kelimeler: MIVOD, Antifosfolipid, Mezenter İskemi

[Abstract:0086]

Amiyopatik Antisentetaz Sendromlu Olgu: Yeni Bir Miyozit Bulgusu Olarak Hiker's Feet

Sertaç Ketenci

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniği

Amaç: Antisentetaz sendromlu bir vakada Hiker's Feet bulgusunu gözden geçirmek

Olgu: 52 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 yıldır olan vucutta eklem yerlerinde daha belirgin güneşe hassas kızamık kabarık döküntüler el ve ayaklarda yaygın squamli döküntü ve çatlaklar nedeniyle dış merkez dermatolojiye başvurmuş ve SLE + egzema ön tanısıyla romatolojiye sevk edilmiş. Hastanın romatoloji tarafından yapılan tetkiklerinde ANA +++, ENA panelde Ro-52 ++ olarak bulunurken diğer otoantikörler negatif saptanmış. İstenen Toraks BT normal, sedimentasyon 52 mm/h CRP 2 mg/dl olup idrarda sediment veya proteinüri saptanmamış. Dermatoloji tarafından ayak tabanından yapılan biyopsi hiperkeratoz olarak sonuçlanmış. Pandemi nedeniyle sonuçlarını ilgili hekimlere ulaştıramayan ve yaklaşık 2 yıldır bu şekilde tedavisiz hayatına devam eden hasta Ağustos 2021 tarihinde kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde kas güçleri tamdı artrit yoktu, el mcp pif diz eklemi ve dirsek eklemi üzerinde gottron papülleri ile uyumlu döküntü gözde heliotrop raşı vardı, oskültasyonda bibaziller ralleri duyuldu. Avuç içlerinde makinist eli görünümü olan hastanın ayak tabanında derin çatlaklarla seyreden, ağrılı yürütmesine sebep olan hiperkeratotik lezyonlar saptandı. Yapılan tetkiklerinde ANA+++ granüler ve ENA panelde sadece anti Ro+++ olarak bulundu. Akut faz yanıtları yüksek olan hastanın CK -LDH- AST normal sınırlardaydı. Hastanın istenen HRCT'de 2 yıl önceki CT'de olmayan yeni başlangıçlı NSIP ile uyumlu İAH saptandı. Amiyopatik dermatomyozit düşünülen hastada tanıyı güçlendirmek için istenen kapilleroskopide çok sayıda dev kapil ve aktif kanama alanları saptandı. Jo-1 dışı antisentetaz - amiyopatik dermatomyozit düşünülen olguda geniş myozit paneli tetkiki maddi kısıtlılıklar nedeniyle yapılamadı. Verilen kiloya 0,5mg steroid + MMF tedavisiyle şikayetleri tamamen gerileyen ayak taban lezyonları kaybolan hastada tanı klinik olarak Antisentetaz Sendromu ve Hiker's Feet bulgusu olarak netleştirilerek takibe devam edildi.

Sonuç:

Hiker's Feet makinist elinin ayak tabanındaki abartılı eşleniği bir bulgu olup çok az sayıda miyozit hastasında nispeten yeni tanımlanmış bir durumdur. Patolojik incelemesi hiperkeratoz ve egzema ile uyumlu gelip klinisyeni çelişkiye düşürebilir. Klinik olarak myozit düşünülen olgularda detaylı bir cilt muayenesi tanıyı netleştirmede önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hiker's Feet, Jo-1 dışı antisentetazlar, amiyopatik dermatomyozit

[Abstract:0088]

Dirençli Bir Erişkin Başlangıçlı Still Hastalığı Olgusu

Gizem Sevik, Seda Kutluğ Ağaçkırın, Kerem Yiğit Abacar, Alida Aliyeva, Fatma Alibaz Öner, Haner Direskeneli
Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Erişkin-başlangıçlı Still hastalığı (EBSH) ateş, makülopapüler döküntü, artrit ve multisistemik tutulumla karakterize, nadir bir otoinflamatuvar hastalıktır. Burada EBSH tanısı ile takip edilen ve birden fazla biyolojik tedaviye dirençli olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Yirmi dört yaşında kadın hasta, her iki kolda, el dorsumunda, gövdede ve üst bacakta yaygın döküntü şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Döküntüleri ürtiker olarak değerlendirilen hastaya metilprednizolon tedavisi başlandıktan sonra cilt bulguları gerilemiş ancak 1 ay sonra hastada boğaz ağrısı, ateş ve eklem ağrısı şikayetleri başlamış. Hastanın her gün akşam saatlerinde üşüme titremeye birlikte 40 dereceye varan ateşi ve beraberinde vücutta yaygın döküntü şikayeti oluyor, 2-3 saat içinde geçiyormuş. İleri tetkik amacıyla tarafımıza yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde bilateral tonsiller hiperemik görüldü, palpasyonla hassas servikal lenfadenopatiler dışında özellik saptanmadı. Tetkiklerinde nötrofilik lökositoz mevcuttu, eritrosit sedimentasyon hızı: 95 mm/saat CRP: 188 mg/L Ferritin: 6656 mcg/dL olarak saptandı. Boyun ve Toraks BT'si normal, Batın BT'sinde hepatomegali dışında özellik yoktu. Ekokardiyografisi normal saptandı. Hastada ön planda Still hastalığı düşünülerek 1 mg/kg dozunda metilprednizolon ve metotreksat 15 mg/hafta tedavileri başlandı. Hastanın takibinde steroid dozu azaltılırken boğaz ağrısı ateş ve döküntü şikayetlerinin tekrarlaması, ferritin düzeylerinin artması nedeniyle Anakinra 100mg/gün tedavisi başlandı. Anakinra ile klinik ve laboratuvar olarak dramatik yanıt alındı ancak enjeksiyon yerinde ciddi alerjik reaksiyon olması üzerine kanakinumab 150 mg/ay tedavisine geçildi. Tedavi altında yaklaşık 3 ay stabil izlenen hastada steroid dozu azaltılırken tekrar ciddi ateş, yaygın döküntüler ve akut faz yüksekliği olması üzerine tosilizumab 162 mg/hafta tedavisine geçildi. Tedavinin 3. ayında hastada tekrar boğaz ağrısı, servikal lenfadenopati, ateş ve döküntü şikayetlerinin gelişmesi, CRP: 153 mg/L ferritin düzeyinin 9278 mcg/dL saptanması üzerine Still hastalığı aktivasyonu düşünülerek hastaya kanakinumab 300 mg/ay dozunda başlandı. Hastanın takibinde şikayetleri tamamen geriledi, akut faz reaktanları ve ferritin düzeyi normale döndü. Tedavinin 6. ayında son poliklinik kontrolünde hastanın aktif bir şikayeti olmayıp metilprednizolon dozu 4 mg/güne kadar azaltılmış olup takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç: EBSH olgularında uzun süreli remisyonun sağlanması güç olabilmektedir. Dirençli olgularda yüksek doz kanakinumab tedavisi etkin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin-başlangıçlı Still hastalığı, kanakinumab

[Abstract:0089]

Behçet hastalığına eşlik eden IgG4 ilişkili hastalık olgusu

Alida Aliyeva, Gizem Sevik, Seda Kutluğ Ağaçıran, Kerem Yiğit Abacar, Fatma Alibaz Öner, Mehmet Pamir Atagündüz, Güzide Nevsun İnanç, Rafi Haner Direskeneli
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

İmmünoglobulin G4 (IgG4) ile ilişkili hastalık birden fazla organı etkileyebilen, immün aracılı fibroinflamatuvar hastalıktır. Otoimmün pankreatit, Sklerozan kolanjit, Mikulicz hastalığı, Riedel tiroiditi (IgG4 ile ilişkili tiroid hastalığı), retroperitoneal fibrozis şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu olguda karın ağrısı gelişen Behçet hastasında saptanan retroperitoneal kitlenin biyopsisi sonucunda IgG4 ilişkili hastalık tanısı konulan vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu:

Tekrarlayan oral aft, genital ülser, paterji pozitifliği, artalji şikayetleri ile Behçet hastalığı tanısı konulan 60 yaşında erkek hastanın asbestozis ve kronik obstruktif akciğer hastalığı tanısı mevcut. Mukokütan bulguları nedeniyle kolşisin tedavisi ile stabil seyretmekteyken karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurmuştur. Karın ağrısı yemeklerle ilişkisiz, ishal eşlik etmemekte, sürekli devam etmektedir, fizik muayenede akut batını düşündürcek bulgu yoktu, vital bulguları normal, tansiyon yüksekliği yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri,amilaz, lipaz, tam kan sayımı normal referans aralığında, CRP 6,76 mg/L,yüksek bulunmuştur. Hastaya gastroenteroloji tarafından yapılan alt GIS endoskopisinde patoloji saptanmamış, yapılan kontrastlı batin bilgisayarlı tomografi(BT) görüntülemesinde abdominal aorta çevresinde, infrarenal seviyede yaklaşım 6cm'lik segment boyunca uzanan, en geniş yerinde 3x4 cm ölçülen yumuşak doku dansitesinde lezyon izlenmiştir(Şekil 1). Genel cerrahiye yönlendirilen hastaya laparotomi ile retroperitoneal kitleden biyopsi alınmıştır. Biyopsi patoloji sonucu IgG4/IgG oranında belirgin değişiklikler saptanmamakla birlikte IgG4 ilişkili retroperitoneal fibrozis özellikleri taşımaktadır. O sırada gönderilen kan tetkiklerinde İmmünoglobulin (Ig) seviyeleri şu şekildeydi: IgG 25,5 g/L (referans aralığı 7-16 g/L), IgA 3,4 g/L (referans aralığı 0,7-4 g/L), IgM 1,1 g/L (referans aralığı 0,4-2,30 g/L). IgG1: 18,1 g/L, IgG2: 4,88, IgG3: 2,76 g/L, IgG4: 0,73 g/L. Hasta IgG4 ilişkili hastalık olarak değerlendirilerek yüksek doz metilprednizolon başlandı, ardından yavaş yavaş doz azaltıldı. Altı ay sonra hastanın semptomları önemli ölçüde azaldı ve abdomen BT'si tekrarlandı, retroperitoneal kitlede önemli ölçüde azalma olduğu, 7mm'e kadar regrese olduğu görüldü. Steroid azaltılırken tedavisine azatioprin eklendi ve hasta şu anda azatioprin ve kolşisin ile stabil izlenmektedir.

Sonuç:

IgG4 ilişkili hastalığın çeşitli klinik belirtileri nedeniyle, tanı genellikle zordur ve etkilenen organın histopatolojik bulgularıyla doğrulanması gerekir. Behçet hastalarında da şüpheli lezyonlardan biyopsi alınmasının gerekliliğine dikkat çekerek, bu iki durumun olası bir birlikteliğini sunmaya çalıştık. IgG4 ilişkili hastalığının ana tedavisi glukokortikoidlerdir. Erken tanı ve kortikosteroid tedavisinin başlatılması gereksiz riskli invaziv müdahaleleri azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Behçet, IgG4, retroperitoneal kitle

Şekil 1.



Retroperitoneal kitlenin BT görüntüsü

[Abstract:0090]

Behçet Sendromunda İnfliksımab Tedavisi Altında Ortaya Çıkan Yeni Tutulumlar

Nur Beyza Tükek¹, Sinem Nihal Esatoğlu², Gülen Hatemi², Yeşim Özgüler², Emire Seyahi², Melike Melikoğlu², Ali İbrahim Hatemi³, Aykut Ferhat Çelik³, Serdal Uğurlu², İzzet Fresko², Hasan Yazıcı², Vedat Hamuryudan²

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Monoklonal anti-tümör nekroz faktör antikorları ve özellikle infliksımab (IFX) Behçet sendromunun (BS) tedavisinde sıkça kullanılmaktadır. Bununla birlikte IFX tedavisi sırasında yeni tutulumların zaman zaman ortaya çıkabildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada geniş bir BS kohortunda IFX tedavisi sırasında yeni organ tutulumunun sıklığını araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem:

Kliniğimizde 2004 ve 2020 yılları arasında IFX alan tüm BS hastalarının dosyaları incelendi. IFX tedavisi sırasında yeni tutulum ortaya çıkan hastaların demografik verileri, IFX başlama endikasyonları, birlikte kullandıkları ilaçları, önceki tedavileri ve klinik seyirleri not edildi. IFX tedavisi öncesinde bulunmayan BS bulguları "yeni tutulum" olarak tanımlandı.

Bulgular:

IFX başlanan 282 hastanın başlıca endikasyonlarını üveit (n=137) ve damar tutulumu (n=86) oluşturmaktaydı. Bu hastalardan 19'u (%7) ortalama 20±15,3 aylık takip süresince 23 yeni tutulum geliştirdi. Damar tutulumu (venöz ülser nedeniyle başlanmış 5 hasta dahil), üveit, santral sinir sistemi ve artrit nedeniyle IFX başlanmış olan hastalarda, yeni tutulum ortaya çıkma sıklığı sırasıyla %13 (12/91), %3 (4/137), %2,5 (1/40) ve %16 (2/12) idi.

Yeni tutulumların çoğunluğunu vasküler lezyonlar oluşturmaktaydı (n=11, %48) ve 14/19 hasta IFX başlama endikasyonu olan tutulum açısından remisyondaydı. Yeni tutulum ortaya çıkmasını takriben IFX dozu arttırıldı veya infüzyon aralıkları kısaltıldı (n=6) ya da başka bir ajana geçildi (n=8) ve/veya glukokortikoid, immunsupresif ajan veya kolşisin eklendi (n=21). Bu tedavi değişiklikleri sonrasında 17/19 hastanın yeni tutulumunda remisyon sağlandı.

Ortanca 29 aylık (ÇAA: 14-53) takip süresi boyunca 9 (%47) hasta halen IFX tedavisine devam etmekteydi. IFX kesilme nedeni 7 hastada yeni tutulum ortaya çıkması, 2 hastada infüzyon reaksiyonu ve 1 hastada tedavi uyumsuzluğu idi. 2 hastada görülen infüzyon reaksiyonu dışında yan etki gözlenmedi.

Sonuç:

IFX tedavisi alan 282 hastanın tedavi süresince %7'sinde yeni tutulumlar ortaya çıkmıştır. Damar tutulumu olan hastaların yeni tutulumlar geliştirmeye daha yatkın olduğu görüldü. IFX tedavisinin dozunun arttırılması veya infüzyon aralıklarının kısaltılması veya yeni bir tedavi ajanının eklenmesinin, hastaların yarısından fazlasında yeni tutulumların tedavisinde etkili olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, infliksımab, yeni tutulum

Yeni tutulum geliştiren 19 hastanın özellikleri

IFX başlama yaşı, cinsiyeti	BS tutulumları	IFX başlama endikasyonu	Birlikte kullanılan ilaçlar	Yeni tutulum a kadar geçen süre (ay)	Yeni tutulumlar	İlk yeni tutulumun tedavisi	İkinci yeni tutulumun tedavisi
16, K	O, EN, Üveit	Üveit	Yok	26	GİS	IFX doz ↑	
25, E	O, G, Üveit, IVC	IVC	AZA, CSA	10	PAT	Pulse steroid ve CYC	
32, E	O, G, EN, IVC	Budd-Chiari	Yok	48	Artrit	MMF	
29, E	O, G, EN, Üveit	Üveit	AZA	53	STM	GC eklendi	
34, E	O, G, EN, DVT, Venöz ülser	Venöz ülser	Yok ¹ , COL ²	40 ve 50	Artrit ¹ , STM ²	COL ve GC eklendi	GC eklendi
44, K	O, EN, Artrit	Artrit	Yok	36	GİS	AZA ve GC eklendi	
35, E	O, G, EN, DVT, Periferik arter trombozu	DVT, Periferik arter trombozu	AZA	32	PAT	Pulse steroid ve CYC	
21, E	O, G, Üveit, Artrit, DVT, DST	DVT	MMF, GC	19	NBS	Pulse steroid ve ADA	
30, K	O, G, EN, DVT, PAT, DST	PAT, DST, DVT	GC	8	Koroner arter trombozu	Pulse steroid ve CYC	
42, E	O, G, DVT	Budd-Chiari	Yok	19	Artrit	IFX infüzyon aralığı ↓	

50, E	O, NBS	NBS	Yok ¹ , AZA, COL ²	18 ve 30	EN ¹ , DVT ²	COL	ADA başlandı ve GC eklendi
31, K	O, Budd- Chiari, PAT	Budd- Chiari, PAT	AZA, GC	4	Artrit	Anakinra	
43, E	O, G, EN, PAT	PAT	Yok	7	Koroner arter trombozu	IFX doz ↑	
30, E	O, Artrit, DVT, PAT	PAT	AZA	9	GİS	Pulse steroid ve CYC	
42, E	O, G, Üveit, DVT	DVT	MMF ¹ , MMF, GC ²	10 ve 11	STM ¹ , EN ²	IFX infüzyon aralığı ↓ ve GC eklendi	IFX doz ↑
35, E	O, G, Üveit, Artrit	Üveit	GC ¹ AZA, COL, GC ²	4 ve 6	EN ¹ , STM ²	COL	AZA ve GC doz ↑
26, E	O, G, Üveit, NBS	Üveit	Yok	21	PAA	Pulse steroid ve CYC	
23, E	O, EN, Üveit, Artrit, DVT	Artrit	Yok	8	STM	IFX infüzyon aralığı ↓ ve GC eklendi	
47, K	O, G, Aortit	Aortit	GC	5	Artrit	COL	

ADA: adalimumab; AZA: azatiopurin; COL: kolşisin; CSA: siklosporin-A; CYC: siklofosfamid; DST: dural sinüs trombozu; DVT: derin ven trombozu; E: erkek; EN: eritema nodozum; G: genital ülser; GC: glukokortikoid; GİS: gastrointestinal; IFX: infliksimab; IVC: inferior vena cava; K: kadın; MMF: mikofenolat mofetil; NBS: Nöro-Behçet sendromu; O: oral ülser; PAA: pulmoner arter anevrizması; PAT: pulmoner arter trombozu; Pulse: yüksek doz intravenöz metilprednizolon (1 g/3 gün); STM: yüzeysel tromboflebit ¹ İlk yeni tutulum ortaya çıktığında infliksimab ile beraber kullanılan ilaçlar ² İkinci yeni tutulum ortaya çıktığında infliksimab ile beraber kullanılan ilaçlar

[Abstract:0091]

Uzun Süredir Diyaliz Öyküsü Olan Hastada Amiloid Artropatisi

Nur Beyza Tükek¹, Berna Yurttaş², Mert Bektaş¹, Melike Melikoğlu³, Gülen Hatemi³

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Tekirdağ İ. Fehmi Cumalioğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

³İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç:

Beta-2 mikroglobulin birikimine bağlı sistemik amiloidoz, diyaliz tekniklerinin son yıllarda gelişmesine rağmen nadir de olsa gözükmemektedir. En sık karşılaşılan klinik bulgular karpal tünel sendromu, litik kemik lezyonları, kemik kistleri ve büyük eklemlerde eroziv artropatiyi de içeren kas iskelet problemleridir. Biz de septik artrit ile komplike olmuş bir Beta-2 Mikroglobulin Amiloidozu vakasını sunuyoruz.

Olgu:

53 yaşında, VUR'a bağlı kronik böbrek yetmezliği (KBY) ile 28 yıldır hemodiyalize giren erkek hasta, 10 gündür olan sağ omuzda ağrıyla başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın sol el bileği ve sağ kalçasında da bir süredir ağrı ve hareket kısıtlılığı vardı. Ultrasonografide sol el bileğinde tenosinovit ve karpal kemiklerde kistik lezyonlar görüldü. Sivaslı olan hastanın ailesinde romatizmal hastalık öyküsü, tekrarlayan karın ağrısı ve ateş anamnezi yoktu. 3 yıl önce HCV nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Solunum ve kardiyak muayenesi doğaldı, oral aft, genital ülser, döküntü, lenfadenopati saptanmadı. Sol üst ekstremitede AV fistül mevcuttu. Sol el bileği MR görüntülemesi tenosinovitle uyumluydu, sakroiliak MR'da aktif inflamasyon bulgusu saptanmadı. Pelvik MR'da her iki eklem sıvısında artış ve sinovyal hipertrofi görüldü. Yatışında 38.1 ateşi olan hastanın kan ve idrar kültürleri alındı. Hemoglobin: 10,3 g/dl, MCV: 82, Trombosit: 464,000/L, Lökosit: 9,600/L, diyaliz öncesi kreatinin: 8,9 mg/dl, Crp: 95 mg/L, sedimentasyonu 1. saatte 86 mm/sa, karaciğer fonksiyon testleri normal, LDH: 180 IU/L, Ürik asit: 3,7 mg/dl, ferritin: 950 ng/ml görüldü. Viral serolojide anti-HCV pozitifliği hariç bulgu yoktu, HCV RNA negatifti. Hemokültürlerde üreme olmadı, Rose bengal negatifti, transtorasik ekokardiyografide infektif endokardit bulgusu görülmeydi. Serum protein elektroforezi ve immünoglobulinler normaldi. Uzun süredir diyalize giren hastada Beta-2 mikroglobülin: 32810 ng/ml saptandı. Amiloid artropatisi ön tanısıyla sol el bileği sinovyumundan biyopsi alındı. Omuz artriti ve çevre dokuda apse tespiti üzerine alınan ponksiyonda MRSA üremesi olması nedeniyle linezolid tedavisi başlandı.

Sonuç:

Beta-2 mikroglobulin birikimine bağlı amiloidoz, hemodiyaliz alan KBY'li hastalarda sık görülen ve diyaliz süresi ile ilişkili bir komplikasyondur. Beta-2 mikroglobulin normal referans aralığı 1500-3000 ng/ml arasında olup, amiloidozda 50000-100000 ng/ml gibi değerler görülebilir. Ancak yüksek serum seviyeleri tanıyı doğrulamaz. Tanı için gereken, biyopsi materyalinin polarize ışıpta incelenmesi ve immünohistokimyasal yöntemle amiloid birikiminin beta-2 mikroglobulin yapısında olduğunun gösterilmesidir. Biyouyumlu ve yüksek geçirgenlikli diyaliz filtresinin amiloid birikimini azalttığına dair çalışmalar vardır. Renal transplantasyon hızlı semptomatik rahatlama sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: amiloid artropatisi, beta-2 mikroglobülin amiloidozu, hemodiyaliz

[Abstract:0092]

Behçet Sendromu Olan Bir Hastada Ciddi Karın Ağrısı: IgA Vaskülit

Nur Beyza Tükek¹, Berna Yurttaş², Selcan Seven¹, Selçuk Candan³, Ali İbrahim Hatemi³, Gülen Hatemi⁴

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Tekirdağ İ. Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Tekirdağ

³İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç:

Behçet Sendromu (BS), tekrarlayan oral aft, genital ülser, üveitle karakterize multisistemik bir vaskülitir. Hastalık seyrinde perforasyon, masif kanamalar ve derin ülserlerle karakterize gastrointestinal sistem tutulumu az da olsa görülmektedir. Gastrointestinal kanamayla bulgu veren bir başka vaskülitse IgA vaskülitidir. Lökositoklastik vaskülit ve karın ağrısıyla yönlendirilen bir BS hastasını sunuyoruz.

Olgu:

53 yaşında hipertansiyonu olan erkek, 1 haftadır periumbilikal bölgede yoğunlaşan ağrıyla başvurdu. Günlük dışkılama sayısı 2, kan ve mukus yoktu. 30 yıl önce oral aft, genital ülser, papülopüstüler döküntü ve bilateral üveitle BS tanısı aldığı öğrenildi. Koronavirüs pandemisi sebebiyle tüm ilaçlarını kesmişti, nsaii ve antibiyotik kullanımı yoktu. Görünümü huzursuz, ateşi 37.5, kalp hızı 98 nb/dk, kan basıncı 130/80 mmHg idi. Solunum ve kardiyak muayenesi normaldi. Batında tüm kadrantlarda yaygın hassasiyet, belirgin distansiyon, alt ekstremitelerde distalde bilateral palpabl purpuralar mevcuttu (Figür1). Hemoglobin: 12,6 g/dl, Lökosit: 15,700/L, Kreatinin: 0,77 mg/dL, CRP: 86 mg/L, ALT: 45, elektrolitleri normaldi. Gaita kültüründe üreme olmadı. Toksin A-B negatif, gaitada gizli kan pozitif. Batın görüntüleme vasküler yapılar açıktı ancak distal ileumdan yaklaşık 25 cmlik segmentte orta ileal anslar ve terminal ileumu da alacak şekilde diffüz duvar kalınlık artışı ve çevre yağlı dokuda kirlenme saptandı. Kolonoskopik incelemede mucoza normaldi. Alt ekstremitelerde venöz doppler usgde sağ popliteal vende kronik trombotik değişiklikler saptandı, akut tromboz izlenmedi. Cilt lezyonlarından ön planda lökositoklastik vaskülit düşünülerek biyopsi alındı. C3-C4 normal, IgG: 640 mg/dl (700-1600), IgA: 280 mg/dl (70-400), IgM: 15 mg/dl (40-230), idrarda protein negatifti. Viral seroloji, kriyoglobulin, ANA, anti-dsDNA, c-ANCA, p-ANCA negatif görüldü. Oral alımı kesildi, intravenöz hidrasyon, Siprofloksasin ve Metronidazol başlandı. Cilt biyopsisi lökositoklastik vaskülitte uyumlu, immünfloresanda IgA birikimi görüldü. Hastaya 1000 mg metilprednizolon (D1-D3) takiben azatiyoprin ve 1 mg/kg/gün prednizolon tedavisi başlandı. Tedaviden belirgin fayda gören hasta steroid dozu azaltılarak taburcu edildi.

Sonuç:

Henoch Schönlein Purpurası da denilen IgA vaskülit, cilt, renal, eklem ve gastrointestinal sistem tutulumuyla seyreden sistemik bir küçük damar vaskülitidir. Çocuklukta daha sık görülmele beraber, erişkinlerde de görülebilmektedir. Gastrointestinal tutulum şiddetli karın ağrısı, masif kanama ve barsak obstrüksiyonu şeklinde ortaya çıkabilir. Terminal ileit varlığında özellikle renal bulgu yoksa Crohn hastalığı ve BS gastrointestinal tutulumu ayırıcı tanısı yapmak oldukça zor olabilir. İnflamatuvar barsak hastalığı ayırıcı tanısında sık kullanılan fekal kalprotektin değerinin IgA vaskülit ve BS'de de yüksek saptandığı bilinmektedir. Bu hastada kolonoskopide BS'nin tipik derin ve oval ülserlerinin olmaması, cilt biyopsisinde IgA vaskülit bulgularının olması BS ilişkili tutulumu dışlatmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, gastrointestinal tutulum, IgA vaskülit

Figür1: Hastanın cilt döküntüleri



Figür2: Tedavi sonrası döküntüler



[Abstract:0093]

Retinal ven trombozu ile prezente olan hasta

Murat Taşçı¹, Buket Büşra İçin²

¹Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları AD

Amaç: Virchow, tromboz etiyolojisinde rol oynayan üç risk faktörünün hiperkoagülabilité, endotel hasarı ve staz olduğunu öne sürmüştür. Romatolojik hastalıklarda immobilite, inflamasyon, vasküler daralma, antifosfolipit antikorlar, eşlik eden nefrotik sendrom gibi nedenlerle ortaya çıkan bu üç risk faktörünün yarattığı trombozlar genel popülasyona göre 3 kat daha fazla görülür. Tromboz etiyolojisinde romatolojik hastalıkların rolünü vurgulamak amacıyla bu olguyu sunduk. Olgu: Kırkiki yaşında kadın hasta sağ gözde görme azlığı yakınması ile hastanemiz göz kliniğine başvurmuş. Göz muayenesi, OCT ve flouresein anjiyografi yapılmış. Maküla ödemi ve sağ göz üst temporal bölgede retinal ven trombozu tespit edilmiş. Etiyoloji araştırılmak üzere hematoloji ve romatoloji konsültasyonu istenmiş. Hastanın anamnezinden kronik sinüziti ve sekiz haftalık bir düşüğü olduğu öğrenildi. Muayenesinde görme kaybına ek patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerini istedik. WBC: 5120/mm³, Hgb: 12.6 g/dl, PLT: 262000/mm³, lenfosit: 1410/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı: 17mm/saat, CRP: 3mg/l, aPTT: 22 sn, C3: 128mg/dl (normal), ANA negatif, PR3 ve MPO ANCA negatif, RF negatif, lupus antikoagülan testi negatif, anti kardiyolipin IgG ve antibeta2 glikoprotein1 IgG negatif, anti kardiyolipin IgM ve anti beta 2 glikoprotein 1 IgM pozitif saptandı. Hastaya önce Enoksaparin ve daha sonra Warfarin tedavisi başladık. 3 ay sonra bakılan tetkiklerinde anti beta2 glikoprotein1 IgM negatifleşmişti, fakat anti kardiyolipin IgM pozitifliği yüksek titrede sebat ediyordu. Bu bulgularla hastaya antifosfolipit antikor sendromu tanısı koyduk. Kumadinizasyona devam ettik. Bundan 3 ay sonra tekrar antifosfolipit antikorlarına baktık. Antikardiyolipin IgM pozitifliği devam ediyordu. Hastada iki yıldır yeni bir tromboz atağı gelişmedi. Tekli antifosfolipit antikor pozitifliği olan, venöz tromboz öyküsü olan hastanın antikardiyolipin antikor pozitifliği kaybolursa 3. yılın sonunda antikoagülan tedavi kesimini hasta ile birlikte değerlendirmeye karar verdik. Sonuç: Özellikle major risk faktörü olmadan ortaya çıkan trombozlarda ve gebelik kayıplarında antifosfolipit antikor sendromu başta olmak üzere romatolojik hastalıklar açısından etiyolojik değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipit, retina, tromboz



Cerrahpaşa Romatoloji Derneği

Organizasyon Sekreteryası



Kolektif House
Barbaros Mah. Begonya Sk. NidaKule Batı No:1/2 34746
Ataşehir – İstanbul
Tel: 0216 573 18 36
E-posta: istanbul1@devent.com.tr



cerrahpasaromatolojidernegi.org