

XX. Romatoloji Uzmanlık Öğrencileri ve Uzmanları İçin Eğitim Kursu



XII. ROMATOLOJİDE YAKLAŞIMLAR VE PROFESÖRLER İLE YUVARLAK MASA TOPLANTILARI

8-11 Ocak 2026
Regnum Carya, Antalya

BİLDİRİ KİTABI

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Romatoloji Derneği adına düzenlenen “XX. Romatoloji Uzmanlık Öğrencileri ve Uzmanları İçin Eğitim Kursu ve XII. Romatolojide Yaklaşımlar ve Profesörler ile Yuvarlak Masa Toplantısı”nda sizlerle bir arada olmaktan mutluluk duyacağız. Toplantımız 08 – 11 Ocak 2026 tarihlerinde Antalya’da Regnum Carya Belek Hotel’de yapılacaktır.

Romatoloji, günden güne hem hastalıkların tanısı hem de tedavileri konusunda çarpıcı ve etkileyici gelişmelerin olduğu bir alandır. Bu kursumuzda da romatoloji alanındaki güncel gelişmeleri sizlerle paylaşmayı hedefledik. Yan dal uzmanlık öğrencisi ve uzman hekimi sayımız giderek artmaktadır. Ancak her hekimin şartları ve ihtiyacı aynı değildir. Romatoloji alanında bilgi ve tecrübenin yanısıra, tutulan organ ve sistemlerin çeşitliliği nedeniyle diğer disiplinlerinden de yetkin konsültanlara ihtiyaç duyulduğunun farkındayız. Bu düşüncelerden hareketle Türkiye’nin dört bir yanından gelen hekimlerimize kısa bir zaman diliminde de olsa, en üst düzeyde fayda aktarımını arzu ediyoruz. Bunun için organizasyonumuza Türkiye’nin farklı üniversitelerinden ve farklı bölümlerinden çok kıymetli hocalarımızı davet ettik. Bu toplantıyı diğer toplantılardan ayırtıran en önemli kısmının Profesörler ile yuvarlak masa oturumları olduğunu düşünmekteyiz. Bu oturumlar, her biri alanında tecrübeli ve yetkin hocalarımızla yuvarlak bir masa etrafında, belirli bir konu çerçevesinde kısıtlama hissetmeden soru sorabileceğiniz interaktif bir formatta tasarlanmaktadır. Ana hatları ile her bir konuya yönelik belirlenen öğrenim hedefleri ile akışı standardize etmeye çalışsak da içerik sizlerden gelen sorular ile zenginleşecektir. Farklı kliniklerde görev yapan hocalarımızın günlük pratikte hasta ve hastalıklara olan yaklaşımları, kendi tecrübeleri eminiz ki sizlere büyük bir katkı sağlayacaktır.

Ayrıca bu yıl kursumuzda yine interaktif olarak başlangıç seviyesinde istatistik atölyesi düzenlenecektir. Akademik çalışmalarımızda hipotez oluşturmadan sonuç eldesine kadar her aşamada önemli gereksinim olan bazı istatistik analizlerini birlikte yapabilmek için sizleri kursumuza kişisel bilgisayarlarınız ile bekliyoruz.

2026 yılının Romatolojideki ilk bilimsel şöleninde buluşmak üzere...

Saygılarımızla.

Romatoloji Fellow Kursu Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Cemal Bes

Prof. Dr. Ediz Dalkılıç

Prof. Dr. Nilüfer Alpay Kanitez

Prof. Dr. Yasemin Yalçınkaya

XX. Romatoloji

Uzmanlık Öğrencileri ve Uzmanları İçin Eğitim Kursu

XII. ROMATOLOJİDE YAKLAŞIMLAR VE PROFESÖRLER İLE YUVARLAK MASA TOPLANTILARI

8 - 11 Ocak 2026, Regnum Carya, Antalya

BİLİMSEL PROGRAM		
8 Ocak 2026 Perşembe		
14:30 - 14:45	Açılış	<i>Cemal Bes, Ediz Dalkılıç, Nilüfer Alpay Kanitez, Yasemin Yalçinkaya</i>
14:45 - 15:30	Vizitteyiz I: Anamnez ve Fizik Muayenenin İncelikleri	<i>Timuçin Kaşifoğlu, Taner Yılmaz</i>
15:30 - 15:45	Kahve Arası	
15:45 - 16:30	Vizitteyiz II: Anamnez ve Fizik Muayenenin İncelikleri	<i>Ediz Dalkılıç, Zeynep Yağbasan</i>
16:30 - 17:15	EULAR 2025 ve ACR 2025'te Akılda Kalan Yeni Neler Vardı?	<i>Umut Kalyoncu</i>
9 Ocak 2026 Cuma		
08:30 - 09:30	Profesörler İle Yuvarlak Masa Toplantıları	
09:30 - 09:45	Kahve Arası	
09:45 - 10:45	Profesörler İle Yuvarlak Masa Toplantıları	
10:45 - 11:00	Kahve Arası	
11:00 - 12:00	Profesörler İle Yuvarlak Masa Toplantıları	
12:00 - 13:30	Öğle Yemeği	
13:30 - 15:00	İstatistik Atölyesi	
	Moderatör: <i>Nilüfer Alpay Kanitez</i> Eğiticiler: <i>Ertuğrul Çağrı Bölek, Fatih Yıldırım, Ali Ekin, Rabia Deniz, Ayşenur Yılmaz</i>	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 17:00	İstatistik Atölyesi	
	Moderatör: <i>Nilüfer Alpay Kanitez</i> Eğiticiler: <i>Ertuğrul Çağrı Bölek, Fatih Yıldırım, Ali Ekin, Rabia Deniz, Ayşenur Yılmaz</i>	
10 Ocak 2026 Cumartesi		
08.30-09.30	Profesörler İle Yuvarlak Masa Toplantıları	
09.30-09.45	Kahve Arası	
09.45-10.45	Profesörler İle Yuvarlak Masa Toplantıları	
10.45-11.00	Kahve Arası	
11.00-12.00	Profesörler İle Yuvarlak Masa Toplantıları	
12.00-13.30	Öğle Yemeği	
13:30 - 17:00	Ayırıcı Tanıda Konsültanım Danışyorum	
13:30 - 14:15	Üveiti Olan Hastada Tanısal Yaklaşım	<i>Merih Oray</i>
14:15 - 15:00	İntertisyel Akciğer Hastalığında Radyolojik Değerlendirme	<i>Çetin Atasoy</i>
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 16:15	EMG Bulguları Eşliğinde Nöropati/Miyopati Ayırıcı Tanısı	<i>Hacer Durmuş</i>
16:15 - 17:00	Deri Döküntüsü Vaskülit Mi? Klinik Ve Histopatolojik İpuçları	<i>Zeynep Topkarcı</i>
11 Ocak 2026 Pazar		
09:00-09:30	Gelişmiş Tedavilerde Latent Tüberküloz ve Viral Hepatit Taramaları	<i>Veli Yazısız</i>
09:30-10:00	Romatoloji Perspektifinden Kardiyovasküler Risk Yönetimi	<i>Burcu Yağız</i>
10:00-10:30	Kahve Arası	
10:30-11:15	TRD Gelişmiş Tedavi Alacak Olan Hastalara Latent Tüberküloz Tarama ve Takip Rehberi	<i>Cemal Bes</i>
11:15-12:00	Tüberküloz Geçiren veya Malignitesi olan inflmatuar artritli hastalarda tedavi nasıl olmalı?	<i>Cemal Bes, Ali Akdoğan</i>
12:00-12:15	Kursun Genel Değerlendirmesi ve Kapanış	

YUVARLAK MASA TOPLANTILARI

Grup A-F: Birinci sene Fellowları

9 Ocak 2026 Cuma

Saat	Grup A	Grup B	Grup C	Grup D	Grup E	Grup F
08.30-09.30	1.Romatoid Artrit (Nevsun İnanç)	2.Spondiloartrit (Fatoş Önen)	3.Bağ dokusu hastalıkları (Bahar Artım Esen)	4.Oto-inflamatuar hastalıklar (Serdal Uğurlu)	5.Behçet Hastalığı (Vedat Hamuryudan)	6.Sistemik Vaskülitler (Kenan Aksu)
09.45-10.45	6.Sistemik Vaskülitler (Kenan Aksu)	1.Romatoid Artrit (Nevsun İnanç)	2.Spondiloartrit (Fatoş Önen)	3.Bağ dokusu hastalıkları (Bahar Artım Esen)	4.Oto-inflamatuar hastalıklar (Serdal Uğurlu)	5.Behçet Hastalığı (Ömer Karadağ)
11.00-12.00	5.Behçet Hastalığı (Ömer Karadağ)	6. Sistemik Vaskülitler (Ediz Dalkılıç)	1.Romatoid Artrit (Ayşe Cefle)	2.Spondiloartrit (Servet Akar)	3.Bağ dokusu hastalıkları (Ayten Yazıcı)	4.Oto-inflamatuar hastalıklar (Timuçin Kaşifoğlu)

10 Ocak 2026 Cumartesi

Saat	Grup A	Grup B	Grup C	Grup D	Grup E	Grup F
08.30-09.30	4.Oto-inflamatuar hastalıklar (Serdal Uğurlu)	5.Behçet Hastalığı (Vedat Hamuryudan)	6.Sistemik Vaskülitler (Nilüfer Alpay Kanitez)	1.Romatoid Artrit (Ayşe Cefle)	2.Spondiloartrit (Servet Akar)	3.Bağ dokusu hastalıkları (Ayten Yazıcı)
09.45-10.45	3.Bağ dokusu hastalıkları (Neslihan Yılmaz)	4.Oto-inflamatuar hastalıklar (Serdal Uğurlu)	5.Behçet Hastalığı (Fatma Alibaz)	6.Sistemik Vaskülitler (Nilüfer Alpay Kanitez)	1.Romatoid Artrit (Şule Yaşar Bilge)	2.Spondiloartrit (İsmail Sarı)
11.00-12.00	2.Spondiloartrit (İsmail Sarı)	3.Bağ dokusu hastalıkları (Neslihan Yılmaz)	4.Oto-inflamatuar hastalıklar (Timuçin Kaşifoğlu)	5.Behçet Hastalığı (Fatma Alibaz)	6.Sistemik Vaskülitler (Cemal Bes)	1.Romatoid Artrit (Şule Yaşar Bilge)

Grup 1-6: İkinci sene ve üstü Fellowları

9 Ocak 2026 Cuma

Saat	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	Grup 6
08.30-09.30	7.Romatoid Artrit (İhsan Ertenli)	8.Spondiloartritler (Süleyman Özbek)	9.PsA (Umut Kalyoncu)	10. Bağ dokusu Hastalıkları (Süleyman Serdar Koca)	11.Sistemik vaskülitler (Veli Yazısız)	12.Behçet hastalığı (Ahmet Gül)
09.45-10.45	12.Behçet hastalığı (Ahmet Gül)	7.Romatoid artrit (İhsan Ertenli)	8.Spondiloartritler (Süleyman Özbek)	9.PsA (Umut Kalyoncu)	10. Bağ Dokusu Hastalıkları (Merih Birlik)	11.Sistemik vaskülitler (Veli Yazısız)
11.00-12.00	11.Sistemik vaskülitler (Sevil Kamalı)	12.Behçet hastalığı (Mehmet Engin Tezcan)	7.Romatoid artrit (Ahmet Omma)	8. Spondiloartritler (Sedat Kiraz)	9.PsA (Dilek Solmaz)	10. Bağ Dokusu Hastalıkları (Merih Birlik)

10 Ocak 2026 Cumartesi

Saat	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	Grup 6
08.30-09.30	10. Bağ Dokusu Hastalıkları (Murat İnanç)	11.Sistemik vaskülitler (Sevil Kamalı)	12.Behçet hastalığı (Gülen Hatemi)	7.Romatoid artrit (Ahmet Omma)	8. Spondiloartritler (Sedat Kiraz)	9.PsA (Dilek Solmaz)
09.45-10.45	9.PsA (Yavuz Pehlivan)	10. Bağ Dokusu Hastalıkları (Murat İnanç)	11.Sistemik vaskülitler (Haner Direskeneli)	12.Behçet hastalığı (Gülen Hatemi)	7.Romatoid artrit (Ender Terzioğlu)	8. Spondiloartritler (Süleyman Özbek)
11.00-12.00	8. Spondiloartritler (Süleyman Özbek)	9.PsA (Yavuz Pehlivan)	10. Bağ Dokusu Hastalıkları (Süleyman Serdar Koca)	11.Sistemik vaskülitler (Haner Direskeneli)	12.Behçet hastalığı (Mehmet Engin Tezcan)	7.Romatoid artrit (Ender Terzioğlu)

E-POSTERLER

[EP-01]

Pseudo-pseudo Meigs Sendromu ve Ani İşitme Kaybı ile Seyreden Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu

Aida Shikhaliyeva¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Özet

Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoklu organ tutulumlarıyla seyreden kronik otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Nadir durumlarda maligniteyi taklit eden **pseudo-pseudo Meigs sendromu (PPMS)** ve nadiren de **ani işitme kaybı (AİK)** ile prezente olabilir. Bu yazıda, hem PPMS hem de AİK gelişen kompleks bir SLE olgusunu sunduk.

Giriş

SLE’de seröz membran tutulumları sık görülmekle birlikte, **asit ve plevral/perikardiyal effüzyon ile birlikte CA-125 yüksekliği** nadir olup PPMS olarak adlandırılır. Bu tablo jinekolojik maligniteleri taklit etmesi nedeniyle ayırıcı tanıda önemlidir. Öte yandan, immün aracılı **ani işitme kaybı**, SLE’nin seyri sırasında oldukça nadir rapor edilmiştir. Literatürde bu iki tablonun eş zamanlı görüldüğü olgu sayısı oldukça azdır.

Olgu Sunumu

Kırk yaşında, kadın hasta 2020 yılında sistemik lupus eritematozus (SLE) tanısı almış, ayrıca tip 1 diyabet ve 2020’de geçirilmiş provokasyonsuz pulmoner tromboemboli öyküsü olan bir hastadır. SLE tanısı fotosensitivite, artralji, plevral ve perikardiyal efüzyon ile birlikte pozitif ANA ve Anti-Ro52 varlığına dayanılarak konulmuştur. Hasta uzun yıllar prednol, hidrosiklorokin ve antikoagülan tedavi altında takip edilmiştir.

Aralık 2024’te nefes darlığı, batında şişlik ve idrarda yanma şikayetleri ile başvuran hastanın yapılan muayenesinde masif asit ve bilateral plevral-perikardiyal efüzyon saptandı. Laboratuvar incelemelerinde CA-125 düzeyi 1222 U/mL bulundu. Malignite dışlanması amacıyla yapılan ayrıntılı incelemelerde asit sıvısında sitoloji negatif, SAAG <1.1, PET-CT’de omental cake ya da implant saptanmadı, servikal biyopsi ise kronik servisit ile uyumlu raporlandı. Bu bulgular üzerine malignite dışlanarak lupus peritoniti ön planda düşünüldü ve tablo pseudo-pseudo Meigs sendromu olarak değerlendirildi. Takip sürecinde hastada sağ kulakta ani işitme kaybı gelişti. Bunun üzerine hastaya yüksek doz **pulse metilprednizolon** tedavisi başlandı. Ardından **obinutuzumab** tedavisi planlandı ve uygulandı. Obinutuzumab sonrası hastanın işitme kaybında belirgin düzelme izlendi.

Sonuç olarak bu olgu, sistemik lupus eritematozusun nadir fakat klinik açıdan önemli tutulumlarını bir arada göstermesi açısından dikkat çekicidir. Maligniteyi taklit eden asit, plevral ve perikardiyal efüzyon ile birlikte CA-125 yüksekliği pseudo-pseudo Meigs sendromunu düşündürmüş, buna eşlik eden ani işitme kaybı da SLE’nin nadir ekstrarenal tutulumlarından biri olarak değerlendirilmiştir. Bu vaka, SLE’de alışılmadık klinik tabloların ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

Kaynaklar (örnek)

1. Jung JY, et al. *Systemic lupus erythematosus presenting with ascites and elevated CA-125: Pseudo-pseudo Meigs’ syndrome*. Rheumatol Int. 2010.
2. Keleş N, et al. *Pseudo-pseudo Meigs’ syndrome in SLE: case report*. Lupus. 2016.
3. Gualtierotti R, et al. *Audiovestibular manifestations in systemic lupus erythematosus: a review*. Autoimmun Rev. 2018.

[EP-02]

Eklem Bulgularıyla Prezente Olan Bir Granülomatöz Polianjitis Olgusu

Akın Işık¹, Fatma Alibaz-Öner¹, Haner Direskeneli¹

¹ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

51 yaşındaki kadın hasta, üç aydır devam eden bilateral el bilekleri ve PIF eklemlerinde sabah tutukluğu-artrajı nedeniyle dış merkezde değerlendirilmiş. Yüksek CRP/ESH ve pozitif RF(38 IU/mL) saptanması üzerine seropozitif romatoid artrit tanısı konularak metotreksat ile prednizolon başlanmış. Tanısının beşinci ayında gelişen üst ekstremitelerde uyuşma-yanma şikayetleri üzerine yapılan EMG'si duyuşsal tip polinöropati ile uyumlu bulunarak pregabalın tedavisi eklenmiş.Tanıdan iki yıl sonra kliniğine giderek artan nefes darlığı şikayeti eklenen hastanın toraks BT'sinde yaygın buzlu cam alanları görülmesi,ön planda RA ilişkili interstisyel akciğer hastalığını düşündürmüş ve steroid tedavisi başlanmış.Takiplerine düzenli gitmeyen hasta yaklaşık bir yıl sonra yeni gelişen ateş, makülopapüler döküntü ve berlginleşen nefes darlığı-hemoptizi ile dış merkez acile başvurmuş.Tetkiklerinde kreatinin bazal değeri 0,9'dan 7,4 mg/dL'ye yükselmesi üzerine pulmono-renal sendrom tetkik ve tedavisi için yatırılmış.Proteinüri-hematüri ve metabolik asidoz da saptanan hastanın renal biyopsisi kresentrik glomerülonefrit ile- cilt biyopsisi ise lökositoklastik vaskülit ile uyumlu sonuçlanmış, PET-BT'de pulmoner parankimde artmış metabolik aktivite saptanan hastanın Anti-PR3 düzeyinin (85U/mL)pozitif gelmesi ile Granülomatöz Polianjitis tanısı konularak pulse metilprednizolon, siklofosfamid ve plazmaferez başlanarak hastanemize transfer edildi. Siklofosfamide bağlı ağır sitopenisi gelişen hastanın oksijen ihtiyacı artması nedeni yoğun bakım ünitesindeki (YBÜ) takibinde Acinetobacter-Pseudomonas-RSV enfeksiyonları dökümente edilerek antibiyoterapilerine ek olarak IVIG tedavisi başlandı.İdrar çıkışının gözlenmemesi nedeniyle hemodiyalize devam edildi. Solunumsal bulguları nedeni entübe edilen hastanın YBÜ'deki takip ve tedavisi halen devam etmektedir.

[EP-03]

İlaç Etkileşiminin Klinik Önemi: Miyotoksisite

Ayşe Tuğçenur Temiz Gençoğlu

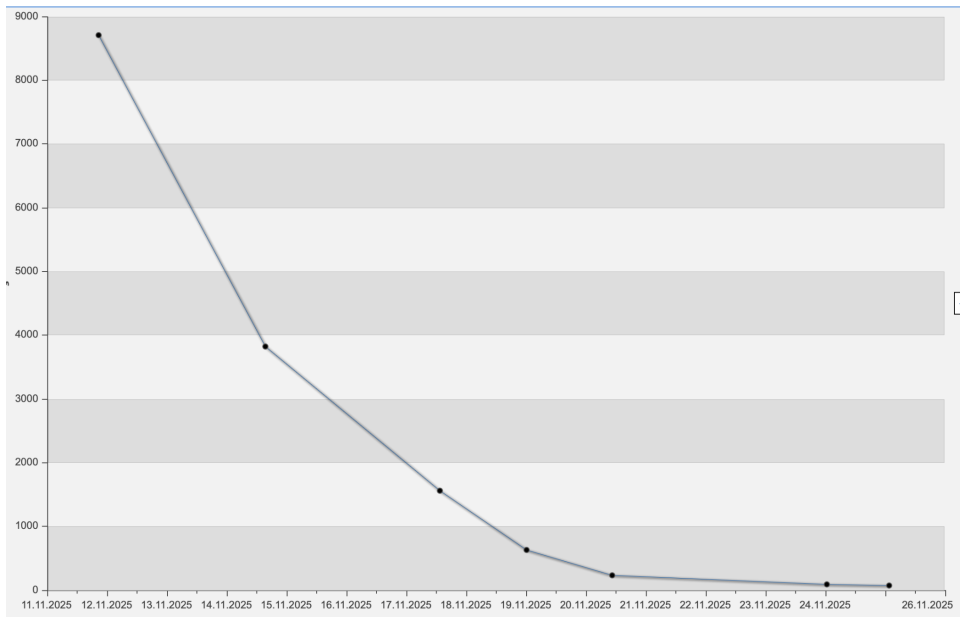
Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş:Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tedavisinde kolşisin temel olmakla birlikte dar terapötik aralığa ve ciddi ilaç etkileşimlerine sahiptir.Kolşisin metabolizması ağırlıklı olarak CYP3A4 ve P-glikoprotein üzerinden gerçekleşir.Bu yolları inhibe eden ilaçlarla kombinasyonu,toksosite riskini anlamlı olarak artırır.Makrolid grubu antibiyotikler,özellikle klaritromisin ve eritromisin, klirensi azaltarak miyopati ve rabdomiyoliz ile sonuçlanabilen kas toksisitesine yol açabilir.Bu nedenle kolşisin kullanan hastalarda yeni başlayan miyalji, güçsüzlük ve CK yüksekliği varlığında ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir.

Vaka:FMF,Crohn hastalığı,DM ve hipertansiyon tanılarıyla takipli; kolşisin 3x1/gün, azatioprin 2x50 mg/gün,metformin ve statin kullanan hasta şiddetli miyalji ile başvurdu.Laboratuvar incelemesinde CK: 8706 U/L saptanması üzerine miyozit ön tanısı ile yatırıldı.Yatışında tüm ekstremitelerde 3/5 kas gücü düzeyinde belirgin güç kaybı mevcuttu.Disfaji, dispne ve döküntü yoktu.Karaciğer fonksiyon testleri referansın 5 katı yüksek bulundu.Olası toksosite göz önünde bulundurularak kolşisin ve statin tedavisi kesildi.Viral etiyoloji,otoimmün miyopati ve malignite açısından yapılan tetkiklerde özellik saptanmadı.EMG' de hafif inflamatuvar miyopati mevcuttu.Ayrıntılı anamnezde,hastanın iki hafta önce diş enfeksiyonu nedeniyle klaritromisin tedavisini kolşisin ile eş zamanlı aldığı öğrenildi.Yatış sürecinde CK düzeylerinin hızlı gerilediği ve kas gücünde belirgin düzelleme gözlemlendi.Hasta, kolşisin-makrolid kombinasyonuna bağlı toksik miyopati olarak değerlendirildi.

Tartışma:Bu olgu, kolşisin ve klaritromisin'in birlikte kullanımının ciddi kas toksisitesine yol açabileceğini göstermektedir.Diğer etiyolojilerin dışlanması,ilaçların kesilmesini takiben CK'de hızlı düşüş ve klinik düzelleme, tanımızı desteklemektedir.

Grafik 1 : Kreatin kinaz seyri



[EP-04]

Polimiyaljiya romatika kliniği ile başvuran renal hücreli karsinom olgusu

Batuhan Güney, Andaç Komaç, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

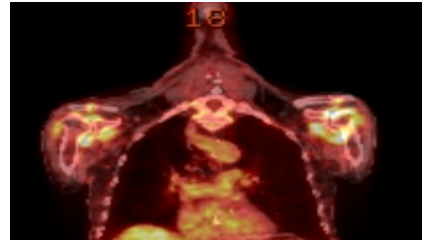
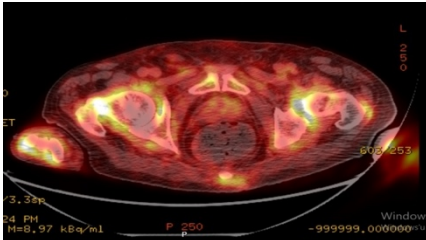
Giriş: Polimiyaljiya Romatika (PMR) 50 yaş üzerinde görülen özellikle omuz ve kalça kuşağında ağrı ve tutukluk ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Hastaların %98-99'unda yüksek CRP ve/veya sedimentasyon değerleri saptanır. Konstitüsyonel semptomlar ve PMR kliniği ile başvuran renal hücreli karsinom olgusu sunulmuştur.

Olgu: 84 yaşında erkek, 3 aydır mobilize olmakta zorlanma hatta yataktan kalkamayacak hale gelme, kilo kaybı (2 ayda toplam ağırlığının %8'i), özellikle omuzlar, kalça ve uylukta olmak üzere yaygın vücut ağrıları, ateş yüksekliği sebebiyle başvurmuş. Uzun zamandır akut faz değerleri yüksek seyreden hasta enfeksiyon hastalıkları servisine tetkik için yatırılmış. Romatoloji konsültasyonunda değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde kaşektik bir görünümü mevcuttu. Bilateral omuz ve kalça eklemleri ağrılı ve kısıtlıydı, sağ el bileği ve sağ dizde artriti mevcuttu. Tetkiklerinde CRP 169,03 mg/L, sedimentasyon 76 mm/saat saptanmış. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmayan, enfektif patoloji saptanmayan, antibiyotik ile klinik ve laboratuvar olarak düzelme olmayan hasta romatoloji servisine devir alındı. PET-BT görüntülemesinde her iki omuz, diz, kalça, ayak bileği, el küçük eklemleri, sternoklavikular eklem çevresinde artmış FDG tutulum alanları (SUVmax: 7,7) ve sol böbrek üst polde 48x45 mm artmış FDG tutulumu gösteren (SUVmax: 4,1) hiperdens düzgün sınırlı kitlesel lezyon izlendi. Sol böbrekte tarif edilen lezyondan alınan tru-cut biyopsi ise papiller tipte renal hücreli karsinom olarak sonuçlandı. Paraneoplastik PMR benzeri tablo düşünüldü. Steroid tedavisi ile hastanın yakınmalarında belirgin düzelme oldu, sedimentasyon değeri 19 mm/s, CRP değeri ise 4 mg/L'ye kadar geriledi. Renal hücreli karsinom açısından konseyde değerlendirilen hastaya ileri yaş sebebiyle girişimsel radyoloji tarafından intralezyonel tedavi planlandı.

Tartışma: PMR muskuloskeletal şikayetlere ek olarak konstitüsyonel semptomlarla ve akut faz reaktanı yüksekliği ile seyreden bir hastalıktır. Bazen altta yatan solid tümörler veya hematolojik maligniteler PMR benzeri bulgulara sebep olabilir. Bu nedenle sistemik B semptomlarının varlığı, açıklanamayan laboratuvar anormallikleri veya atipik seyir durumunda paraneoplastik sürecin akla gelmesi gerekir. İleri yaşta görülmesi sebebiyle hastayı tümüyle değerlendiren kapsamlı bir yaklaşım benimsenmelidir. Bu şekilde olası bir malignitenin zamanında yakalanması sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Polimiyaljiya romatika, PMR, renal hücreli karsinom

Resim 1



PET-BT görüntülemesinde kalça ve omuz ekleminde görülen artmış FDG tutulumları

[EP-05]

Takayasu Arteriti'ne Eşlik Eden İnflamatuvar Bağırsak Sendromu Olgusu

Berçemhan Sulu¹, Atilla Akpınar², Sabri Sirolu³, Lebriz Uslu Beşli⁴, Aykut Ferhat Çelik², Emire Seyahi¹

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

³ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Takayasu arteriti (TA) ve Ülseratif kolit (ÜK) nadiren birlikte görülebilir. Literatürde TA kohortlarında inflamatuvar bağırsak hastalığı sıklığının %6.4'e kadar ulaştığı bildirilmiştir^{1,2}. Bu olgu sunumunda, ülseratif kolit araştırmaları sırasında Takayasu arteriti tanısı alan ve çoklu biyolojik tedaviye direnç gösteren bir hastayı paylaşacağız.

Olgu

Sekiz yıldır ÜK, üç yıldır TA tanıları ile takip edilen 20 yaşında kadın hasta, çoklu biyolojik tedaviye direnç nedeniyle merkezimize yönlendirildi. 2020 yılında adalimumab ve azatioprin tedavileri altında akut faz reaktan yüksekliği, trombositoz ve artrit gelişmesi üzerine yeniden değerlendirildiğinde, üst ekstremiteler arasında tansiyon farkı saptandı. Boyun, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde bilateral common carotis, vertebral, subklavyen, aksiller, brakial, renal, inferior mezenterik, superior mezenterik ve çölyak arterlerde tutulum saptandı. Hastaya toplam 12 kür siklofosfamid, yüksek doz adalimumab ve infliksimab tedavisi uygulanmasına rağmen konstitüsyonel semptomları, ekstremiteler ağrıları, akut faz reaktanlarındaki yükseklik ve ÜK aktivasyonu devam etti. Çoklu biyolojik tedavi direnci nedeniyle upadacitinib 30 mg/gün başlanan hastada remisyon sağlandı.

Sonuç

Bildiğimiz kadarı ile vakamız literatürde upadacitinib 30 mg/gün ile remisyon sağlanan ilk TA ve ÜK olgusudur. Janus kinaz inhibitörlerinin, çoklu sitokin sinyal yollarını inhibe ederek dokuda T-hafıza hücrelerini baskıladığı ve mikrovasküler anjiyogenezi engellediği hipotez edilmektedir^{3,4}.

Referanslar

- 1.Kaymakci MS, Warrington KJ, Kermani TA. New Therapeutic Approaches to Large-Vessel Vasculitis. *Annu Rev Med.* 2024;75:427-42.
- 2.Dimitroulas T. Tofacitinib as a Promising Therapeutic Option in Refractory Autoimmune-Mediated Vascular and Sclera Inflammation. *Mediterr J Rheumatol.* 2023;34(3):282-3.
- 3.Reny JL, Paul JF, Lefebvre C, et al. Association of Takayasu's arteritis and Crohn's disease. Results of a study on 44 Takayasu patients and review of the literature. *Ann Med Interne (Paris).* 2003;154(2):85-90.
- 4.Akiyama S, Fukuda S, Steinberg JM, Suzuki H, Tsuchiya K. Characteristics of inflammatory bowel diseases in patients with concurrent immune-mediated inflammatory diseases. *World J Gastroenterol.* 2022;28(25):2843-53.

[EP-06]

Anti-Ro52 Antikoru Pozitif ve Negatif İnflamatuar Miyopati Hastalarının Klinik ve Biyokimyasal Özelliklerinin Karşılaştırılması

Beyza Us Demirelli¹, Mehmet Engin Tezcan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş ve Amaç:

Anti-Ro52 antikor pozitifliği, idiyopatik inflamatuvar miyopatilerde farklı klinik özellikler ve olumsuz prognoz ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte, polimiyozit alt grubundaki yeri henüz netlik kazanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, inflamatuvar miyopati tanılı hastalarda Anti-Ro52 antikor pozitifliği ile negatifliği olanların demografik, klinik, biyokimyasal ve serolojik özelliklerini karşılaştırmaktır.

Yöntem:

Romatoloji kliniğimizde inflamatuvar miyopati tanısı alan 10 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar Anti-Ro52 antikor durumuna göre sınıflandırıldı (3 pozitif, 7 negatif). Demografik veriler, otoantikor profilleri, klinik bulgular, laboratuvar değerleri, tedavi yanıtları ve komplikasyonlar karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler için Fisher's Exact test, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular:

Anti-Ro52 antikor pozitif hastalarda tanı yaşı ortalaması daha ileri olup, overlap sendromu daha sık görüldü. Serolojik açıdan, Anti-Ro52 antikor pozitif grupta Anti-Jo1 antikor pozitifliği (%66,7 vs %14,3) daha yaygındı. Klinik olarak ise Anti-Ro52 antikor pozitif grupta Raynaud fenomeni (%66,7 vs %0; p=0,057), kalsinozis (%66,7 vs %0) ve bazı kutanöz bulgular (Gottron belirtisi %66,7 vs %14,3; şal belirtisi %66,7 vs %14,3) daha yüksek oranda izlendi. Ayrıca konstitüsyonel semptomlar, miyalji ve eklem bulguları Anti-Ro52 antikor pozitif hastalarda daha belirgindi.

Sistemik tutulum açısından değerlendirildiğinde; interstisyel akciğer hastalığı Anti-Ro52 antikor pozitif hastalarda daha sık (%66,7 vs %14,3) görülürken; kardiyak tutulum (%42,9 vs %0) ve disfaji (%42,9 vs %0) Anti-Ro52 antikor negatif grupta daha yaygındı.

Hastalık süresi, kas enzimleri ve kümülatif steroid dozları açısından ise iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Anti-Ro52 antikor pozitif ve negatif hastaların demografik veriler, otoantikor profilleri, klinik bulgular, laboratuvar değerleri, tedavi yanıtları ve komplikasyonlar açısından karşılaştırılması ile ilgili veriler Tablo-1'de belirtilmiştir. Özetle; Anti-Ro52 antikor pozitifliği daha çok akciğer tutulumu, otoantikor birlikteliği ve kutanöz bulgularla, Anti-Ro52 antikor negatifliği ise kardiyak ve özofagus tutulumu ile ilişkili bulundu.

Tartışma:

Anti-Ro52 antikor pozitifliği, miyozit hastalarında özellikle interstisyel akciğer hastalığı (İAH) riski ile ilişkilendirilmiştir. Bizim çalışmamızda da Anti-Ro52 antikor pozitif hastalarda İAH oranı daha yüksekti (%66,7 vs %14,3). Literatürde Anti-Ro52 antikorunun Anti-MDA5 antikor ile birlikteliğinde hızlı ilerleyen İAH ve kötü prognoz bildirilmiştir. Anti-Jo1 antikor eşpozitifliğinin, antisentetaz sendromunun gelişimi ve daha ağır klinik seyir ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda da Anti-Ro52 antikor pozitif grupta Anti-Jo1 antikor eşpozitifliği ve interstisyel akciğer hastalığının daha yüksek oranda gözlemlendiği belirlenmiştir. Raynaud fenomeni ve kalsinozis için sınırdan bir eğilim gözlemlendi; küçük örneklem nedeniyle bu sonuçların dikkatle yorumlanması gerekir. Kardiyak tutulum ve disfajinin daha çok Anti-Ro52 antikor negatiflerde gözlenmesi ise fenotipik heterojeniteyi düşündürmektedir. Sonuç olarak Anti-Ro52 antikor, inflamatuvar miyopati hastalarında farklı klinik fenotipleri ayırt etmede potansiyel bir belirteç olabilir, ancak daha geniş serilerde doğrulanmalıdır.

[EP-07]

Sistemik Lupus Eritematozis Hastasında Gelişen Saf Eritroid Aplazi

Burçak Karadeniz Ramazanoğlu
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:

Saf eritroid aplazi nadir bir hematolojik hastalık olup ciddi ve progresif anemi ile karakterizedir (1). Kemik iliği incelemesinde eritrosit öncüllerinde azalması ve yokluğu saptanmaktadır (2,3). Bağ dokusu hastalıklarında nadir olarak ortaya çıkmakta olup optimal tedavi hakkında kesin bir konsensüs bulunmamaktadır (4). Biz baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk şikayeti ile başvuransaf eritroid aplazi gelişen sle hastamızı sunduk.

OLGU

26 yaşında kadın hasta 1 ay önce başlayan baş dönmesi, yorgunluk şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın öyküsünden yaklaşık bir sene önce romatoloji tarafından SLE tanısı aldığı ve hidroklorokin 200mg/gün, prednisolon 5mg/gün tedavisi almakta olduğu öğrenildi. Fizik muayenede tansiyon arteriyel 110/70 mmHg, nabız 98/dk, skleralarda solukluk dışında pozitif muayene bulgusuna rastlanılmadı. Laboratuvar sonuçları ise lökosit 4390 uL, lenfosit 1650 uL, hemoglobulin 4.7 g/dL, MCV 104fL, trombosit sayısı 313.000/mm³, retikülosit 0.7%, CRP 2 mg/L, sedimentasyon 5 mm/sa olarak saptandı. Direkt ve indirekt coombs IgG negatif, haptoglobulin 0.1, LDH 78 U/L anti hcv, anti hbs, hbs aj, anti hiv negatif idi. CMV IgG, EBV IgG Parvo IgG pozitif; CMV IgM, EBV IgM ve Parvo IgM negatif sonuçlandı. Nutrisyonel parametrelerinden b12 ve folat düzeyleri normal referans aralığındaydı. Hastaya üç ünite eritrosit süspansiyonu transfüze edildi ve prednol 60 mg/gün başlandı. IVIG toplam doz 2g/kg olacak şekilde beş günde verildi. Yapılan kemik iliği biyopsisi saf eritroid aplazi ile uyumlu geldi. On gün sonra kontrol hemoglobulin 9,5 g/dL, hct:28,4 saptandı. Prednol dozu kademeli olarak azaltılması planlandı.

SONUÇ:

Anemi etyoloji araştırılırken kan kaybı ve hemoliz ekarte edildikten sonra SLE hastalarında saf eritroid aplazi ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: SLE, anemi, aplazi, kemik iliği biyopsisi

Referanslar:

1: Khalife W, Murunga E, Mahmoud F. Idiopathic pure red cell aplasia: case report with review of literature. South Dakota journal of medicine. 2005;58(12):501-5.2. AMMUS SS, YUNIS AA: Acquired pure red cell aplasia. Am J Hematol 1987; 24: 311-2

[EP-08]

Normal basınçlı hidrocefali ve taçlı dens sendromu birlikteliği

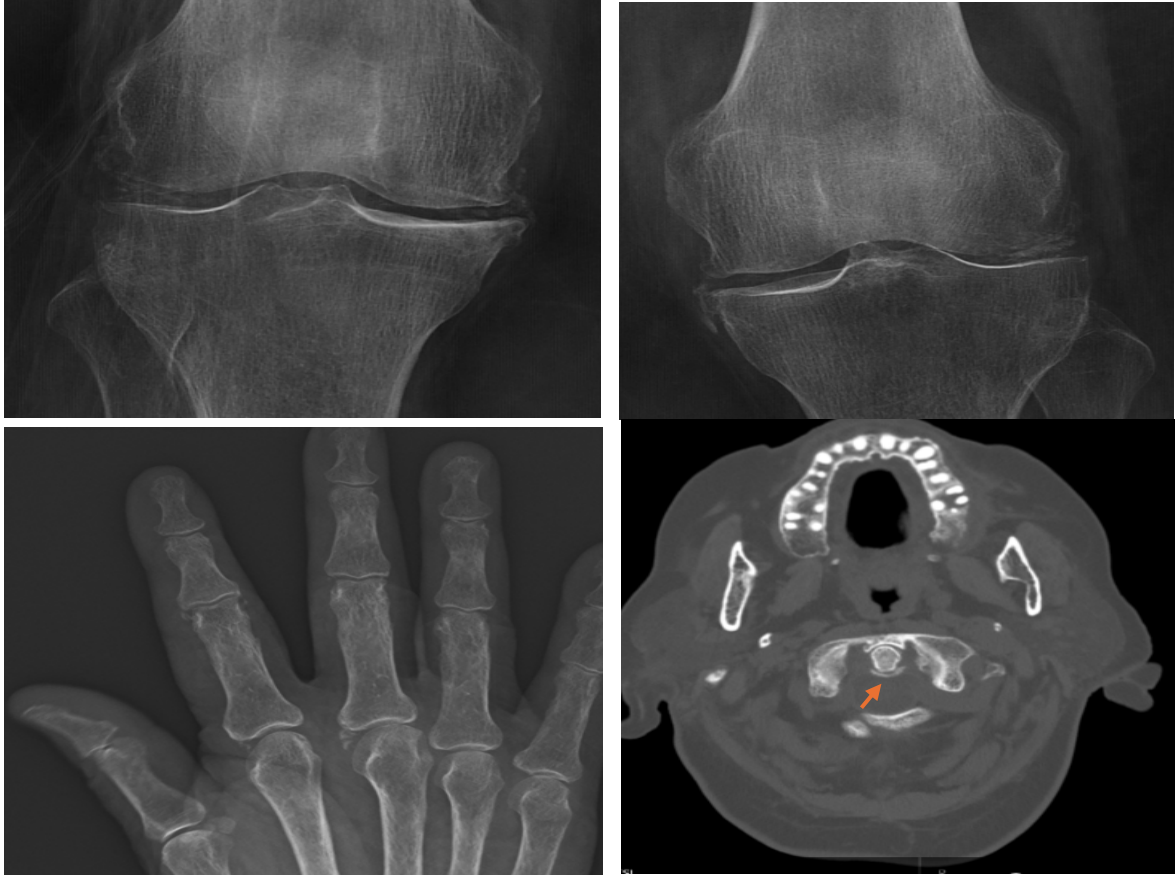
Didem Toker Gökçen, Rabia Gökçen Umurca Aydemir, Hakan Emmungil

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Edirne

Giriş: Psödogut, eklem sıvısında kalsiyum pirofosfat dihidrat kristallerinin görüldüğü bir otoinflamatuvar artrittir. Crowned dens sendromu, bu kristallerin odontoid çıkıntıyı çevrelediği ve bilgisayarlı tomografide taç veya hale gibi görüldüğü akut baş, boyun ağrısı ile karakterize nadir bir durumdur (1,2). Burada taçlı dens saptanan ve normal basınçlı hidrocefalisi olan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: 77 yaşında kadın hasta 10 aydır aralıklı diz, boyun, baş ağrıları şikayetleriyle romatoloji kliniğine başvurdu. 6 ay önce sağ dizine akut artrit nedeniyle artrosentez yapılıyor, septik artrit düşünülerek ampicilin-sulbaktam başlanıyor, sinovyal sıvıda üreme saptanmıyor. Baş ağrısı nedeniyle non-steroid antiinflamatuvar ve astım atak nedeniyle steroid başlanan hastanın eklem ve baş ağrısı şikayetleri geriliyor. Hasta tarafımıza başvurduğunda el, diz grafilerinde kondrokalsinoz görülerek kalsiyum pirofosfat depozisyon ön tanısı konuldu (Şekil 1). Tedavisinde, non-steroid anti inflamatuvara kolşisin eklendi. Bu tedavi ile baş ağrısı ve dönmesi şikayetlerinde de gerileme oldu. Hastanın eski kranial görüntülemeleri incelendiğinde crowned dens görünümü saptandı (Şekil 1).

Şekil 1:



[EP-09]

Psoriatik Artritli Hastada Geçirilmiş Hipofiz Adenomu Operasyonu Sonrası Uzun Dönem Sekukinumab Kullanımı

Dilara Bulut Gökten

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi

Giriş:

Psoriatik artrit (PsA) kronik, inflamatuvar bir spondiloartrit alt tipidir ve biyolojik tedaviler özellikle orta-ileri şiddette hastalıkta önemli bir seçenektir(1). Ancak biyolojik ajan kullanımında eşlik eden tümöral veya neoplastik öyküler klinisyenler açısından ciddi bir endişe kaynağıdır. Hipofiz adenomları genellikle benign seyirli olmakla birlikte, immünomodülatör tedaviler altında uzun dönem güvenlik verileri sınırlıdır(2). Bu nedenle, hipofiz adenom öyküsü bulunan PsA hastalarında biyolojik ajan kullanımı dikkatle değerlendirilmelidir.

Olgu:

46 yaşındaki kadın hasta, 2018 yılında hipofiz adenomu nedeniyle transsfenoidal cerrahi geçirmiştir. Cerrahi sonrası düzenli radyolojik takiplerinde adenom rezidü veya rekürrens bulgusu saptanmamıştır. Hastada ek olarak 2020 yılında psoriatik artrit tanısı konulmuş, klinik ve laboratuvar değerlendirmelerde periferik artrit ile birlikte aksiyal tutulum özellikleri dikkati çekmiştir. Konvansiyonel DMARD tedavilerine (metotreksat ve sulfasalazin) yanıt yetersizliği nedeniyle 2020 yılında sekukinumab (anti-IL-17A monoklonal antikor) tedavisi başlanmıştır.

Hastanın 5 yıllık izleminde, biyolojik tedavi ile klinik remisyona sağlandığı ve eklem şikayetlerinin belirgin düzeldiği gözlenmiştir. Takip MRG görüntülemelerinde hipofiz lojunda rezidüel adenomun stabil kaldığı, progresyon ya da nöks bulgusu olmadığı raporlanmıştır. Ayrıca tedavi süresince ciddi advers olay veya yeni malignite gelişimi izlenmemiştir.

Sonuç:

Bu olgu, hipofiz adenom öyküsü bulunan bir hastada uzun dönem sekukinumab kullanımının hem etkinlik hem de güvenlik açısından olumlu sonuçlar verebileceğini göstermektedir. PsA tedavisinde biyolojik ajanların seçimi, eşlik eden tümöral öyküler göz önünde bulundurularak dikkatle yapılmalı; düzenli radyolojik ve klinik takiplerle desteklenmelidir. Benign karakterli tümör öyküsünde, uygun izlem altında biyolojik tedavilerin güvenle kullanılabileceğini destekleyen nadir fakat önemli bir klinik gözlemdir.

Kaynaklar

1. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, de Wit M, Cutolo M, Dougados M, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(6):700–712. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217159.
2. Molitch ME. Diagnosis and Treatment of Pituitary Adenomas: A Review. *JAMA.* 2017;317(5):516–524. doi:10.1001/jama.2016.19699.

[EP-10]

İnflksimab tedavisi altında gelişen Subakut Tiroidit: nadir bir Ankilozan Spondilit olgusu

Enes Keskin, Ali Şahin

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş: Ankilozan spondilit (AS), kronik inflamatuvar bir spondiloartrit olup TNF- α inhibitörleri hastalık kontrolünde önemli rol oynar. İnflksimab genel olarak güvenli kabul edilse de otoimmün ve inflamatuvar paradoksal yan etkiler nadiren görülebilir. Subakut tiroidit (SAT), genellikle viral enfeksiyon sonrası gelişen, ağrılı tiroid büyümesi ve geçici tirotoksikoz ile seyreden bir durumdur. Biyolojik tedaviler ile ilişkisi oldukça nadirdir. Bu sunumda, inflksimab tedavisi sırasında SAT gelişen bir AS olgusu paylaşılmaktadır.

Olgu: 41 yaşında kadın hasta 4 yıl önce her iki gözde gelişen anterior üveit sonrası Romatolojiye yönlendirilmiş. Sakroiliak MR'da sakroileit izlenmesi üzerine ankilozan spondilit tanısı almış. Azatiopurin kullanırken 1 kez daha üveit atağı geçiren hastaya inflksimab tedavisi başlanmış. Yaklaşık 3 yıldır hastalığı remisyonunda seyreden ve 6 haftada bir 400 mg inflksimab tedavisinin devamı için polikliniğe başvuran hasta yaklaşık 1 haftadır boyun ön kısmında ağrı tarifledi. Üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olmayan, vücut sıcaklığı 37,1 °C ölçülen, palpasyonda tiroid bezi hassas olan hastanın bakılan tetkiklerinde Sedimantasyon 66 mm/h, CRP: 144 mg/L, Serbest T4: 3.44 ng/dL, TSH: 0.00803 mIU/L şeklindeydi. İnflksimab tedavisi ile ankilozan spondilite bağlı bel ve kalça ağrısı şikayetleri gerileyen üveit geçirmeyen hastanın akut faz reaktanlarındaki beklenmeyen yüksekliğin subakut tiroidite bağlı olabileceği düşünüldü. Hasta Endokrinoloji ile konsülte edildi. Hastaya yapılan tiroid ultrasonografisinde tiroid bez boyutlarının arttığı, kanlanmasının azaldığı yamasal hipoekoik alanlar olduğu görüldü. İbuprofen 600 mg ve metilprednizolon 32 mg tedavisi başlanan hastanın inflksimab tedavisi ertelendi.

Sonuç: TNF- α inhibitörleri paradoksal immün fenomenlere yol açabilmektedir. Subakut tiroidit, inflksimab ile daha önce yalnızca birkaç vakada bildirilmiş olup kesin mekanizma bilinmemektedir. İnflksimab tedavisi altında subakut tiroidit gelişmesi nadir olsa da önemli bir klinik durumdur. Biyolojik tedavi kullanan hastalarda tiroid ağrısı, tirotoksikoz bulguları, sistemik semptomlar ve yüksek inflamatuvar belirteçler görüldüğünde SAT ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Subakut tiroidit, TNF- α inhibitörleri, inflksimab

[EP-11]

Mevalonat kinaz eksikliği ve kronik nonbakteriyel osteomyelit benzeri kemik tutulumu olan bir çocukta başarılı IL-6 blokajı

Eray Tunce¹, Sıla Atamyıldız Uçar¹, Sevinç Taşar², Metin Eser³, Betül Sözeri¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, İstanbul

Amaç: IL-1 inhibitörlerine yetersiz yanıt veren, genetik olarak doğrulanmış mevalonat kinaz eksikliği ve CNO-benzeri kemik tutulumu olan pediatrik bir olguda IL-6 blokajının potansiyel terapötik rolünü değerlendirmek.

Metod: Vaka sunumu için ebeveynlerde yazılı onam alınmıştır.

Vaka: On altı yaşında erkek hasta, akraba evliliği olan ebeveynlerden doğmuş olup, 4 aylıkken başlayan tekrarlayan ateş atakları nedeniyle farklı merkezlerde değerlendirilmiş ve 9 yaşında üçüncü basamak pediatrik romatoloji merkezimize yönlendirilmiştir. Ataklara karın ağrısı, makülopapüler döküntü, oral ülserler ve konjonktival injeksiyon eşlik etmekteydi. Daha önce yapılan MEFV gen analizi negatif bulunmuş, ancak ailevi Akdeniz ateşi (FMF) ve IgA vaskülit (IgAV) tanıları ile kolşisin tedavisi başlanmış, yalnızca kısmi klinik düzelme sağlanmıştır.

Merkezemizde, kolşisine yanıtız seyreden ateş atakları ve sistemik özellikler nedeniyle ileri genetik inceleme yapılmış, homozigot MVK V377I mutasyonu saptanarak MKD (hiperimmünoglobulin D sendromu fenotipi) tanısı doğrulanmıştır. Sekiz yaşında spontan epistaksis ve izole trombositopeni gelişmiş, laboratuvarında antinükleer antikor (ANA) 2+ granüler patern saptanmıştır.

İlk olarak anakinra (100 mg/gün) tedavisi başlanmış, ancak kısmi yanıt elde edilmiştir. Daha sonra canakinumab (150 mg/ay) başlanmış, fakat ataklar devam etmiştir. On iki yaşında yaygın kas-iskelet ağrıları gelişmiş, tüm vücut MRG'de klavikula, femur, tibia ve humerusta çok odaklı kemik iliği ödemi saptanarak CNO-benzeri tutulum düşünülmüştür (Şekil 1). Sulfasalazin başlanmış ancak ilaç ilişkili pankreatit gelişmesi nedeniyle kesilmiştir. Hastalık aktivitesinin artması üzerine canakinumab sonlandırılmış ve haftalık subkutan tocilizumab (162 mg) tedavisine geçilmiştir. Bu tedavi ile hızlı klinik remisyona ve inflamatuvar belirteçlerde normalleşme sağlanmış, hasta 18 aydan uzun süredir tam remisyona sürdüremektedir.

Sonuç: Genetik olarak doğrulanmış MKD ve CNO-benzeri kemik tutulumu olan bu pediatrik olgu, IL-6 blokajı ile başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu, MKD'ye eşlik eden CNO-benzeri kemik tutulumunda tocilizumab'ın etkinliğini gösteren ilk pediatrik olgudur. IL-1 blokajına dirençli ve atipik kas-iskelet sistemi tutulumu olan otoinflamatuvar hastalıklarda IL-6 blokajı potansiyel bir tedavi seçeneği olabilir.

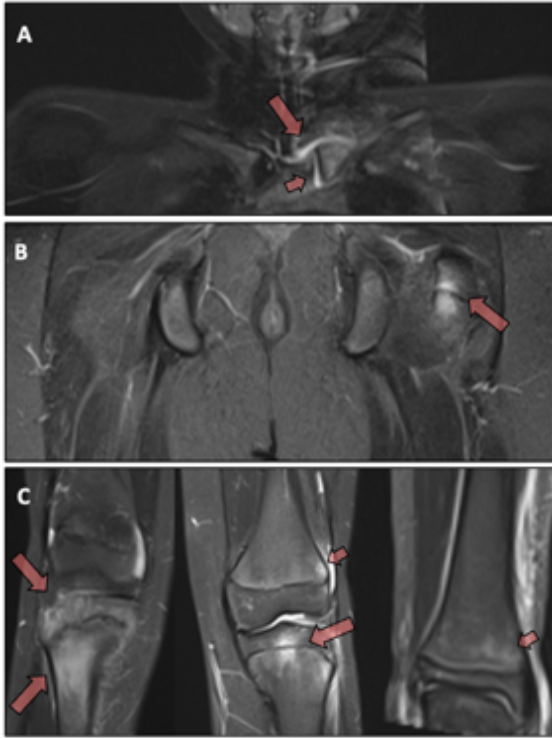
Anahtar Kelimeler: anakinra, hiperimmünoglobulin D sendromu, kanakinumab, kronik nonbakteriyel osteomyelit, tocilizumab

Şekil 1. Klavikula, femur ve dizin koronal STIR manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları.

(A) Koronal STIR MRG'de sol klavikulanın medial metafizinde kemik iliği ödemi/inflamatuvar sinyal değişiklikleri (uzun ok) ve sternoklavikular eklem yerleşiminde minimal sıvı (kısa ok) izlenmektedir.

(B) Koronal STIR MRG'de sol femurun trokanter majör ikincil ossifikasyon merkezi komşuluğunda fokal kemik iliği ödemi/inflamasyon (ok) görülmektedir.

(C) Koronal STIR MRG'de bilateral tibiilerin proksimal metafiz ve epifizinde kemik iliği ödemi/inflamatuvar değişiklikler (uzun oklar) mevcuttur. Benzer sinyal değişiklikleri ayrıca sol femurun distal lateral metafizinde ve sol tibianın distal metafizinde de (kısa oklar) izlenmektedir.



[EP-12]

Romatoid artrit tedavisinde verilen orta doz steroid ile ilişkili, ekstratorasik lenfadenopati ile prezente olan tüberküloz vakası

Fatıma Gül Gülbahçe İncesu¹, Cemal Bes¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş

Romatoid artrit (RA) tedavisinde kullanılan immünsüpresif ajanlar, özellikle uzun süreli kortikosteroid kullanımı, enfeksiyöz komplikasyonlara yatkınlığı artırır. Tüberküloz, bu hastalarda latent enfeksiyonun reaktivasyonu veya yeni enfeksiyon olarak ortaya çıkabilir.

Olgu Sunumu

53 yaşında erkek hasta, 15 yıldır seropozitif romatoid artrit tanısı mevcut. Tedavi öyküsünde metotreksat ve leflunomide yanıtızsızlık sebebiyle uzun süre orta doz deltacortil kullanımı olduğu öğreniliyor. Tarafımıza el bileğinde ve ön kolda şişlik, kızarıklık ile başvuruyor. Başlangıçta artrit ile karışan ve prednole yanıtızsız olan klinik bulgular sebebiyle ön kola yönelik görüntüleme planlanıyor. Ultrason görüntülemesinde sol kolda çok sayıda lenf nodu (büyüğü 15x17 mm), ön kolda 55x16 mm hipoekoik lezyon saptanıyor. Laboratuvar parametrelerinde CRP 149 mg/dl , EBV negatif, borellia negatif, quantiferon pozitif saptanıyor. Ayaktan trimetoprim sulfamateksazol ve moksifloksasin tedavisi veriliyor. Lenf nodlarında küçülme olmaması sebebiyle kist aspirasyonu yapılıyor, abse kültüründe üreme saptanmıyor. Mikroskopik incelemede çok sayıda lökosit görülüyor. Bunun üzerine bir süre oral doksisisiklin tedavisi veriliyor. Yanıtızsız izlenmesi sebebiyle hastaya PET-BT çekiliyor. Sol el ve bilekte ve ön kolda suvmax 7.6 olan FDG tutulumu, aksiller lenfadenopati (suvmax 3.4), kortizon kullanımına bağlı kosta fraktürleri saptanıyor. Ardından lenf nodundan tru-cut biyopsi yapılıyor, biyopsi materyalinden gönderilen tbc pcr pozitif saptanıyor. Hastaya anti tbc tedavi başlanıyor. Kontrol muayenede lenf nodlarında belirgin küçülme ve CRP değerinde gerileme saptanıyor.

Tartışma

Romatoid artritte uzun süreli immünsüpresyon ve steroid kullanımı tüberküloz gelişimini kolaylaştırır. Bu olguda ekstratorasik lenfadenopati, enfeksiyöz süreçle uyumludur. Görüntüleme bulguları maligniteyle karışabilir; tüberküloz mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Olgumuzda kesin tanı histopatoloji/PCR ile konulmuştur. Tedavi sonrasında yanıt alınmıştır. Romatizmal hastalıklarda steroid tedavileri mümkün olan en kısa sürede kesilmeli veya en düşük dozda idame edilmelidir.

[EP-13]

Romatolojik hastalık zemininde gelişen zona komplikasyonları: Brakial pleksopati ve normal basınçlı hidrosefali

Fatma GÜR HATİP¹, Zübeyde Uğurlu¹, Seda Nur Göksu Karakuş¹, Atalay DOĞRU¹, Mehmet ŞAHİN¹

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı /ISPARTA

Giriş: Herpes zoster(HZ) enfeksiyonu, immünsüprese hastalarda periferik ve santral sinir sisteminde ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Zona sonrası ardışık olarak gelişen brakial pleksopati ve normal basınçlı hidrosefali (NBH) ile seyreden nadir bir olguyu sunulmaktadır.

Vaka: 67 yaşında, IgA nefropatisi ve Sjögren sendromuyla takip edilen, mikofenolat mofetil, hidroklorokin tedavisi kullanan erkek hasta, sağ kol proksimalinde ağrılı veziküler lezyonlarla başvurusunda HZ enfeksiyonu tanısı düşünülerek valasiklovir tedavisi başlandı. Döküntüden iki hafta sonra hastanın sağ omuz hareketlerinde belirgin güçsüzlük gelişti. Kas, eklem ve kemik yapılarında güçsüzlüğü açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Elektromiyografi incelemesinde brakial pleksus üst trunkusunda ağır etkilenme ile uyumlu elektrofizyolojik bulgular elde edildi. Brakial pleksus manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG), root–trunk düzeyinde özellikle C5–C6 segmentlerinde pleksal nörit ile uyumlu görünüm izlendi. 1 mg/kg (5 gün) dozunda metilprednizolon tedavisi uygulandı. Denervasyon sonucunda sağ kol, omuz çevresinde belirgin kas atrofisi gelişti. İki ay sonra hastada dezoryantasyon ve kognitif yavaşlama ortaya çıktı. Yapılan kraniyal MRG’sinde lateral ventriküllerde belirgin genişleme izlendi. BOS basıncının normal bulunması üzerine NBH tanısı konuldu. Diğer nedenler dışlanarak HZ enfeksiyonunun geç dönem santral sinir sistemi komplikasyonu olarak değerlendirildi.

Sonuç: HZ enfeksiyonu, romatolojik hastalığı olan kişilerde daha ağır ve komplike seyredebilir. Bu hasta grubunda zona enfeksiyonu sonrası nörolojik semptomların yakın izlenmesi kritik öneme sahiptir.

[EP-14]

Torakolomber Vertebralarda Füzyon Gelişen Bir Enteropatik Artrit Olgusu; Literatürdeki İlk Vaka

Fuat Albayram, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Gizem Özan, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Kevser Bakırcı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Elif İnanç, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Servet Yolbaş, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Giriş: Enteropatik artrit, inflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) ile ilişkili spondiloartrit formu olup aksiyel veya periferik tutulumla seyredebilir. Sakroiliak eklem tutulumu aksiyel olgularda tipik olsa da, omurganın daha üst segmentlerinde gelişen vertebral füzyon son derece nadirdir.

Olgu: Otuz beş yaşındaki erkek hasta, enflamatuvar bel ağrısı ve sol dizde periferik artrit ile başvurdu. Dört yıldır devam eden gece artan karın ağrısı ve mukuslu ishal şikayetleri mevcuttu. Kolonoskopik biyopside non-spesifik kronik kolit izlendi; klinik ve endoskopik bulgularla ülseratif kolit lehine değerlendirildi. Direkt grafide torakolomber vertebrada anterior füzyon ve MRG'de T11–L1 düzeyinde anterior vertebral füzyon saptanırken sakroiliak eklemler normaldi. CRP ve ESR normal sınırlarda olup otoantikolar (RF, anti-CCP, ANA) negatifti. Bulgular birlikte değerlendirildiğinde hastaya enteropatik artrit tanısı konuldu ve adalimumab tedavisi başlandı.

Tartışma: Sakroiliak eklem tutulumunun olmaması ve torakolomber segmentte izole vertebral füzyon varlığı enteropatik artrit nadir görülen bir fenotiptir. Enteropatik artritte sindesmofit oluşumu ve bambu kamışı görünümü tanımlanmış olmakla birlikte mevcut literatürde torakolomber vertebral füzyon bildirilmiş bir olguya rastlanmamıştır.

Sonuç: Bu olgu, enteropatik artrit sakroiliak eklem tutulumu olmaksızın, torakolomber düzeyde vertebral füzyon ile prezente olabileceğini göstermektedir. Gastrointestinal şikâyetlerin hafif veya kolonoskopinin normal olması tanıyı dışlamamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Enteropatik artrit, spondiloartrit, vertebral füzyon, ülseratif kolit, aksiyel tutulum.

[EP-15]

Episklerit, İşitme Kaybı ve Pulmoner Kaviter Lezyon ile Prezente Olan Multisistemik GPA Olgusu

Gizem Özan– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Kevser Bakırcı – İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Fuat Albayram– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Elif İnanç– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Servet Yolbaş– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Giriş:

Granülomatöz polianjiit (GPA), ANCA ilişkili, nekrotizan granülomatöz inflamasyonla seyreden ve çoklu organ tutulumu ile ilerleyebilen sistemik bir vaskülitir. Oküler ve kulak tutulumu ayrı ayrı sık görülebilse de, episklerit ve işitme kaybının eş zamanlı başlangıç bulguları olarak ortaya çıkması nadirdir. Bu klinik birliktelik, multisistemik GPA'nın erken dönemde ayırıcı tanıda değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Olgu:

Kırk sekiz yaşında erkek hasta, bir aydır olan gözde kızarıklık ve işitme kaybı ile başvurdu. Oftalmolojik değerlendirmede episklerit saptandı. Nazal endoskopide septum boyunca nekrotik alan izlendi. Paranasal BT'de septal eroziv değişiklikler ve bilateral mastoid opasifikasyonu; toraks BT'de 24×23 mm düzensiz duvarlı kaviter lezyon saptandı. C-ANCA >400 U/mL idi. Üç gün 500 mg IV ve sonrasında 60 mg/gün metilprednizolon başlandı, indüksiyon amaçlı siklofosfamid planlandı. Tedavi sonrası işitme kaybında ve episkleritte belirgin iyileşme gözlemlendi.

Tartışma:

GPA'da oküler tutulum %30–50 ve kulak tutulumu %8–65 raporlanmıştır. Ancak episklerit ve işitme kaybının eş zamanlı ilk başvuru yakınmaları olarak görülmesi nadirdir ve literatürde yalnızca tek olgu bildirilmektedir. Vakada bu iki semptomu eşlik eden pulmoner kavite ve nazal destrüksiyon multisistemik vaskülit şüphesini desteklemiştir.

Sonuç:

Episklerit ve işitme kaybının eş zamanlı görülmesi, multisistemik GPA için kritik bir uyarıdır. Tanıda gecikme organ hasarına yol açabileceğinden, erken multidisipliner değerlendirme ve immünespresif tedavi hayati önem taşır.

[EP-16]

Nadir Bir Skleroderma Taklitçisi: Achenbach Sendromu

Hasan Yardımcı¹

Gökçe Kenar Artın¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş:

Parmaklarda ani renk değişiklikleri birçok farklı patoloji ile ilişkili olabilir. Achenbach sendromu (paroksizmal parmak hematomu), Skleroderma–Raynaud fenomeni taklitçileri arasında yer alır ve travma öyküsü olmaksızın bir veya daha fazla parmakta ani ağrı, şişlik ve palmar yüzde hematoma ile karakterizedir. Bu yazıda, sık gördüğümüz Raynaud/Skleroderma olguları arasında ayırıcı tanıda önem taşıyan bu duruma dikkat çekmek amacıyla bir Achenbach sendromu vakası sunulmuştur.

Olgu:

Altmış üç yaşındaki kadın hasta, sol 4. parmakta ani morarma ve ağrı ile başvurdu (resim 1, 2 ve 3). Travma veya soğuk maruziyeti yoktu. Üç yıl önce benzer bir epizot öyküsü mevcuttu. Kapiller dolum normal, nabızlar palpe edilebilir, kapilleroskopi ve fizik muayene doğal idi. Laboratuvarında ANA 1/100 benekli, Anti SCL-70 1+ ve Anti Ku 3+ pozitifliği saptandı ancak skleroderma ile uyumlu bulgu yoktu. HRCT ve ekokardiyografi normaldi. Lezyon birkaç gün içinde spontan olarak geriledi ve olgu Achenbach sendromu olarak değerlendirildi.

Tartışma:

Achenbach sendromu, etiyolojisi net olmayan, büyük olasılıkla venöz kaynaklı subkütan hematomla ilişkili benign bir durumdur. Distal falanksların etkilenmemesi ve epizodların kısa sürede kendiliğinden düzelmesi tipiktir. Spesifik tedavisi yoktur; Raynaud fenomeni ve diğer iskemik parmak hastalıklarından ayırımı gereksiz tedavileri önlemek açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Achenbach Syndrome, Hematoma, Raynaud Phenomenon



Şekil 1: Renk Değişikliğinin İlk Günü



Resim 2 ve 3: Renk Değişikliğinin 3. Günü

[EP-17]

İmmün kontrol noktası inhibitörü tedavisi altında gelişen hipotiroidiye bağlı kreatin kinaz yüksekliği: miyozit ile karışan bir olgu

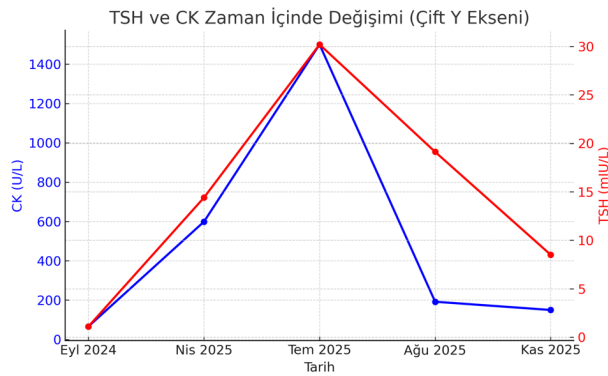
Hatice Keyvan Sönmez¹, Burak Celalettin Korkmaz¹, Nilay Erdik¹, Emre Bilgin¹, Emel Gönüllü¹
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Giriş

Romatolojik hastalıklar değerlendirilirken kreatin kinaz yüksekliği saptanması idiyopatik inflamatuvar miyopatiler grubunu akla getirirse de daha öncesinde anamnez ile bile ayırıcı tanı listemiz değişebilir. Onkolojik tedaviler esnasında saptanan kreatin yüksekliği hastanın mevcut ilaç anamnezi ile hastaya yaklaşımımızı etkiler. Onkoloji alanında immün kontrol noktası inhibitörleri kullanımı giderek artmaktadır ve bu ajanlar immün baskılayıcı mekanizmaları bloke ettikleri için, aşırı immün aktivasyona bağlı otoimmün yan etkiler (özellikle endokrinopatiler ve tiroid disfonksiyonu) gelişebilmektedir.

Olgu

55 yaşında erkek kreatin kinaz (CK) yüksekliği nedeniyle tıbbi onkoloji bölümünden romatoloji polikliniğine başvurdu. Hasta 6 aydır metastatik küçük hücreli akciğer kanseri ve kemik metastazı tanısıyla durvolimab ve tarlatamab (immün kontrol noktası inhibitörü) tedavisi almaktaydı. Onkoloji izlemleri sırasında saptanan persistan CK yüksekliği nedeniyle romatolojiye yönlendirildi. Halsizlik dışında kas ağrısı, güçsüzlük, döküntü veya yutma güçlüğü yoktu. Travma öyküsü ve alkol kullanım öyküsü yoktu. İlaç öyküsünde statin veya onkolojik tedavisi dışında ilaç kullanmıyordu. Fizik muayenede kas gücü bilateral 5/5, kas atrofisi ve cilt bulgusu yoktu. Başvuru laboratuvarında hemogram, C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı değerleri normal aralıkta idi. Elektrolit bozukluğu yoktu. Böbrek fonksiyonları normal aralıkta idi. CK: 1504 U/L (0,00-171), AST 67 U/L (0-50) ve LDH 504 U/L (0-248) ve miyogloblin 120 µg/l (28-72) değerleri ise artmıştı. İdrar tetkikinde proteinüri izlenmedi. Hastanın tiroid fonksiyon testleri TSH: 30 mIU/L(0,27-4,2) , sT4: <0.04 ng/dL (0,92-1,70) olarak saptandı. RF, Anti-CCP, ANA, ENA testleri negatif olup otoimmün miyozit lehine bulgu yoktu. Hastada belirgin hipotiroidi saptanması üzerine levotiroksin 75 µg/gün tedavisi başlandı. İmmün kontrol noktası inhibitörü tedavisi (durvolimab + tarlatamab) devam ettirildi. TSH değerlerine göre levotiron tedavisi 125 µg/güne kadar artırıldı. 3. ayda halsizlik azaldı. Takiplerinde CK: 1504 → 150 U/L, TSH: 30 → 8,5 mIU/L' geriledi.



Tartışma

İmmün kontrol noktası inhibitörleri, kanser tedavisinde etkin ajanlardır ancak immün ilişkili endokrin yan etkiler oluşturabilirler. (1)

Bu olguda CK yüksekliği, İmmün kontrol noktası inhibitörleri ilişkili hipotiroidiye sekonder olarak gelişmiştir. (2)

Benzer olgular literatürde tanımlanmış olup, çoğu miyozit ile karıştırılmaktadır.
Tiroid fonksiyonlarının erken değerlendirilmesi gereksiz immünsüpresif tedavileri önler .

Sonuç

Bu olgu, immün kontrol noktası inhibitörü tedavisi sırasında gelişen CK yüksekliğinin miyozit değil, hipotiroidi kaynaklı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelime: immün kontrol noktası inhibitörü, hipotiroidi, kas enzim yüksekliği

References

1. **Yamazaki N**, Inaba H, Kobayashi Y, et al. *Immune checkpoint inhibitor–induced thyroid dysfunction: A comprehensive review. Cancer Sci.* 2023;114(1):17–29.
2. **Antonini F**, Giannetta E, Caturegli G, et al. *Endocrine and metabolic adverse events of immune checkpoint inhibitors: A practical guide. Front Endocrinol (Lausanne).* 2024;15:1364225.

[EP-18]

Geç Tanı Almış FMF'e Bağlı Ağır Renal Amiloidozda Medikal Nefrektomi: Alternatif Bir Tedavi Yaklaşımı

Jehat Kılıç

Yirmi altı yaşında, yedi yılı aşkın süredir devam eden semptomları sonrasında geç dönemde FMF tanısı konulan bu olguda, tanıdaki gecikmeye bağlı olarak AA tipi amiloidoz gelişmiş ve buna eşlik eden dirençli nefrotik düzeyde proteinüri (28 g/30g/gün) ortaya çıkmıştır. Kolşisin, anakinra, kanakinumab ve intravenöz immünglobulin (IVIg) gibi çoklu tedavi modalitelerine rağmen proteinüride anlamlı bir gerileme sağlanamamış; takip sürecinde kronik böbrek hasarı, tekrarlayan enfeksiyonlar ve belirgin sarkopeni gelişmiştir. Laboratuvar değerlendirmelerinde üre 130 mg/dL, kreatinin 2.8 mg/dL olarak saptanmış ve hesaplanan glomerüler filtrasyon hızı 20–30 mL/dk aralığında bulunmuştur.

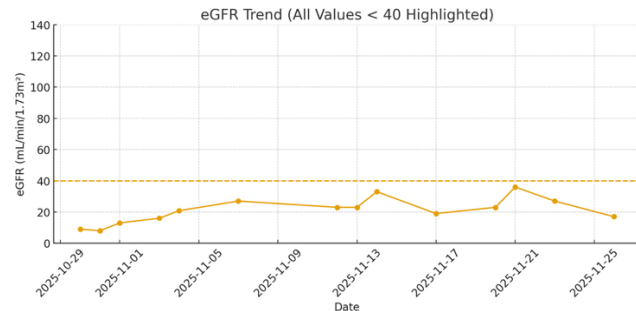
Bu klinik çerçevede, olgu multidisipliner kurulda değerlendirilmiş ve tedaviye dirençli nefrotik proteinüriye bağlı sistemik komplikasyonların azaltılması amacıyla medikal nefrektomi (renal arter embolizasyonu) uygulanmasına karar verilmiştir. İşlem başarıyla gerçekleştirilmiş olup post-prosedürel dönemde hastanın genel klinik durumunda, sistemik inflamatuvar semptomlarında ve enfeksiyon sıklığında belirgin iyileşme gözlenmiştir. Renal parametrelerin uzun dönem seyri ile inflamatuvar yanıtın kalıcılığını değerlendirmek amacıyla hasta yakın izlem altındadır.

Bu olgu, geç tanı almış FMF'ye bağlı AA amiloidozu ve tedaviye refrakter nefrotik proteinüri varlığında, medikal nefrektominin seçilmiş hastalarda dikkate alınabilecek bir tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1: Hastaya uygulanan tedaviler

Tedavi Grubu	Kullanılan İlaç / Yöntem	Açıklama
Temel FMF Tedavisi	Kolşisin	Standart ilk basamak FMF tedavisi; yüksek dozlara rağmen yanıt yetersiz.
İmmünmodülatörler (Biyolojik Olmayan)	IVIg (İntravenöz immünglobulin)	Dirençli inflamasyon ve enfeksiyon eğilimi nedeniyle uygulandı.
Anti-IL-1 Tedavileri	Anakinra	Günlük enjeksiyon; akut inflamasyonu baskılamada kullanıldı.
	Kanakinumab	Uzun etkili IL-1 inhibitörü; kolşisin ve anakinra yanıtının yetersiz olması üzerine başlandı.
Destek Tedavileri	Analjezikler, enfeksiyon profilaksileri (varsa)	Hastanın tekrarlayan enfeksiyonları ve ağrı yönetimi için uygulandı.
Girişimsel Tedavi	Medikal Nefrektomi (Renal arter embolizasyonu)	Refrakter nefrotik proteinürinin azaltılması hedefiyle uygulandı.

Figür 1: Zamanla eGFR trendi



[EP-19]

Asit ile başvuran 53 yaş kadın hastada sarkoidoz: Olgu sunum

Kevser Bakırcı – İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Fuat Albayram– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Gizem Özan– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Elif İnanç– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Servet Yolbaş– İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Malatya

Giriş:

Sarkoidoz nadiren peritoneal tutulumla ortaya çıkan multisistemik granüloamatöz bir hastalıktır. Burada, literatürde nadir görülen ve asitle prezente olan bir sarkoidoz olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu:

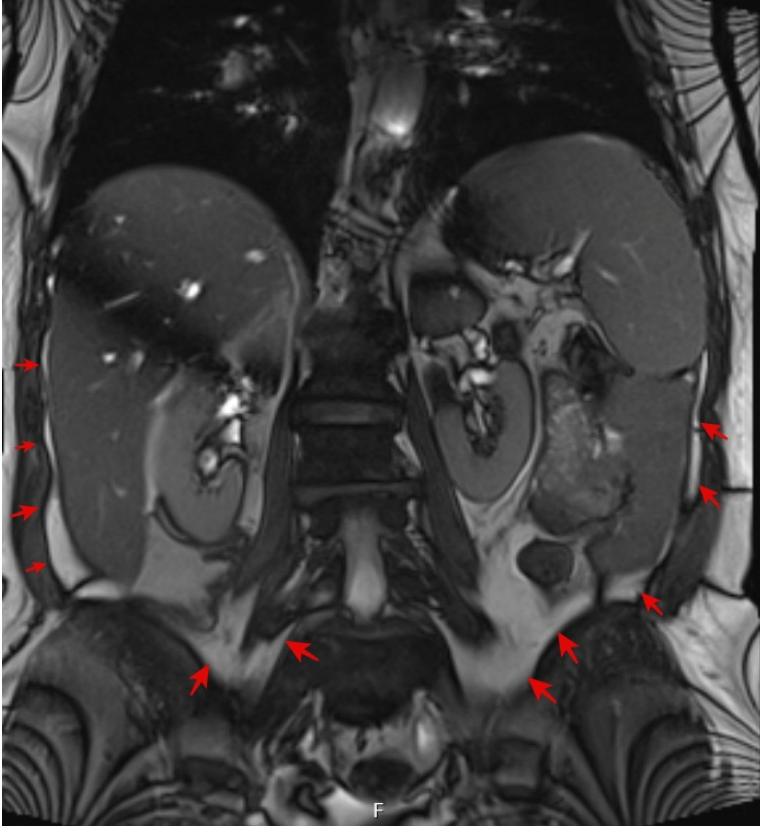
53 yaşında kadın hasta beş aydır olan, karın şişliği ve karın ağrısı ile başvurdu. Karında şişkinlik ve gerginlik tarifliyordu. Muayenede karında distansiyon ve matite mevcuttu. Laboratuvarında ACE (anjiotensin dönüştürücü enzim) yüksekliği ve lenfosit baskın, eksuda niteliğinde asit saptanmıştır. Asit sitolojisi ve enfeksiyon tetkikleri negatif gelmiştir. Toraks ve batin görüntülemelerinde lenfadenopatiler, hepatosplenomegali ve belirgin asit görülmüştür (şekil A). Periton biyopsisi ile tanısı sarkoidoz spesifik bulgularla netleştirilmiştir.

Hastaya kortikosteroid tedavisi ve metotreksat tedavisi başlanmıştır. Belirgin klinik iyileşme sağlanmıştır.

Tartışma:

Peritoneal sarkoidoz, nadir görülen bir form olup asit ve peritoneal nodüllerle ortaya çıkar. Asiti (Şekil A) olan, tetkiklerde hepatosplenomegali ve lenfadenopati saptanan vakada; mevcut eksudatif lenfositik asit, negatif sıvı sitolojisi, enfeksiyon tetkikleri; malignite ve tüberkülozu dışlamıştır. Peritoneal sarkoidozda kesin tanı patolojidir. Olgumuzda patoloji non-kazeifiye granülom ve Schaumann cisimcikleri şeklinde yorumlanmış, tanıyı doğrulamıştır. İlk basamak tedavi steroid olan bu hastalıkta, tedaviden hızlı bir klinik yanıt alınmış, metotreksat tedavisi eklenerek literatürle uyumlu bir tedavi stratejisi izlenmiştir.

Şekil A: Asit



Sonuç:

Sonuç olarak; asit ve abdominal lenfadenopati ile başvuran hastalarda, peritoneal sarkoidoz ayırıcı tanıda yer almalıdır. Kesin tanı histopatoloji olup, kortikosteroid ile hızlı klinik yanıt alınabilmektedir.

[EP-20]

NADİR BİR VAKA, VEXAS SENDROMU

Melodi Gizem Can, Sibel Zaralı, Aida Shikhaliyeva, Akın Işık, Göktürk Biner, Fatma Alibaz Öner, Rafi Haner Direkseneli
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: VEXAS (Vakuoller, E1 enzimi, X'e bağlı, Otoinflamatuvar, Somatik) sendromu, UBA1 genindeki somatik mutasyonların neden olduğu, hematolojik bozukluklarla birlikte dirençli bir inflamatuvar tabloya yol açan, genellikle geç başlangıçlı otoinflamatuvar bir hastalıktır.

Olgu Sunumu: 63 yaşında, bilinen KOAH ve antrakozis tanıları bulunan hasta; son 3 ayda 15 kilo kaybı, halsizlik, gece terlemesi, sol kulak aurikulada şişlik ve kızarıklık artışı, üveit atağı ile başvurdu. Tetkiklerinde Hb: 9.3, wbc:7700,neu:6200,lenfosit:1200,plt:262000, kre: 0.7, ALT: 54, AST: 39, CRP: 188 ve sedimentasyon: 111 olarak saptandı. Malignite açısından çekilen kontrastlı BT'de her iki akciğer alt lob bronşlarında tübüler ektazi ve amfizematöz alanlar dışında özellik saptanmadı. Gastroskopi ve kolonoskopide malignite düşündürülen bulgu yoktu. Kolon mukozasında yaygın kriptom ve apoptoz (yer yer "popcorn" tipi apoptoz) izlendi; immün yetmezlik ilişkili kolit ön planda değerlendirildi. Hastanın çekilen PET-CT'sinde sol aurikulada hafif-orta düzeyde artmış FDG tutulumu (SUVmax: 4.1) izlendi. Aurikuladan alınan biyopside kırkırdak fragmanları, bu alanlarda nötrofil lökosit infiltrasyonları, dermiste kronik inflamasyon ve fibrozis bulundu. Relapsing polikondrit tanısı konuldu.

Metilprednizolon + azatioprin tedavisi başlandı. Birkaç ay bu tedaviyi alan hastada afr yanıtı yetersiz olduğu için tedavi sırasıyla metotreksat + metilprednizolon, ardından 1 sene sonra leflunomid + metilprednizolon olarak revize edildi. Hastanın yaklaşık 1 yıllık takibi sonrasında halsizlik ve konstitüsyonel semptomların yeniden ortaya çıkması üzerine çekilen PET-CT'de asendan aorta çevresinde geç fazda belirginleşen, aktif faz vaskülit ile uyumlu orta düzeyde FDG tutulumu (SUVmax: 3.34) ve pulmoner ven-aorta düzeyinde orta-yoğun düzeyde tutulum (SUVmax: 5.48) izlendi (PET-VAS=3). Tedaviye infliksimab eklendi. İnfliksimab altında Afr yüksekliğinin devam etmesi üzerine tedavisi tocilizumaba olarak revize edildi. Tocilizumab altında inflamatuvar yanıt alındı ve hasta klinik olarak stabil seyretti. Birkaç ay sonra hasta bakteriyel pnömoni ile başvurdu. Tetkiklerinde CRP: 119, kreatinin: 1.1, WBC: 13.820, ferritin: 1300, Hb: 10.1, Plt: 183.000, Neu: 13.280, lenfosit: 1390, MCV: 92.8 idi. Piperasilin-tazobaktam başlandı, hipotansiyon ve takipne gelişmesi üzerine YBÜ'ye alındı. Antibiyoterapi meropenem olarak revize edildi. Bu dönemde akut böbrek yetmezliği gelişen hastada pulmoner tromboemboli açısından yapılan BT anjiyografide sağ akciğer orta lob medial segment ve sol üst lob lingular segmentte tromboemboli ile uyumlu hipoperfüze alanlar saptandı. Pnömoni geriledikten sonra yapılan kontrol tetkiklerinde WBC: 8630, Neu: 6700, Hb: 8.8, lenfosit: 1490, MCV: 100.5, Plt: 79.000, kreatinin: 0.9, ferritin: 124, T. sat.: %79, CRP: 9.34, ESR: 3, B12: 320, folik asit: 4.7 bulundu. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Vexas sendromu açısından tanıyı belirlemede altın standart olan UBA1 patojenik varyantı açısından periferik kandan UBA1 gen dizi analizi istendi. Kemik iliği biyopsisinde granülositer ve eritroid seri öncüllerinde yaygın sitoplazmik vakuolizasyon, çok sayıda Pseudo-Pelger-Huet hücresi, yer yer sitoplazmik hipergranülasyon ve seyrek (<%10) nükleer tomurcuklanma/binükleasyon izlendi. UBA1 mutasyonu patojenik C.122T>C(p.Met41Thr) varyantı pozitif saptanarak hastaya VEXAS sendromu tanısı konuldu. Hastanın son tetkiklerinde Hb: 11.3, WBC: 5190, Neu: 1870, lenfosit: 2960, Plt: 184.000, kreatinin: 0.9, CRP: 0.3 ve ESR: 3 olup; hasta tocilizumab + metilprednizolon + leflunomid tedavisi altında izlenmektedir.

Sonuç: VEXAS sendromu; dirençli sistemik inflamatuvar bulgular ile birlikte ilerleyici hematolojik bulguları (makrositer anemi, trombositopeni, lenfopeni, monositopeni ve nötropeni(mds eşliği arttıkça))olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Otoinflamatuvar semptomlarla birlikte burun ve kulak kondriti, bazı dermatolojik belirtiler (nötrofilik dermatoz,eritema nodosum, sweet sendromu,ürtiker vs),venöz tromboembolizm, akciğer tutulumu(NSIP,bronşiolitis obliterans,nötrofilik alveolit,cop gibi) oküler inflamasyon(tekrarlayan üveit,episklerit,sklerit,retinal vaskülit gibi) varlığında VEXAS sendromu akla getirilmelidir.

[EP-21]

İnflamatuvar miyozit ayırıcı tanısında nadir bir genetik hastalık: Nemaline miyopati

Merve ERKEK¹, Gökçe KENAR ARTIN¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Giriş: Nemaline miyopati, iskelet kasında “rod body” birikimiyle karakterize nadir bir genetik miyopatidir. Erişkin başlangıçlı formlar plazma hücre hastalıkları ve HIV gibi durumlarla ilişkili olabilir ve sıklıkla polimiyozit/IMNM ile karışır (1).

Olgu: 33 yaşında erkek hasta güçsüzlük ve denge kaybı şikayetleriyle romatoloji polikliniğine başvurdu. kKas gücü muayenesi normaldi. Geçmişte CK'nın 21.155 U/L'ye kadar çıktığı görüldü. Aralıklı kontrollerde 216 U/L'ye gerilemişti. AST ve LDH normal olan hastanın ANA, ENA ve miyozit paneli negatif sonuçlandı. Yapılan EMG'de sağ üst ve alt ekstremitelerde proksimal kaslarda bölgesel yer yer ılımlı düzeyde miyopatik MÜP'ler görüldü. Çekilen uyluk MRG'ında ve PET-BT'sinde patolojik bulgu saptanmadı ve kas biyopsisi normal raporlandı. İnflamatuvar miyozit açısından anlamlı bulgusu olmayan ve miyopatik yakınmaları olan hastadan genetik tetkikler gönderildiğinde klinik bulguları açıklayabilecek 1 adet VUS-Class 3 olduğu bilinen nemaline miyopati ile uyumlu varyant saptandı. Genetik geçiş açısından annesinden de genetik tetkik gönderildiğinde pozitif olduğu görüldü. Plazma hücre hastalıkları açısından tarandı, monoklonal gammopati gözlenmedi. Nemaline miyopati tanısıyla nöroloji takibine devam etmekte.

Sonuç: Olgumuz başlangıçta inflamatuvar miyoziti düşündüren ancak tetkik sonuçlarıyla uyum göstermeyen hastada genetik olarak desteklenen erişkin başlangıçlı nemaline miyopati olgusudur. Olgumuz açıklanamayan CK yüksekliği ve miyopatik yakınmaların varlığında nemaline miyopatinin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermektedir.

Kaynakça:

1. Laitila J, Wallgren-Pettersson C. Recent advances in nemaline myopathy. Vol. 31, Neuromuscular Disorders. Elsevier Ltd; 2021. p. 955–67.

[EP-22]

Nadir Bir Yan Etki Olarak İnflksimab İle Kreatinin Kinaz Yüksekliği

Meryem Dumlu, Mehmet Engin Tezcan
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Ankilozan spondilit (AS) genellikle 45 yaşın altındaki hastalarda görülen, romatizmal hastalıkların spondiloartropati kategorisine ait kronik bir otoimmün inflamatuvar bir durumdur. Ankilozan spondilit genellikle 45 yaşın altındaki hastalarda görülür. Tipik olarak aksiyel iskeleti etkiler ancak periferik artrit ve eklem dışı özelliklerle de ortaya çıkabilir. Medikal tedavisinde birinci basamakta steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) kullanılmaktadır. Konservatif tedaviler ve NSAİİ kullanımına rağmen sürekli olarak yüksek hastalık aktivitesi görüldüğünde bir sonraki adım TNF inhibitörleri ya da IL-17 inhibitörleri içeren biyolojik ajanlarla tedavi olacaktır.

Bu vakamızda bir TNF inhibitörü olan inflksimab ile nadir görülen bir yan etki olan asemptomatik kreatin kinaz (CK) yüksekliğini sunmayı amaçladık.

OLGU

Ankilozan spondilit tanılı 25 yaşında erkek hastada NSAİİ ile yeterli yanıt alınmadığı için TNF inhibitörü tedaviye geçildi. Adalimumab başlanan hastanın takiplerinde sekonder yanıt olarak değerlendirildi. Anti TNF değişimi öncesi yapılan endoskopik taramada kolonoskopiden nonspesifik ileit bulguları görüldü. İnflksimab tedavisine geçilmesi planlandı. İnflksimab 2. hafta yükleme dozu öncesinde bakılan tetkiklerinde CK: 14370IU/LAST:236 IU/L ALT:76IU/L ve tam idrar analizi normal olarak görüldü. Hasta asemptomatikti. Yakın zamanlı yeni bir ilaç kullanım ve ağır egzersiz öyküsü yoktu. Hidrasyon ile CK düzeylerinde düzelme görüldü.

SONUÇ

TNF inhibitörleri AS'de yaygın kullanılan bir medikal tedavi seçeneği olup sık görülen ilaç yan etkileri konusunda deneyim yüksektir fakat CK yüksekliği gibi nadir görülen ve ileri bir çok çalışmaya ihtiyaç duyulan yan etkiler konusunda da dikkatli olunmalıdır. Özellikle inflksimab kullanımında serum transaminaz yüksekliği görülen vakalarda etyolojik nedenler incelenirken asemptomatik olsa bilerabdomiyoliz açısından da değerlendirilmesi ve CK düzeyi bakılması akılda tutulmalıdır.

[EP-23]

Parotit Atağı ile Seyreden Sjögren Hastası: vaka sunumu

Nergis Serin, Andaç Komaç, Duygu Temiz Karadağ, Ayten Yazıcı, Ayşe Çefle
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Sjögren hastalığı; ekzokrin bezlerde, mononükleer infiltrasyonlarla karakterize kronik bir otoimmün hastalıktır.

Olgu: 56 yaş kadın, 2009 yılında artralji, göz kuruluğu yakınmaları ile romatoloji polikliniğe başvurdu. Tetkiklerinde ANA 3+ granüler, 2+ nükleolar, ENA panelde SSA +, ESH: 70 mm/saat, RF: 131 IU/L saptandı. Shirmer testi sağ göz/sol göz:2mm/3 mm, tükrük bezi biyopsisi kronik yangı olarak raporlanan hastaya Sjögren hastalığı tanısı ile hidroklorin 200 mg, metilprednizolon 4 mg başlandı. Mevcut tedavi ile aktif yakınması olmayan hastanın, 2019 yılındaki muayenesinde parotis bezlerinde ağrısız şişlik saptandı. Parotis ultrasonografisinde; bilateral parotis glandı volümü artmış, parankim heterojen saptandı. C3, C4 normal, İG G4 alt tipleri ve protein elektroforez normaldi. Parotis bezi biyopsisinde atipik hücre görülmedi. Hastaya parotis bezindeki şişlik nedeniyle metilprednizolon 24 mg/gün ve azatiyopürin 100 mg başlandı. Kontrollerini aksatan hasta; 2022 yılında el eklemlerde artrit ile polikliniğe başvurdu ve parotis şişliği de devam etmekteydi. Azatiyopürin kesilerek mikofenolat mofetil başlandı. Takibinde, parotis şişliği ve akut faz yüksekliği devam etmekteydi. Endikasyon dışı başvuru ile rituksimab tedavisi başlanan hastanın dördüncü kür tedavisi sonrası aktif şikayeti yoktu.

Sonuç: Sjögren hastalığında, sistemik hastalık kontrolünde, azatiyopürin, mikofenolat mofetil gibi immunsupresif ajanlar ve rituksimab gibi biyolojikler ikinci, üçüncü basamak tedavide hastalık kontrolünü sağlamada seçenek olabilir.

[EP-24]

IgG4 İlişkili Otoimmün Pankreatit ve Sistemik Lupus Eritematozus Birlikteliği

Okan Gülyüz
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: IgG4-ilişkili hastalık (IgG4-IH), farklı organlarda fibrozis ve yoğun lenfoplazmositik infiltrasyonla seyreden immün aracılı bir durumdur. Sistemik lupus eritematozus (SLE) ise çoklu organ tutulumu ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. Her iki hastalık otoimmün kökenli olmasına rağmen eş zamanlı görülmeleri oldukça nadirdir. Bu olgu sunumu, IgG4-ilişkili otoimmün pankreatit ve SLE birlikteliği gösteren nadir bir hastayı sunmaktadır.

Olgu: Hashimoto tiroiditi olan 48 yaş kadın hasta epigastrik ağrı, bulantı, kusma ve ateş yakınmalarıyla başvurdu. Laboratuvar incelemeleri pankreatit ile uyumlu bulundu. Fizik muayenede malar raş ve fotosensitivite dikkat çekti. Anamnezinde artralji, sabah tutukluğu, alopesi ve oral ülserler mevcuttu. ANA 1:1000 pozitif, IgG4 düzeyi 1.59 g/L idi. Abdominal BT'de pankreas başında 3x3 cm kitle izlendi. EUS eşliğinde biyopsi storiform fibrozis, yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon ve >40/HPF IgG4-pozitif plazma hücresi gösterdi. Bulgular ile IgG4-ilişkili otoimmün pankreatit ve eş zamanlı SLE tanısı kondu. Hastaya 60 mg metilprednizolon ve 400 mg hidroklorokin tedavisi başlandı. Tedavi sonrası klinik ve radyolojik belirgin düzelme sağlandı.

Sonuç: Bu olgu, IgG4-ilişkili pankreatit ve SLE'nin nadir birlikteliğini vurgulamaktadır. Doğru tanı için klinik değerlendirme, görüntüleme ve histopatolojik inceleme kritik öneme sahiptir. Uygun immünsüpresif tedavi ile her iki hastalığın da başarıyla kontrol altına alınabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İgg4, Sistemik Lupus Eritematozus

[EP-25]

Nörojenik Tutulumun Eşlik Ettiği Nekrotizan Miyopati: Genç Kadında Atipik Seyirli Olgu

Selin Aydemir, Burak İnce, Yasemin Yalçınkaya, Murat İnanç, Ahmet Gül

29 yaşında kadın hasta; 1 yıldır önce başlayan raynaud fenomeni, yorgunluk ve yaygın kas ağrısı, son 6 aydır proksimal kas güçsüzlüğü ve katı gıdalarda yutma güçlüğü yakınmaları ile başvurdu. İlk değerlendirmelerde kreatin kinaz(CK) 2661 U/L, AST/ALT yüksekliği, ANA pozitifliği(1/100, AC4 ve AC19 paternde), miyozit paneli negatif olup uyluk MR'ında hafif miyozit bulguları alt ekstremitelerde yağlı planlarda pannikülit ve fasiit ile uyumlu sinyal artışı izlendi. Metilprednisolon ve metotreksat tedavisi başlandı. Buna rağmen solunum kaslarının tutulumu, disfajide artış ve CK'nın 3518 U/L'ye yükselmesi nedeniyle pulse steroid uygulandı. Paraneoplastik miyoziti dışlamak için çekilen PET-BT'de malignite saptanmadı.

El ve ayak tabanlarında vaskülitik döküntüleri olan hastanın nörolojik muayenesinde dilde fasikülasyon mevcuttu. EMG'de yaygın miyojen tutulum, patolojik spontan aktivite ve fasikülasyonlar saptandı. Kas biyopsisi nörojenik tutulumun eşlik ettiği nekrotizan miyopati olarak raporlandı. Paraneoplastik ve otoimmün paneller negatifti, malignite taramalarında patoloji saptanmadı. Hastaya pulse steroidin ardından tedavi dozunda IVIG uygulandı, metotreksat kesilerek siklofosfamid aylık 750 mg toplam 6 kür ve devamında rituksimab–mikofenolat mofetil tedavileri planlanmıştır.

[EP-26]

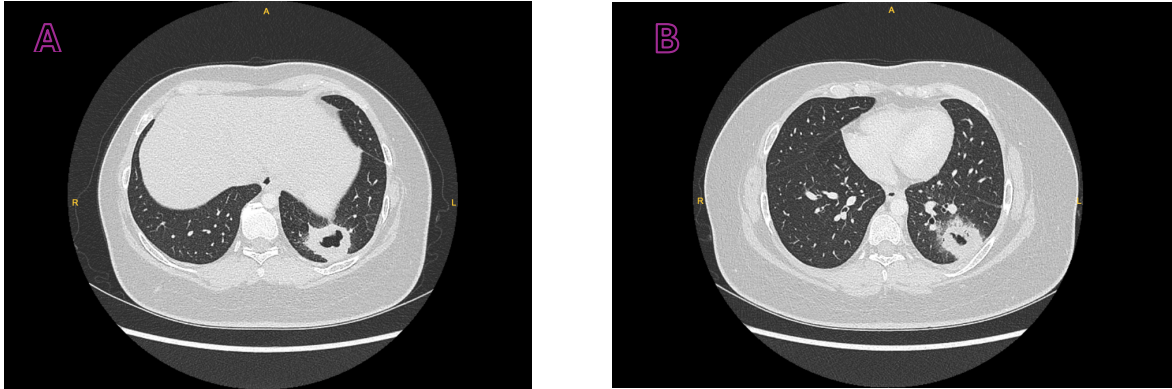
Down Sendromu ve Granülomatöz Polianjitis Birlikteliği: Nadir Bir Vaka

Sevgi Bilen Ayhan¹, Utku Aksu¹, Serdar Can Güven¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Down Sendromu bağışıklık düzenleyici mekanizmaların bozukluğu ile ilişkilendirilen genetik bir hastalık, Granülomatöz polianjitis (GPA) ise ANCA ilişkili nadir bir vaskülitir. Vakamız bu iki nadir durumun birlikteliğine vurgu amacı ile sunulmaktadır.

Vaka: Bilinen hipotiroidi dışında takipli kronik hastalık öyküsü olmayan Down Sendromlu hasta, karın ağrısı nedeni ile çekilen tomografide akciğerde kavite görülmesi üzerine Göğüs Hastalıkları Kliniği tarafından takip ediliyor. Tarafımızca değerlendirilen hastanın romatolojik sorgusunda anlamlı özellik saptanmadı. Tam kan, karaciğer-böbrek fonksiyon ve idrar tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. CRP:60mg/L, ESR:55mm/saat olarak görüldü. Serolojik tetkiklerinde; ANA, ENA paneli, c3-c4 ve dsDNA negatif, c-ANCA-IFA 1/32 pozitif (++) , PR3-ANCA ELİSA 147.78RU/mL , P-ANCA IFA-MPO-ANCA ELİSA negatifti. Tomografisinde; sol akciğer alt lobda kalın duvarlı kenarı düzensiz enflame görünümde 39x38mm ve daha kaudalde 44x35mm ölçülen kaviter lezyonlar izlendi. Akciğerde bulunan kaviteden yapılan biyopsisi küçük-orta boyutta damarları etkileyen granülomatöz vaskülit ile uyumlu olarak yorumlandı. Diğer sistem taramaları normal olan hasta izole akciğer tutulumu-GPA olarak takibe alındı, kliniğimizde takibine devam edilmektedir.



Resim-1: Sol akciğer 39x38 mm ve 44x35 mm boyutlarında kaviter lezyonlar

Sonuç: Down Sendromu ve GPA birlikteliği örnekleri literatürde birkaç vaka ile sınırlıdır. Down Sendromunda bozulan inflamatuvar mekanizmalar sonucu otoimmün olaylara yatkınlık olduğu düşünülse de, bu konuda net bir veri bulunmamaktadır. Biz de Trizomi 21 hastalarında gelişebilen otoinflamatuvar, immünojenik durumlara nadir bir örnek sunarak bu konudaki sınırlı literatüre katkıda bulunmak istedik.

[EP-27]

Spondilit ön tanısıyla yönlendirilen Dev Anevrizmal Kist olgusu

Sevil Yiğit

Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sakroiliak eklem, omurgadan alt ekstremitelere yük aktarımını sağlayan vücuttaki en büyük aksiyel eklemdir. Sakroiliak eklem kaynaklı ağrı toplumda sık görülen bir klinik semptomdur. İliak kemiğin posteriorundaki sakroiliak ekleme komşu bölgesi, selim kistik tümör veya tümör benzeri lezyonlar için beklenmedik ve nadir görülen bir yerleşim yeri olup, literatürde sakroiliak kaynaklı ağrı ayırıcı tanıları arasında tanımlanmamıştır. Bu çalışmada nadir görülen bir sakroiliak eklem kaynaklı ağrı nedeni olarak iliak kemiğin sakroiliak eklem komşuluğunu tutan kistik kemik lezyonlarını tanımlamayı amaçladık.

22 yaşında erkek hasta 3 yıldır olan aktivite ile artan ve ağrı kesicilerle geçmeyen bel ve sol kalça ağrısıyla polikliniğimize başvurdu. Mekanik karakterde olan ağrılarına eşlik eden nöropatik ve gece ağrıları yoktu. Bilinen kaza, ameliyat, travma, kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede sakroiliak bölge ve spina iliaca posterior superior üzerinde palpasyonla ağrı mevcuttu. Tek taraflı fleksiyon-abdüksiyon-dış rotasyon testiyle ağrıda artış bildirmekteydi. Nörolojik defisiti olmayan hastanın düz bacak kaldırma, femoral sinir germe testi, faber, fadir, mennel, gaenslan testleri negatifti. Öyküde istirahatle geçmeyen ağrısı ve muayenede palpasyonla kemik hassasiyeti vardı. Pelvis grafisinde sakroiliak ekleme yakın şüpheli kitle görünümü tespit edilen hastanın, lezyon lokalizasyonu, boyutları ve çevre dokulara uzanımının değerlendirilmesi için manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Sol iliak kemikte sakroiliak ekleme bağlantılı kistik lezyon görünümü tespit edildi. Kemik sintigrafisi normaldi. Ortopedi konsülte edilen hasta için acil girişim düşünülmedi, kist takibi önerildi.

Pelvik tutulum gösteren kemik tümörleri çoğunlukla habis tümörlerdir. Zaten sık görülmeyen bu lezyonlar için pelvis bölgesi çok daha nadir görülen bir tutulum bölgesidir. İliak kemiğin sakroiliak eklem komşuluğu ise kistik kemik lezyonları açısından oldukça nadir görülen bir tutulum bölgesidir. Pelvisin üç boyutlu kompleks anatomisi, anatomik yapıların iki boyutlu radyografik görüntülemelerde üst üste binmesi, gibi nedenlerle pelvik yerleşimli kemik lezyonlarının tanısı zor olabilmektedir. Sonuç olarak, tek taraflı sakroiliak eklem kaynaklı ağrının ayırıcı tanısında selim kemik tümörleri ve tümör benzeri kistik kemik lezyonları göz önünde bulundurulmalıdır. Pelvisin kompleks anatomisi nedeniyle konvansiyonel radyografiler tanıda yetersiz kalabilir. Bu bölgedeki şüpheli kemik lezyonları mutlaka BT veya MRG gibi yöntemler ile incelenmelidir.

[EP-28]

Nörolojik ve Tubüler Tutulumla Seyreden Ağır Başlangıçlı Pediatrik SLE Olgusu

Sıla Atamyıldız Uçar¹, Betül Sözeri¹

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, Çocuk Romatoloji

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE) çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte, multiorgan tutulumuyla ciddi morbiditeye yol açabilir. Özellikle nörolojik ve renal tutulumun birlikte görüldüğü olgular hızlı tanı ve agresif tedavi gerektirir. Bu olgu sunumunda, beyin ödemi, metabolik asidoz ve tubulointerstisyel tutulum ile başvuran, ilerleyen süreçte sınıf 3 lupus nefriti tanısı alan bir ergen hastanın tanısall yaklaşımını ve tedavi sürecini paylaşmayı amaçladık.

Olgu sunumu: 17 yaş bilinen hastalığı olmayan kız olgu, 3 hafta önce başlayan kusma, halsizlik, kilo kaybı, denge kaybı, konuşmada zorluk ve başvuru günü gelişen ile çocuk acil servis başvurusunda yapılan tetkiklerinde metabolik asidoz, hipopotasemi, hipofosfatemi olması ve kranial MR görüntülemelerinde beyin ödemi ve parankimal tutulum saptanması üzerine tablosunda çocuk yoğun bakım ünitesine yatışı yapıldı. ÇYBÜ yatışında hastaya seftriakson, asiklovir ve beyin ödemi tedavisi başlandı. Hastadan BOS örneklem gönderilememesi üzerine tedaviye devam edildi. İyon imbalansı olması nedeni ile gerekli iyon replasmanları yapıldı.

Hastanın kranial tutulum ve nefrolik tutulumu olması üzerine çocuk romatoloji tarafından değerlendirilen hastanın yapılan fizik muayenesinde malar rash ve fotosensitivite bulgularının görülmesi üzerine ön planda SLE, sjögren sekonder tutulum düşünülerek tetkikleri planlandı. Tedaviye plaquenil eklendi. Gönderilen tetkiklerinde ANA 4+ benekli paternde, antidsdna > 800 ve C3, C4 düşük olarak görüldü. ENA panelinde anti ribozomal P protein pozitif olarak saptandı. Göz bakışı normal olarak görüldü. Bilinç bulanıklığı gerileyen hasta takibi için çocuk romatoloji servisine alındı. Sonuçlarla hastanın tedavisine mikofenolat mofetil 2 x500 mg olarak eklendi. Nonnefrotik düzeyde proteinürisi olan fakat tubüler tutulumu olan hastaya böbrek biyopsisi yapıldı ve sınıf 3 fokal proliferatif lupus nefriti olarak raporlandı.

Hastaya dexametazon 10mg/m² den başlandı. EEG ve EMG polinöropati protokolü çekildi normal görüldü. Steroid dozu azaltılarak idame dozuna kademeli olarak geçildi. Hastanın iyon imbalansı ve tubüler tutulumu olması nedeni ile antiasidoz ve potasyum replasmanları ve aldactazid tedavilerine devam edildi.

Hastanın takibinde C3 ve C4 düzeyleri normalleşti, antidsDNA düzeyi halen yüksek fakat geriledi. Tubüler asidozu ve proteinürisi derinleşti.

MMF 2 x 500 mg altında hipopotasemi ve metabolik asidoz atakları oldu. Hastanın nefes darlığı olması nedeni ile toraks BT çekildi, göğüs hastalıklarına SLE tutulum açısından danışıldı. Akciğer tutulumu saptanmadı. Kardiyak tutulum saptanmadı. Hastanın tekrarlayan atak olması üzerine tedaviye ritüksimab 1000 mg olarak eklendi. 2 doz 15 gün ara ile 2 doz olarak verildi.

Sonuç: Bu olgu, çocukluk çağı SLE'nin akut başlangıçlı nörolojik ve renal bulgularla seyredebildiğini ve erken immünosupresif tedavinin önemini göstermektedir. Multiorgan tutulum, tedaviye yanıtın yetersiz olması veya atakların tekrarlaması durumlarında ritüksimab gibi biyolojik ajanların etkili bir seçenek olabileceğini ortaya koymaktadır. Hızlı değerlendirme, dikkatli izlem ve multidisipliner yaklaşım, komplikasyonların önlenmesi ve prognozun iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

[EP-29]

Eşzamanlı Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozukluğu ve Sistemik Lupus Eritematozus: Terapötik Bir Zorluk

Sibel Zaralı

Giriş:

Optik Nörit, Sistemik Lupus Eritematozus'un (SLE) nadir görülen ancak ciddi bir belirtisidir. Merkezi sinir sisteminde immün aracılı inflamasyona neden olarak demiyelinizasyona ve görme kaybına yol açar. Aynı zamanda, hem optik sinirleri hem de omuriliği etkileyebilen Nöromiyelitis Optika Spektrum Hastalığı'nın (NMOSD) da belirgin bir özelliğidir. Bu iki durum, tanıyı zorlaştıran nörolojik belirtilerle birbiriyle örtüşen özellikler gösterir

Olgu Sunumu:

Bilinen SLE tanılı, class 5 lupus nefriti ile izlenen ve güncel olarak Metilprednizolon 4 mg, Takrolimus, Azatiyopürin, Hidroksiklorokin tedavisi altında klinik remisyonda olan hasta, postpartum 2. Ayında sağ gözüne iritan madde teması sonrası başlayan kızarıklık ve ağrı takiben ani görme kaybı ile başvurdu. Başvuru anında göz hareketlerinde belirgin ağrı, lateral bakışlarda kısıtlılık ve sağ gözde ışık algısının tamamen kaybolduğu saptandı. Görsel uyarılmış potansiyel testinde sağ tarafta latans alınamadı. Görme kaybı dışında klinik değerlendirmede patolojik bulgu yoktu. Çekilen kraniyal BT ve difüzyon MR'da akut patoloji izlenmezken, orbita MR'da sağ optik sinirde uzun segment kontrast tutulumu mevcuttu. Laboratuvarında hemogram ve biyokimyasında anormallik yoktu. BOS incelemesi normaldi ve enfeksiyöz etkenler dışlandı. İmmünolojik incelemelerde yüksek titrede (1:320) AQP4-IgG pozitifliği saptanarak NMOSD ile uyumlu optik nörit tanısı doğrulandı. Hastaya yüksek doz intravenöz metilprednizolon başlandı ve ardından 10 seanslık plazmaferez (PLEX) planlandı. Tedavi sürecinde klinik yanıt belirgin olup, sağ gözde ışık algısı 5. gün itibarıyla geri döndü ve taburculukta görme keskinliğinde artış mevcuttu. Bu tedavi sonrası Rituximab verildi, idamede de Azatiyopürin ile kombine devam edildi. Tedavi sonrası relapssız izlenmekte.

Sonuç:

Optik nörit NMOSD'nin yaygın bir belirtisi olsa da SLE'de nadiren görülmesi tanıda karışıklığa yol açabilir. Şu anda bu iki hastalığın birlikte görülmesi durumunda en uygun tedavi seçeneğini gösteren herhangi bir çalışma veya protokol bulunmamaktadır. Olgu sunumları ve olgu serilerine dayanarak, genellikle NMOSD vakalarında kullanılan tedavilere benzer bir yaklaşımın tercih edildiği görülmektedir ve nöroloji ile romatoloji ekipleri tarafından yakın takip gereklidir. Uygulanan agresif tedaviye rağmen SLE ve NMOSD birlikteliği olan hastaların büyük bir kısmında yalnızca kısmi tedavi yanıtı görüldüğü göz önüne alındığında, bu iki hastalığın birlikte görülmesinin, her bir hastalığın tek başına seyrine göre daha kötü bir prognoz sunduğunu düşündürmektedir. Etkin tedavi, her klinik tabloda baskın olan hastalığın doğru şekilde belirlenmesine bağlıdır ve bu durum, söz konusu hastalıkların örtüşen özelliklerine ilişkin daha fazla araştırma yapılmasını gerektirir.

[EP-30]

Tedavi dirençli dermatomyozit olgusu

Sümeyye Şahin¹, Süleyman Serdar Koca¹, Ahmet Karataş¹, Burak Öz¹, Gülşah Yamancan¹, Yusuf Doğan¹, Jehat Kılıç¹

¹ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Tedaviye dirençli dermatomyozit olgumuzdaki tedavi deneyimimizi paylaşmak.

Olgu: 13 yıldır dermatomyozit (DM) ile takipli hasta tanıdan itibaren ilk 5 yıl metotrexat, metilprednizolon, leflunomid, IVIG, ritüksimab, azatiopürin kullanımı olmuş. Hastalık remisyona girince 8 yıl ilaçsız dönemi olmuş. 9 ay önce dış tedavisi sonrası başlayan kas güçsüzlüğü ve vücutta yaygın döküntüyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde heliotrop raş, gotron papülleri ve şal belirtisi saptandı. Üst ekstremitte proximal kas gücü 4/5, alt ekstremitte proximal kas gücü 4/5 saptandı. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde ast 145, alt 45, ldh 425, ck 1825 saptandı. Hastada DM aktivasyon düşünüldü. Mikofenolat mofetil ve steroid başlandı. Hastadan gönderilen miyozit panelinde anti-NXP2 antikorü 3+ olarak sonuçlandı. Hastada malignite tarama amaçlı PET-CT çekildi, herhangi bir maligniteye saptanmadı. Hastanın takiplerinde cilt lezyonlarında gerileme olmadı ck enzim yüksekliği devam etti hastaya siklosporin başlandı. Takiplerde siklosporinden fayda görülemedi. 1,5 ay sonra siklosporin kesildi tofacitinib 2x5 mg başlandı. Hastanın takiplerinde ck düştü lezyonlarda artış olmadı tedaviye 5 ay devam edildi. Tedavi altındayken hastada tekrar kas güçsüzlüğü ve lezyonlarda artış oldu, laboratuvarında ck artışı vardı. Hastaya IVIG tedavisi 3 ay boyunca 140-115-135 gr olarak verildi. Hastanın lezyonlarında gerileme olmadı, ck seviyeleri normal aralığa geriledi takiplerde artış olmadı. Hastaya abatacept başlandı, takiplerde yanıt alınamadı. Hastaya upadacitib başlandı, takip ediliyor.

[EP-31]

Guillain-Barre sendromu benzeri tablo ile prezente olan bir mikroskopik polianjitis vakası

Şerife Gözde Şen

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Mikroskopik polianjitis, böbrek ve akciğer tutulumunun ön planda olduğu, küçük–orta damar vaskülitidir. Periferik sinir sistemi tutulumu nadiren Guillain-Barré sendromu (GBS) ile karışabilen ağır aksonal nöropati şeklinde görülebilmektedir.

Olgu:

73 yaşında erkek hasta başka bir merkezde 2 aydır öksürük ve 2 haftadır üst ekstremitelerde güçsüzlükle değerlendirilmiş. Proksimal kas gücü korunmuş, üst ekstremitelerde belirgin olmak üzere bilateral distal kas güçsüzlüğü saptanmış. EMG bir GBS varyantı olan AMSAN (akut motor sensoriyal aksonal nöropati) ile uyumlu raporlanmış; IVIG (2 g/kg), ardından plazmaferez uygulanmış ancak klinik kötüleşme devam etmiş. Malignite/enfeksiyon dışlanmış; toraks tomografisi NSIP (non-spesifik interstisyel pnömoni) ile uyumlu, MPO-ANCA >300 olarak saptanmış. Akut böbrek hasarı nedeniyle hemodiyalize alınmış, 1.1 g/gün proteinüri saptanmış; patolojik olmadığından renal biyopsi yapılamamış ve nefrolog tarafından yüksek doz glukokortikoid başlanmış. Hasta sonrasında merkezimize devralınmıştır. Muayenede bilateral düşük el/ayak ve simetrik distal güçsüzlük mevcuttu. Üçüncü ay EMG'si kronik ağır aksonal polinöropati ile uyumluydu. Böbrek fonksiyonlarında steroid ve hemodiyaliz sonrası iyileşme görüldüğünden biyopsi uygun görülmedi. Hastaya pulse steroid sonrası ve rituksimab tedavisi başlanmış olup tedavi sonrasında kreatinin değeri bazal seviyeye inmiştir.

Sonuç:

ANCA ilişkili vaskülitler GBS ve varyantları ile karışabilen nöropatilerle prezente olabilir. GBS benzeri başlangıç vaskülit tanısını geciktirebileceğinden ANCA değerlendirilmesi ve sistemik tutulumun dikkatle incelenmesi önemlidir.

[EP-32]

SLE'de Rituksimab hipersensitivitesine alternatif: Obinituzumab deneyimi

Tuğba Kahraman Denizhan, Zekiye Pınar İpek Eyvaz, Okan Gülerüz, Celil Barlas Cengiz, Abdurrahman Soner Şenel

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji BD, Kayseri

Giriş: Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoklu organ tutulumuyla seyreden ve zaman zaman yoğun immünsüpresyon gerektiren bir otoimmün hastalıktır. Refrakter olgularda B-hücre hedefli tedaviler, özellikle anti-CD20 monoklonal antikorları önemli bir seçenektir. Rituksimab sık kullanılmakla birlikte infüzyon reaksiyonları tedaviyi sınırlandırabilir. Bu durumlarda desensitizasyon ya da obinituzumab gibi alternatif anti-CD20 ajanlarına geçiş önerilmektedir.

Olgu: Otuz yaşında kadın hasta, 2017'de fotosensitivite, perikardiyal efüzyon, otoimmün ve hemolitik anemi nedeniyle SLE tanısı aldı (Tablo 1). Hidroksiklorokin, metotreksat ve steroid tedavilerini takiben 2021'de tekrarlayan perikardit gelişti ve azatiopurin, ardından mikofenolat mofetil başlandı. Hematolojik bulgular ve miyozit nedeniyle rituksimab uygulandı; ilk iki kür sorunsuzken üçüncü kürde göz kapağı ödemi ve yaygın eritem oluştu. Yavaş infüzyonla yeniden denendiğinde reaksiyon tekrarladı ve rituksimab alerjisi düşünüldü. Bunun üzerine endikasyon dışı onayla obinituzumab 1000 mg uygulandı ve iki dozda da infüzyon reaksiyonu izlenmedi. Klinik ve laboratuvar parametrelerinde belirgin düzelme sağlandı.

Tartışma: Bu olgu, rituksimaba bağlı hipersensitivite gelişen SLE hastalarında obinituzumabın güvenli ve etkili bir alternatif olabileceğini desteklemektedir. Anti-CD20 ajanlar arasında farklı epitop bağlanması ve daha güçlü B-hücre deplesyonu, obinituzumabı özellikle rituksimab intoleransı olan olgularda değerli kılmaktadır.

Tablo 1. Hastanın tanı anındaki laboratuvar bulguları

Parametre	Sonuç	Parametre	Sonuç
ANA	1/10000	Hb	9.6 g/dL
Anti-Sm	+++	Lökosit	7.29 ×10 ³ /L
Anti-Sm/RNP	+++	Trombosit	224 ×10 ³ /L
Anti-Nükleozom	++	Sedimentasyon	78 mm/s
Ribosomal-P	+	Glukoz	79 mg/dL
Anti-ds DNA	396 IU/mL	Üre	8.8 mg/dL
Direkt Coombs	(+) Pozitif	Kreatinin	0.43 mg/dL
C3-C4	Düşük	AST	60 u/L
CK	74 U/L	ALT	43 u/L

[EP-33]

Sekukinumab Tedavisi Sonrası Erken Dönemde Crohn Hastalığı Aktivasyonu Gelişen Ankilozan Spondilit Olgusu

Ufuk Mert Erginer

Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş:

İnterlökin-17 (IL-17) inhibitörleri, ankilozan spondilit (AS) tedavisinde etkili biyolojik ajanlardır; ancak IL-17'nin barsak mukozal bariyeri ve immün yanıt üzerindeki rolü nedeniyle inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) gelişimi veya alevlenmesi açısından dikkat gerektirir. Sekukinumab ile ilişkili de novo ya da latent İBH aktivasyonu bildirimleri artmaktadır. Bu yazıda, sekukinumab tedavisi sonrası erken dönemde ileal Crohn hastalığı (CH) aktivasyonu gelişen bir AS olgusu sunulmaktadır.

Vaka:

Otuz sekiz yaşında kadın hasta, Şubat 2022'de AS tanısı almış, başlangıçta GİS semptomu yokmuş. Adalimumab ve ardından sekonder yanıtızlık nedeniyle sertolizumab pegol kullanmış. Aksiyal yakınmalardaki persistan aktivite üzerine Eylül 2025'te sekukinumab başlanmış. Tedavinin üçüncü haftasında karın ağrısı, ateş ve kanlı ishal gelişmesi üzerine başvurdu. CRP 21,1 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 25 mm/s, lökositoz saptandı. Kontrastlı abdominal BT'de terminal ileumda uzun segment diffüz duvar kalınlaşması izlendi. Kolonoskopide terminal ileuma sınırlı serpiginöz ülserler görüldü. Terminal ileum biyopsisinde transmural inflamasyon, kript apseleri ve non-kazeifiye granülomlar ile Crohn hastalığı tanısı kondu.

Tartışma-Sonuç ve Tedavi:

Sekukinumab başlanmasını takiben kısa sürede tipik ileal CH tablosu gelişmesi, klinik ve histopatolojik bulgularla birlikte sekukinumab ilişkili İBH aktivasyonunu güçlü biçimde desteklemektedir.

Sekukinumab kesilerek infliksimab başlandı ve Crohn aktivitesi ile aksiyal yakınmalarda belirgin düzelme sağlandı. Hastamızda ek cerrahi gereksinimi olmadı. Özellikle biyolojik tedavi öyküsü ve İBH açısından risk faktörleri bulunan AS hastalarında IL-17 inhibitörü planlanırken ayrıntılı GİS sorgulaması, hastanın bilgilendirilmesi ve yeni gelişen semptomlarda gecikmeden ileri tetkik önerilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, sekukinumab, interlökin-17 inhibitörü, Crohn hastalığı, inflamatuvar barsak hastalığı, biyolojik tedavi.

[EP-34]

Myokardit ile komplike olan bir SLE vakası

Üçler Can Ateş

Handan Yarkan Tuğsal

Dokuz Eylül Üniversitesi Romatoloji Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç

Sistemik lupus eritematozus (SLE), çoklu organ tutulumuna yol açabilen kronik ve kompleks bir otoimmün hastalıktır. Klinik bulgular hafif eklem ve kutanöz tutulumdan, böbrek, hematolojik, santral sinir sistemi ve kardiyak sistem gibi hayati organların ciddi etkilenimine kadar geniş bir spektrumda izlenir. Kardiyak tutulum sık görülmekle birlikte, myokard tutulumu nadirdir. Bu çalışmada, SLE'ye bağlı gelişen myokardit olgusu sunulurken literatürdeki sınırlı bilgi birikimine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Olgu, hastanın klinik semptomları, laboratuvar bulguları ve radyolojik görüntülemeleri ayrıntılı olarak değerlendirilerek raporlanmıştır.

Bulgular

Kırk yedi yaşındaki SLE tanılı kadın hasta, iki haftadır devam eden dispne ve alt ekstremitelerde ödem ile başvurdu. Fizik muayenede bilateral ince rallere rastlandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde pulmoner tromboemboli saptanarak antikoagülan tedavi başlandı. Elektrokardiyografide düşük voltaj izlenmesi üzerine yapılan ekokardiyografide perikardiyal efüzyon ve ejeksiyon fraksiyonunda azalma belirlendi. Yükselmiş kardiyak enzimler sonrası gerçekleştirilen kardiyak manyetik rezonans görüntülemesi ile lupus myokarditi doğrulandı. Pulse metilprednizolon ve siklofosfamid tedavisiyle klinik düzelme sağlandı. Taburculuk sonrası yeniden gelişen nefes darlığı üzerine yapılan değerlendirmede kardiyak trombus saptandı ve intravenöz immünglobulin tedavisi ile belirgin iyileşme elde edildi.



Sonuç

SLE myokarditi nadir ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Tanıda kardiyak manyetik rezonans görüntülemesi önemli bir yer tutar. Glukokortikoidler ilk basamak tedaviyi oluşturmakla birlikte, immünsüpresif ajanlara ek olarak intravenöz immünglobulin tedavisinin yararlı olabileceği bu olgu ile desteklenmektedir.

[EP-35]

Romatoid Artrit Tanılı Bir Hastada Rüptüre Baker Kistine Bağlı Apse Gelişimi: Olgu Sunumu

Yusuf Doğan, Süleyman Serdar Koca

Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Elazığ

Amaç: Romatoid artrit (RA); özellikle proksimal interfalangeal eklemlerde, metakarpofalangeal eklemlerde, el ve ayak bileklerinde ve dizlerde ağrı, şişlik ve sabah sertliği gibi klinik belirtilerle seyreden kronik, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. RA tanısında gecikme, eklem hasarında ilerlemeye yol aarak deformitelere ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilir. Bu da uzun vadede prognozu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. RA, popliteal bölgede sıvı dolu bir kese olan Baker kistinin oluşumuna neden olabilir. Eklemden bulunan sinoviyositler, kan dolaşımındaki bağışıklık hücreleri ile birlikte RA'nın primer patolojik özelliği olan pannus oluşumunu başlatır. Bu süreç, kıkırdak ve kemik dokusunun aşınmasına neden olur. Baker kisti durumunda, bu pannus kistin içine uzanarak onu doldurur ve önemli ölçüde büyümesine neden olur. RA tanılı bir hasta Baker kistine bağlı apse gelişen bir vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 69 yaşında kadın hastanın bilinen RA (17 yıl), hipertansiyon, diabetes mellitus ve osteoporoz tanıları mevcuttu. Hasta, RA için leflunomid ve hidroklorokin tedavisi almaktaydı. Hastanın son 2 yılda 3 kez sol ayak bileğinde şişlik, ağrı ve kızarıklık olması nedeniyle antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. 1 aydır olan sol ayak bileğinde şişlik, ağrı ve kızarıklık; ayrıca sol bacak arka kısımda ağrı, yürüme güçlüğü ve efor dispnesi Şikayetleri olan hasta kliniğimize interne edildi. Fizik muayene ve sol popliteal bölgeye yapılan ultrasonografi (USG) sonucunda Baker kisti saptandı. Akut fazları yüksek olan hastanın çekilen sol ayak bileği ve bacak manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG); talokalkaneal ve tibiotalar eklem aralığı belirgin daralmış olup bu düzeyde kortikal düzensizlik ve yaygın kemik iliği  demisiyle uyumlu görünüm izlendi. Ayrıca, kruris kas grupları altında lateral malleole ve ayak bileği çevresine doğru uzanımı bulunan, yer yer lokülasyon gösteren diff zyonda hafif kısıtlanması bulunan loküle mayii alanları izlendi. Bu bulgular apse ile uyumluydu. Girişimsel radyoloji tarafından apse olan bölgeye dren koyularak 3 gün takip edildi. 3 günde dreninden toplamda 110 cc geleni olan hastanın dreni çekildi. Ayrıca dispne nedeniyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) interstisyel akciğer hastalığı saptandı. Akut fazları ve semptomları gerilen hastanın tedavisine rituksimab eklenerek taburcu edildi.

Sonuç: RA, inflamatuvar süreçle birlikte Baker kistine neden olabilmektedir. RA tanılı diz ve bacak bölgesinde ağrı ile gelen hastalar, detaylı bir anamnez ve fizik muayene ile değerlendirilmelidir. Baker kisti Őüphesi durumunda hasta USG ile, gerekirse MRG ile birlikte değerlendirilmelidir. Baker kisti varlığında nadiren de apseleşmeye neden olacağından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Baker Kisti, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

[EP-36]

Haemophilus İnfluenza ile Alevlenen MPO-ANCA Vaskülitine Bağlı Nadir Pulmonorenal Sendrom

Zeynep Fural, Mehmet Engin Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: ANCA ilişkili vakülitler, küçük damarları tutan, böbrek ve akciğer tutulumu ile ağır klinik tablolara yol açabilen hastalıklardır. Enfeksiyonlar, hem hastalığın başlangıcında hem de remisyonda nüksü tetikleyen önemli çevresel faktörlerdir. Bu olgu, remisyon döneminde gelişen *Haemophilus influenzae* enfeksiyonunun MPO-ANCA vaskülitini yeniden alevlendirmesi açısından dikkat çekicidir.

Olgu: ANCA vaskülitine bağlı pulmonorenal sendrom nedeniyle tedavi edilmiş 62 yaşında erkek hasta, prednizolon 4mg ile remisyonda izlenirken on ay sonra nefes darlığı ve balgam şikayetleriyle başvurdu. Başvuru kreatinini 10 mg/dL idi. Toraks BT’de konsolidasyon ve buzlu cam alanları izlendi. Üst solunum yolu kültüründe gram negatif kokobasiller görüldü ve solunum panelinde *H. influenzae* saptandı. Remisyonda normal sınırlara gerileyen MPO-ANCA düzeyinin yeniden >200 RU/ml olduğu belirlendi. Hastaya *H. influenzae* enfeksiyonuna uygun antibiyoterapi başlandı; pulmonorenal sendrom alevlenmesi nedeniyle metilprednizolon (1 mg/kg/gün) ve plazmaferez uygulandı. Plazmaferez sonrası kreatinin düzeyleri geriledi. Enfeksiyon kontrolünü takiben siklofosfamid ve rituksimab tedavileri verildi.

Tartışma: Bu olgu, solunum yolu enfeksiyonlarının remisyondaki MPO-ANCA vaskülitinde nüksü tetikleyebileceğini göstermektedir. *H. influenzae* ile vaskülit aktivasyonu literatürde nadirdir; ancak enfeksiyonun immün aktivasyonu ANCA üretimini artırabilir. Nüks dönemindeki konsolidasyon ve buzlu cam görünümü, enfeksiyon ve vaskülit alevlenmesinin birlikte seyrettiğini düşündürmektedir. Enfeksiyon tedavisi ile immünsüpresif tedavinin eşzamanlı yönetimi belirgin klinik düzelme sağlamıştır. **Sonuç:** *H. influenzae* enfeksiyonu, MPO-ANCA ilişkili vaskülitte nadir ancak klinik açıdan önemli bir nüks tetikleyicisi olabilir. Erken tanı, enfeksiyonun uygun tedavisi ve immünsüpresif tedavinin eşzamanlı yönetimi, pulmonorenal sendromda organ fonksiyonlarının korunması açısından kritik öneme sahiptir.

[EP-37]

Çocukluk çağında Henoch–Schönlein purpurasının nadir bir yüzü: Merkezi sinir sistemi tutulumu

Zeynep Torunoğlu¹, Ece Aslan¹, Nergis Akay¹, Ümit Gül¹, Elif Kılıç Könte¹, Esmâ Aslan¹, Aybûke Günalp¹, Mehmet Yıldız¹, Sezgin Şahin¹, Kenan Barut¹, Özgür Kasapçopur¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Amaç

İmmünoglobulin A vaskülit (IgAV), eski adıyla Henoch–Schönlein purpurası (HSP), çocukluk çağının en sık görülen vaskülitidir ve küçük damarları tutan, IgA immün kompleks birikimi ile karakterizedir. Hastalık çoğunlukla cilt, eklem, gastrointestinal sistem ve böbrek tutulumu ile seyreder. Merkezi sinir sistemi (MSS) tutulumu ise oldukça nadir olup tanısız güçlük yaratabilir ve nörolojik sekellere yol açabilir. Bu bildiride, HSP'ye sekonder gelişen serebral hemoraji olgusunu sunarak, bu nadir komplikasyona yönelik farkındalığı artırmak amaçlandı.

Yöntem

Yedi yaşında kız hasta, klinik bulguları, laboratuvar sonuçları, görüntüleme yöntemleri ve tedavi süreci ile birlikte ayrıntılı olarak değerlendirildi. Hastaya ait dermatolojik, nörolojik ve radyolojik incelemeler özetlenerek olgunun seyri sunuldu.

Bulgular

Hastanın başvurusunda purpurik döküntü, gastrointestinal tutulum ve ekstremitte ağrısı mevcuttu. Sistemik steroid tedavisinin altıncı gününde şiddetli baş ağrısı ve baş dönmesi gelişti. Beyin bilgisayarlı tomografide sol oksipital-temporal bölgede intraparakinkimal hematoma izlendi. Pulse steroid, hipertonic salin ve antiepileptik tedavilerle hızlı yanıt alındı. Takip MR ve BT görüntülerinde hematoma alanında belirgin regresyon saptandı. Dermatolojik punch biyopside lökositoklastik vaskülit ile uyumlu bulgular görüldü. Hastanın nörolojik bulguları tamamen düzeldi ve 1,5 yıllık izlemi sırasında yeni nörolojik semptom veya sekele izlenmedi.

Sonuç

IgA vaskülit çoğu çocukta kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte, nadiren MSS tutulumu ve serebral hemoraji gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Erken tanı, uygun görüntüleme ve hızlı müdahale prognozu olumlu yönde etkiler. Bu olgu, HSP'de nörolojik semptomların ciddiyetle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

[EP-38]

SOL RADİAL ARTER TUTULUMU İLE PREZENTE OLAN KRİYOGLOBULİNEMİK VASKÜLİT OLGUSU

Zübeyde Uğurlu¹ ve Atalay Doğru¹

1. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Kriyoglobulinemik vaskülit (KV), Chapel Hill Konsensüs Konferansı sınıflamasına göre immün kompleks aracılı küçük damar vaskülitleri olarak tanımlanmakta olup esas olarak kapiller, venül ve arteriyoller tutar. En sık hepatit C enfeksiyonu ile ilişkili olmakla birlikte hepatit B, otoimmün hastalıklar ve hematolojik malignitelerle de ilişkili olabilir. Klinik spektrum oldukça geniştir ve deri, eklem, böbrek, periferik sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumları ile seyredebilir.

Nadir olgularda KV, orta çaplı arterleri tutarak poliarteritis nodoza (PAN) benzeri klinik ve radyolojik bulgular oluşturabilir. Bu durum tanınal güçlük yaratmakta ve tedavi yaklaşımını etkileyebilmektedir. Bu olgu sunumunda, periferik orta damar tutulumu ile seyreden bir kriyoglobulinemik vaskülit vakası sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: Elli bir yaşında erkek hasta, yaklaşık bir haftadır devam eden sol üçüncü parmakta ağrı ve şişlik, sol ikinci parmakta morarma ve eşlik eden ishal şikâyetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen romatolojik hastalık öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde; sol ikinci parmak distalinde hafif morarma, sol üçüncü parmakta artrit ile uyumlu şişlik ve hassasiyet saptandı. Periferik nabız muayenesinde sol radyal arter nabzının zayıf olduğu gözlemlendi.

Laboratuvar incelemelerinde kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri ve hemogram değerleri normal sınırlardaydı. Enflamatuvar belirteçlerden C-reaktif protein 14 mg/L olarak saptandı. Romatoid faktör 62 IU/mL ile pozitif. Viral serolojide HBsAg pozitifliği mevcuttu.

Periferik damar değerlendirilmesi amacıyla yapılan Doppler ultrasonografide sol radyal arter boyunca yer yer düzensiz intimal kalınlaşmalar izlendi; distal segmentte belirgin duvar kalınlaşması ve lümen düzeyinde oklüzyon saptandı. Bulgular vaskülitik süreci düşündürdü.

Takiben yapılan torakoabdominal bilgisayarlı tomografi anjiyografide, renal arter seviyesinde ve abdominal aorta çevresinde minimal yumuşak doku dansite artışları izlendi; sol radyal arter distalinde oklüzyon varlığı doğrulandı.

Ayırıcı tanıya yönelik ileri romatolojik tetkiklerde antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ve antinükleer antikor (ANA) negatif saptandı. Serum kriyoglobulin testi pozitif olarak raporlandı. Klinik tablo, laboratuvar ve görüntüleme bulguları birlikte değerlendirildiğinde olgu kriyoglobulinemik vaskülit tanısı aldı.

Tartışma: Kriyoglobulinemik vaskülit çoğunlukla küçük damar tutulumu ile seyretse de, nadir olgularda orta çaplı arterleri etkileyerek PAN benzeri bir tablo oluşturabilmektedir. Bu durum özellikle periferik arter oklüzyonları, dijital iskemi ve nabız kaybı gibi bulgularla kendini gösterebilir.

Sunulan olguda radyal arter tutulumu, Doppler ultrasonografi ve BT anjiyografi ile gösterilmiş olup, bu bulgu literatürde nadir bildirilen orta damar tutulumuna işaret etmektedir. Romatoid faktör pozitifliği ve kriyoglobulin varlığı tanıyı desteklerken, ANCA ve ANA negatifliği ANCA ilişkili vaskülitleri dışlamada yardımcı olmuştur.

HBsAg pozitifliği, kriyoglobulinemik vaskülitin etiyolojisinde hepatit B enfeksiyonunun rol oynayabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle hastalarda altta yatan enfeksiyöz nedenlerin araştırılması tanı ve tedavi açısından kritik öneme sahiptir.

Sonuç: Kriyoglobulinemik vaskülit, tipik olarak küçük damar vaskülitini olarak tanımlanmasına rağmen orta damar tutulumu ile poliarteritis nodoza benzeri klinik ve radyolojik bulgular oluşturabilir. Periferik vasküler belirtiler, uygun görüntüleme yöntemleri ve destekleyici laboratuvar bulguları tanıya yol göstericidir. Erken tanı ve altında yatan etiyolojinin belirlenmesi, uygun tedavi ile hastalık prognozunu belirgin şekilde iyileştirmektedir.

Organizasyon Sekretaryası



D Event Turizm Organizasyon

İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5

Bay Plaza Kat:12 Ataşehir / İstanbul

+90 216 573 18 36

kongre@devent.com.tr

www.devent.com.tr

www.fellowkursu.org