

ROMATOLOJİ GÖRÜNTÜLEME SEMPOZYUMU

18-20
Nisan
2025

Akra Otel
Antalya

TR TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ



SEMPOZYUM KİTABI

DAVET

KOMİTE VE KURULLAR

BİLİMSEL PROGRAM

SÖZLÜ BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİLER

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Antalya'da ikincisini gerçekleştireceğimiz "**Romatoloji Görüntüleme Sempozyumu**" na sizi en içten dileklerimizle davet etmekten mutluluk duyuyoruz!

18-20 Nisan 2025 tarihleri arasında doğal güzellikleri, tarihi dokusu ve misafirperverliğiyle ünlü şehrimiz Antalya' da gerçekleştirilecek sempozyumumuz; romatolojide klinik değerlendirmenin tamamlayıcısı olan kas iskelet sistemi ultrasonu, direkt grafi, kas-iskelet sistemi manyetik rezonans görüntülemesi, akciğer tomografisi, kapilleroskopi gibi görüntüleme yöntemlerini içermektedir. Sempozyumumuz görüntüleme yöntemlerinin günlük pratikte kullanımı ve eklem enjeksiyonu gibi birçok önemli konuyu kapsayacak ve bu alanda kendini geliştirmek isteyen ve ilgi duyan tüm romatoloji yan dal asistanları ve uzmanlara yönelik eğitim imkânı ve farklı bakış açıları sunacaktır.

Romatoloji Görüntüleme Sempozyumu, alanında uzman konuşmacılar tarafından sunulacak olan kapsamlı eğitimler sayesinde katılımcıların bilgi birikimlerini genişletmeleri için mükemmel bir fırsat sunacak, aynı zamanda, bu alanda uzmanlaşmak isteyen romatoloji yan dal asistanları için de önemli bir platform oluşturacaktır.

Sempozyumumuza katılımınızla bu önemli etkinliği daha da zenginleştireceğimize inanıyoruz.

Unutulmaz bir toplantı deneyimi ve bilgi paylaşımı için sizleri aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Saygılarımızla,
Sibel Bakırcı
Sempozyum Başkanı

KOMİTE VE KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Sibel Bakırcı

Sempozyum Düzenleme Kurulu

Sibel Bakırcı

Atalay Doğru

Gökhan Sargin

Sempozyum Bilimsel Kurulu

İhsan Ertenli

Duygu Ersözlü

Levent Kılınç

Sedat Kiraz

Duygu Kurtuluş

Süleyman Özbek

Cem Özişler

Mehmet Şahin

Taşkın Şentürk

Veli Yazısız

*Düzenleme kurulu soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

BİLİMSEL PROGRAM

18 NİSAN 2025, CUMA	
13.15-13.30	AÇILIŞ Sibel Bakırcı, Atalay Doğru, Gökhan Sargın
ROMATOLOJİDE KONVANSİYONEL RADYOGRAFİ	
13.30-14.10	ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA KONVANSİYONEL RADYOGRAFİ Oturum Başkanları: Sedat Kiraz, Sibel Zehra Aydın
13.30-13.50	Romatolojik Hastalıklarda Akciğer Grafisinde Ne Aramalıyım? Konuşmacı: Cemal Bes
13.50-14.10	Romatoid Artritte Ne Görmeliyim? Konuşmacı: Atalay Doğru
14.10-14.20	KAHVE ARASI
14.20-15.20	ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA KONVANSİYONEL RADYOGRAFİ Oturum Başkanları: Merih Birlik, Mehmet Şahin
14.20-14.40	Spondiloartritlerde Aksiyalde Ne Görmeliyim? Konuşmacı: İsmail Sarı
14.40-15.00	Spondiloartritlerde Periferde Ne Görmeliyim? Konuşmacı: Timuçin Kaşifoğlu
15.00-15.20	Kristal Artrit ve Osteoartritte Ne Görmeliyim? Konuşmacı: Cem Özişler
15.20-15.30	KAHVE ARASI

ROMATOLOJİDE KAPİLLEROSKOPI	
15.30-16.10	ROMATOLOJİDE KAPİLLEROSKOPİK İNCELEME
	TEORİK VE PRATİK
	Oturum Başkanları: Ali Akdoğan, Levent Kılıç
15.30-15.50	Kapilleroskopi: Ne Zaman Yapılmalı, Nasıl Değerlendirilmeli ve Rapor Edilmeli?
	Pratik Uygulamalı
	Konuşmacı: Duygu Temiz Karadağ
15.50-16.10	Romatolojik Hastalıklarda Mikrosirkülasyon ve Kapilleroskopi
	Pratik Uygulamalı
	Konuşmacı: Merih Birlik
16.10-16.20	KAHVE ARASI
OLGULARLA ROMATOLOJİDE GÖRÜNTÜLEME	
16.20-16.40	Olgularla Direkt Grafide Taniya Yardımcı Bulgular
	Konuşmacı: Umut Kalyoncu
16.40-17.00	BUGÜN NE ÖĞRENDİM?
	Konuşmacı: Gezmiş Kimyon, Gizem Ayan
17.00-17.10	KAHVE ARASI
17.10-18.10	SÖYLEŞİ
17:10-17:40	Romatolog Olarak Yurtdışı Deneyimi
	Oturum Başkanları: Fatoş Önen, Sibel Bakırcı Konuşmacı: Sibel Zehra Aydın
17:40-18:10	Anlatacak Bir Hikayem Var
	Konuşmacı: Selim Bayraktar
19 NİSAN 2025, CUMARTESİ	
ROMATOLOJİK HASTALIK GÖRÜNTÜLERİNE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM	
09.00-10.00	İTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI NEDİR, NE DEĞİLDİR?
	OLGULARLA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

	Oturum Başkanları: Murat İnanç, Fulsem Bozkuş, Zevcet Yılmaz
09.00-09.20	Radyolog Gözüyle Konuşmacı: Recep Savaş
09.20-09.40	Göğüs Hastalıkları Uzmanı Gözüyle Konuşmacı: Ömer Özbudak
09.40-10.00	Romatolog Gözüyle: Konuşmacı: Ender Terzioğlu
10.00-10.10	KAHVE MOLASI
10.10-10.55	PRİMER SANTRAL SİNİR SİSTEMİ VASKÜLİTİ NEDİR, NE DEĞİLDİR? OLGULARLA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Göksal Keskin, Ayten Yazıcı, Nihat Şengeze
10.10-10.25	Romatolog Gözüyle Konuşmacı: İhsan Ertenli
10.25-10.40	Nörolog Gözüyle Konuşmacı: Aslı Tuncer
10.40-10.55	Radyolog Gözüyle Konuşmacı: Rahşan Göçmen
10.55-11.10	KAHVE MOLASI
11.10-12.10	VASKÜLİT VE GİS TUTULUMLARINDA GÖRÜNTÜLEMENİN YERİ Oturum Başkanları: Gülen Hatemi, Veli Çobankara, Fatma Alibaz
11.10-11.30	Romatolojik Hastalıkların GİS Tutulumunda Görüntülemenin Yeri Konuşmacı: Ayhan Hilmi Çekin
11.30-11.50	Büyük Çaplı Damar Vaskülitlerinde Görüntülemenin Yeri Nerden Başlayalım? Konuşmacı: Haner Direskeneli
11.50-12.10	Orta ve Küçük Çaplı Vaskülitlerde Görüntülemenin Yeri Nerden Başlayalım?

	Konuşmacı: Kenan Aksu	
12.10-12.30	ROMATOLOJİDE GÖRÜNTÜLEME: EULAR VE ACR' DA YENİ NE VAR?	
	Oturum Başkanları: Adem Küçük, Funda Erbasan, Emrah Koç	
12.10-12.20	EULAR'da Görüntüleme	
	Konuşmacı: İsmail Uçar	
12.20-12.30	ACR'da Görüntüleme	
	Konuşmacı: Tahir Saygın	
12.30-13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	
12.30-13.00	SÖZLÜ BİLDİRİLER - 1	
	Oturum Başkanları: Sevinç Can Sandıkçı, Özge Gücenmez, Bengisu Eraslan	
	12:30-12:36	Behçet hastalığında Nonpulmoner Arteriyel Tutulumun Klinik Bulguları ve Tedavi Yaklaşımları: Tek merkez deneyimi Şerife Çoşkun Sağırkaya
	12:36-12:42	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniğinde PET-BT kullanımının değerlendirilmesi Fatma Gür Hatip
	12:42-12:48	Bağ Doku Hastalığına Eşlik Eden Sakroileit Rastlantısal mi? Ankilozan Spondiliti Olan Hastalar ile Demografik Farklılıkları? Lütfullah Zahit Koç
	12:48-12:54	Romatoid Artrit Hastalarının Ultrason ile Hoffa Yağ Yastığı'nın Boyut ve Hacminin Değerlendirilmesi Şenay Demir Yazıcı
	12:54-13:00	ANCA ilişkili Vaskülitlerde Eklem Tutulumu: Tek Merkez Deneyimi Pınar Akyüz Dağlı
13:00-13:30	SEÇİLMİŞ POSTER TURU - GÖRÜNTÜLEME YARIŞMASI & ÖDÜL TÖRENİ	
	Moderatörler: Utku Şentosun, Zübeyde Uğurlu	
ROMATOLOJİDE ULTRASON		
13.30-14.30	ÜST EKSTREMİTE ULTRASONU - PRATİK UYGULAMALI	
	Oturum Başkanları: Süleyman Özbek, Ülkü Uçar	

13.30-13.50	Ultrasonun Temel Prensipleri Konuşmacı: Betül Sözeri
13.50-14.10	Omuz ve Dirsek Ultrasonu Konuşmacı: Duygu Kurtuluş
14.10-14.30	El ve El Bileği Ultrasonu Konuşmacı: Gökhan Sargın
14.30-14.40	KAHVE ARASI
14.40-15.20	ALT EKSTREMİTE ULTRASONU - PRATİK UYGULAMALI Oturma Başkanları: Nevsun İnanç, Sercan Gücenmez
14.40-15.00	Diz Ultrasonu Konuşmacı: Muhammed Çınar
15.00-15.20	Ayak ve Ayak Bileği Ultrasonu Konuşmacı: Sibel Bakırcı
15.20-15.30	KAHVE ARASI
15.30-16.30	ROMATOLOJİDE GÖRÜNTÜLEMEDE YENİ NE VAR? Oturma Başkanları: Yasemin Kabasakal, Zeynep Aşlar, Kubilay Şahin
15.30-15.50	Romatolojide Akciğer ve Tükrük Bezi Ultrasonu Konuşmacı: Gökhan Sargın
15.50-16.10	İnflamatuvar Artritlerde Ultrason ile Fenotipleme Konuşmacı: Sibel Zehra Aydın
16.10-16.30	Romatoloji Görüntüleme Yapay Zeka Kullanımı Konuşmacı: Hakan Babaoğlu
16.30-16.40	KAHVE ARASI
OLGULARLA ROMATOLOJİDE GÖRÜNTÜLEME	
16.40-17.25	OLGULARLA TANIYA YARDIMCI BULGULAR Oturma Başkanları: Vedat Gerdan, Yusuf Karabulut, Lütfi Akyol
	Olgularla Akciğer Tomografisinde Tanıya Yardımcı Bulgular

16.40-16.55	Konuşmacı: Veli Yazısız
16.55-17.10	Olgularla Ultrason ile Taniya Yardımcı Bulgular Konuşmacı: Emre Bilgin
17.10-17.25	Olgu Görselleri ile Romatolojik Hastalıklarda Cilt Lezyonları Konuşmacı: Didem Didar Balcı
17.25-17.50	BUGÜN NE ÖĞRENDİM? Konuşmacı: Gül Sandal Uzun, Zehra Özsoy
17.50-18.00	KAHVE ARASI
18.00-18.30	AKILCI İLAÇ KULLANIMI Oturma Başkanları: Suade Özlem Badak, Fatih Sarıtaş, Önay Gerçik
18.00-18.10	Romatolojide TNF-Alfa inhibitörleri Konuşmacı: Pınar Talu
18.10-18.20	Romatolojide IL-17 inhibitörleri Konuşmacı: Oğuz Gürler
18.20-18.30	Romatolojide JAK inhibitörleri Konuşmacı: Reyhan Köse Çobanoğlu
20 NİSAN 2025, PAZAR	
ROMATOLOJİDE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME	
09.00-10.00	AKSİYEL MR İNCELEMESİ Oturma Başkanları: Duygu Ersözlü, Figen Tarhan, Atalay Doğru
09.00-09.20	Romatologlar için Temel MR Kavramları Konuşmacı: Sefa Türkoğlu
09.20-09.40	Aktif ve Kronik Lezyonlar: Neye Sakroiliit Diyeceğiz? Konuşmacı: Fatoş Önen
09.40-10.00	Görüntüler ile Sakroiliit Ayırıcı Tanısı Konuşmacı: Ali Balcı
10.00-10.10	KAHVE ARASI

10.10-11.10	PERİFERİK MR İNCELEMESİ	
	Oturum Başkanları: Veli Yazısız, Fatih Çay, Fatih Duygun	
10.10-10.30	Romatolojik Hastalıklarda Diz MR	
	Konuşmacı: Sefa Türkoğlu	
10.30-10.50	MR Görüntülemeye Kalça Patolojileri	
	Konuşmacı: Özkan Köse	
10.50-11.10	Romatolojik Hastalıklarda El ve El Bileği MR	
	Konuşmacı: İclal Erdem Toslak	
OLGULARLA ROMATOLOJİDE GÖRÜNTÜLEME		
11.10-11.30	Olgularla MR'da tanıya yardımcı bulgular	
	Konuşmacı: Ali Balcı	
11.30-12.00	BUGÜN NE ÖĞRENDİM?	
	Konuşmacı: Gerçek Şen, Özgül Soysal	
12.00-12.30	SÖZLÜ BİLDİRİLER - 2	
	Oturum Başkanları: İrem Kor, Sevtap Şimşek	
	12:00-12:06	Romatizmal Hastalıklarda Kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) Bulgularında İpuçları Ayşe Eda Parlak
	12:06-12:12	Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesinin Kinesyofobi Üzerindeki Etkisi Neşe Çabuk Çelik
	12:12-12:18	Aksiyel Spondiloartrit Hastalarında Servikal Faset Eklem Tutulumunun Radyografik Skorlar ve Fonksiyonel Kısıtlılık İle İlişkisi Gülay Alp
	12:18-12:24	Sistemik Skleroz Hastalarında Pulmoner Tutulum: Tek Merkez Deneyimi Zübeyde Uğurlu
	12:24-12:30	Kondensans İli'i mi? Aksiyel SpA'mı? Orhan Eren
12:30-12:45	Kapanış & Ödül Töreni	

ROMATOLOJİDE KAS-İSKELET SİSTEMİ ENJEKSİYON KURSU	
4 grup, her eğitimci ile 20 dk, 32 kişi ile sınırlıdır. Kursa katılım ücretlidir.	
13:30-13:40	Enjeksiyon Öncesi Hazırlık ve Sonrasında Dikkat Edilmesi Gerekenler
	Konuşmacı: Atalay Doğru
13:40-14:00	Omuz ve Kalça Enjeksiyonu
	Eğitmen: Duygu Kurtuluş
14:00-14:20	Dirsek, El ve El Bileği Enjeksiyonu
	Eğitmen: Gökhan Sargın
14:20-14:40	Diz Enjeksiyonu
	Eğitmen: Atalay Doğru
14:40-15:00	Ayak ve Ayak Bileği Enjeksiyonu
	Eğitmen: Sibel Bakırcı

** Pratik öncesinde 10 dakika teorik eğitim verilecektir.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01

Romatizmal Hastalıklarda Kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) Bulgularında İpuçları

Ayşe Eda Parlak¹, Esra Taşkiran²

¹Sağlık Bilimleri Üniveristesi,Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Radyoloji Anabilimdalı, Antalya

²Sağlık Bilimleri Üniveristesi,Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Nöroloji Anabilimdalı, Antalya

AMAÇ

Romatizmal hastalıklar (RH), genellikle bağ dokusunu etkileyen, inflamasyon ve otoimmün mekanizmalarla oluşan kronik hastalıklardır (1). Bu hastalıklar bazen ikincil olarak nörolojik belirtilerle ortaya çıkabilir (2). Çalışmamızın amacı, farklı romatizmal hastalıklara sahip hastaların kranial MRG bulgularını değerlendirmek tanıya katkısını araştırmaktır.

YÖNTEM

Çalışmamıza, RH ile takip edilen 38 olgu dahil edilmiştir. Kranial MRG'de, toplam 32 (%84.2) olguda lezyon saptanmıştır. MRG'de, T2 ve Fluid Attenuation Inversion Recovery (FLAIR) ağırlıklı görüntülerde hiperintens sinyal artışları değerlendirilmiş ve lezyonların yerleşim yeri (kortikal, subkortikal, periventriküler, jukstakortikal) incelenmiştir.

BULGULAR

38 hastanın 22'si Romatoid Artrit (RA) (%57.9), 4'ü Sjögren (%10.5), 9'u sistemik lupus eritamosus (SLE)(%23.7), 2'si SLE-multiple skleroz (MS) (%5.3) ve 1'i Ankilozan spondilit (AS)(%2.6) olgu idi. Kranial MRG'de, toplam 32 (%84.2) olguda lezyon saptanmıştır. Lezyon saptanan hasta dağılımı şu şekildedir: RA 18 (%56.3), Sjögren 3 (%9.4), SLE 8 (%25), SLE-MS 2 (%6.3), AS 1 (%3.1) olgu idi. RA olgularının 18'inde (%81.8) lezyon mevcuttu. Bu lezyonların %88.9'u (16 olgu) periventriküler yerleşimli idi. Birer lezyon corpus callosum ve infratentorial bölgede yer almıştır. RA'lı 8 olguda periventriküler-kortikal/subkortikal, 4 olguda ise periventriküler-jukstakortikal lezyon mevcuttu. SLE grubunda, 8 olgu (%81.8) ve SLE-MS grubunda 2 olgu (%100) olmak üzere 10 olguda lezyon saptanmıştır. Bu lezyonların tamamı periventriküler yerleşimli idi. Ayrıca, 4 olguda periventriküler-kortikal/subkortikal, 2 olguda ise periventriküler-jukstakortikal lezyon mevcuttu.

SONUÇ

Daha önce yapılan çalışmalarda, özellikle SLE, Sjögren ve skleroderma hastalarında, T2 ağırlıklı görüntülerde nonspesifik hiperintens sinyal artışları ve periventriküler (PV) yerleşimli lezyonlar saptanmıştır (2,3). RA'da nonspesifik hiperintens sinyal artışlarının yanı sıra leptomeningeal tutulum bulguları da sık rastlanmaktadır (4). Bizim hastalarımızda en sık rastlanan bulgu T2 hiperintensitesidir; bu bulgunun tüm hastalık gruplarında saptanabileceği anlaşılmıştır. Jukstakortikal tutulum, genellikle MS olgularında saptanırken (5), çalışmamızda 6 hastada jukstakortikal lezyon mevcut, bu durum RH da jukstakortikal tutulum olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, RH tanısında klinik özelliklerin yanı sıra, kranial MRG bulgularının hastalığın ayırıcı tanısında katkısı olacağı düşünülmektedir.

SS02

Behçet hastalığında Nonpulmoner Arteriyel Tutulumun Klinik Bulguları ve Tedavi Yaklaşımları: Tek merkez deneyimi

Serife Coşkun Sağırkaya¹, İsmail Doğan², Yüksel Maraş¹, Ebru Atalar¹, Serdar Can Güven¹, Esra Kayacan Erdoğan¹, Berkan Armağan¹, Hakan Babaoğlu¹, Kevser Orhan¹, Orhan Küçükşahin², Ahmet Omma¹, Şükran Erten²

¹Ankara Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Behçet hastalığı, venöz ve arteriyel sistemin küçük ve büyük damarlarını etkileyen, etiyojisi bilinmeyen sistemik bir vaskülitir. Nonpulmoner arteriyel tutulum nadir olmakla birlikte Behçet hastalarında önemli mortalite ve morbiditeye neden olur. Vasküler Behçet hastalığı nispeten iyi karakterize edilmiş olsa da, Behçet hastalığı nonpulmoner arteriyel tutulum hakkında veri yetersizliği vardır. Bu nedenle, kliniğimizde takipli nonpulmoner arteriyel Behçet hastalarının klinik bulguları, arteriyel tutulum şekli ve tedavi yanıtını incelemeyi amaçladık.

Hastaların demografik verileri, klinik bulguları, radyoloji, uygulanan tedavi, vasküler müdahaleler ve tedavi sonuçlarına ilişkin veriler kaydedildi ve analiz edildi. Kliniğimizde takipli 12 hastanın hepsi erkekti. Hastaların vasküler olay gerçekleştiğindeki yaş ortalaması 34 dü. Femoral arter tutulumu (%41.6) en sık, aort tutulumu(%28,5) ikinci sıklıkta görülen tutulumdu. Dört hastada çoklu arteriyel bölge tutulumu vardı. İki hastada kardiak trombus mevcuttu. Arteriyel tutulum en sık anevrizma tipindeydi(%58), ikinci sıklıkta tromboz(%25) ve üçüncü sıklıkta anevrizma ile tromboz birlikte (%16) görülmekteydi. Pulse steroid ve siklofosamid en sık kullanılan indüksiyon tedaviydi. İdame tedavi olarak azatioprin ve kolşisin en sık tercih edilen tedaviydi. Anti-TNF tedavilerden infliksimab idamede en sık tercih edilen ajandı. Dokuz hastaya cerrahi veya endovasküler girişim gerçekleştirildi ve yapılan girişimler başarılıydı. İki hastada tedaviye ara verildiği dönemde relaps görüldü.

Mevcut çalışmaya dayanarak, Behçet hastalığında arteriyel tutulumun ağırlıklı olarak genç erkeklerde görüldüğü sonucuna vardık. Tedaviye ara verilen hastalarda relaps olması nedenli non pulmoner arteriyel tutulumlu behçet hastalarında immünsüpresif tedaviye uzun süreli devam etmek gerekmektedir. Hastalarımızdaki tutulum çoğunlukla anevrizma tipinde olup, bu hastalarda kanama açısından dikkatli olunmalıdır. Erken teşhis, immünsüpresyon ve cerrahi veya endovasküler müdahalelerle agresif tedavi iyi sonuçlar için önemlidir.

SS03

Bağ Doku Hastalığına Eşlik Eden Sakroileit Rastlantısal mı? Ankilozan Spondiliti Olan Hastalar ile Demografik Farklılıkları?

Lütfullah Zahit Koç¹, Sevgi Gülşen Koç³, Sibel Bakırcı²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

³Antalya Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç

Bağ doku hastalıkları (BDH) ve ankilozan spondilit (AS), patofizyolojik olarak farklı mekanizmalara sahip iki hastalıktır. Ancak klinik pratikte BDH hastalarında sakroileit birlikteliğide gözlenmektedir. Çalışmamızda BDH'na eşlik eden Spondiloartrit (SpA) ve AS hastalarının demografik verileri karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya 27 BDH'na eşlik eden SpA ve 26 AS hastası dahil edildi. BDH'na eşlik eden SpA hastalarının yaş ortalaması AS hastalarından istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. (52.26 ± 12.04 vs 45.38 ± 10.22 , $p = 0.0293$). VKİ, hastalık süresi, CRP ve sedimantasyon değerleri açısından iki grup benzerdi.

Cinsiyet dağılımında BDH'na eşlik eden SpA grubunda kadın oranı AS grubundan beklenildiği gibi yüksekti (%85.2 vs %53.8, $p = 0.0289$). RF (%37.0 vs. %19.2, $p = 0.0085$) ve ANA (%55.6 vs. %7.7, $p = 0.0006$) pozitifliği BDH'na eşlik eden SpA hasta grubunda anlamlı şekilde daha yüksek iken, HLA-B27 pozitifliği AS grubunda belirgin şekilde daha yüksekti (%42.3 vs. %3.7, $p = 0.0025$). Sigara kullanımı ve organ tutulumu açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sakroileit taraf dağılımında, AS hastalarında istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da numerik olarak daha fazla bilateral tutulum gözlemlendi (BDH'na eşlik eden SpA: %55.6 vs AS: %76.9, $p = 0.146$).

Sonuç

BDH'na eşlik eden SpA hastalarında, AS hastalarına kıyasla daha farklı serolojik profillere sahip olabilmektedir. Özellikle RF ve ANA pozitifliği ve hastaların yaş ortalaması BDH'na eşlik eden SpA hastalarında belirgin olarak daha yüksekti. HLA-B27 pozitifliği AS için karakteristik bir belirteç olmaya devam etmektedir ve ilginç olarak her iki grupta da sakroileit bilateral olarak daha sıklıkla gözlenmesine rağmen AS hastalarında daha fazla oranda olma trendindeydi. Daha geniş hasta sayıları ile BDH'na eşlik eden SpA'nın bağ doku hastalığının progresyonu üzerine etkisinin olup olmadığının ve yalnız başına gözlenen AS'ye göre demografik ve serolojik farklılıkların araştırılması gerekmektedir ve bu durumun erken tanı ve tedaviye katkısı oldukça önemlidir.

SS04

Kondensans İlii'mi ? Aksiyel SpA'mı?

Orhan Eren

Kocaeli Medikalpark Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

Vaka: G.Ö. 44 yaş kadın hasta;

KLİNİK Bulgular: 1 aydır başlayan bel, boyun, bacak ağrısı ile başvurdu. Çekilen Sakroiliak (SİE) grafisinde (Resim-1) iliak kemik inferiorda fokal skleroz izlendi. Sakrumda skleroz yoktu, SİE eklemde daralma erezyon izlenmedi. Grafiye göre kondensans ilii düşünüldü.

Hastanın çekilen SİE BT'sinde de sol inferiorda fokal skleroz kondensans ilii ile uyumlu idi (Resim-2). Ancak hastanın 10 dakika kadar kısa süreli de olsa enflamatur bel ağrısı vardı, sabah kambur gibi kalktığını, uzun süre uyumanın daha kötü olduğunu ifade ediyordu.

Çekilen SİE MR'ında (Resim-3) inferior SİE eklem her iki yüzünde sakralde 2 ardışık kesitte fokal intensite, iliumda ise 4 ardışık fokal alanda intensiteler saptandı.

Hastanın çekilen SİE BT'si tekrar incelendiğinde sağ ek olarak sol inferiorda da fokal skleroz görüldü, eklem yüzeylerinde erezyon yoktu ancak bazı kesitlerde skleroz lineer olarak superiora doğru ilerliyordu. Horizontal kesitlerde ise sklerozun anterior kesimde olduğu gözlemlendi (Resim4).

Hasta anamnezinde sabah enflamatur topuk ağrısından yakındı ancak lateral topuk grafisinde entezit gözlenmedi ancak sakroiliak grafi büyüterek dikkatli incelendiğinde sol spina iliak entezit saptandı (Resim-5).

Laboratuvar: CRP:2 mg/dl, Sedim:4/h HLA.B27:negatif

TARTIŞMA: 3 aydan kısa süreli bel ağrısı olan hastanın SİE grafisindeki Kondensans İlii görüntüsü, sakroiliak BT ile de kondensans ilii lehine idi. Ancak 3 ayı aşmayan kısa süreli enflamatur bel ağrısı olan hastanın SİE MR'da grafide görülen kondensans ile aynı bölgede sakroiliit lehine intensite saptanması, aynı zamanda spina iliak entezit saptanması ile hastada Aksiyel Spondilartirit (ax-SpA) düşünüldü. Görüntülemeye sakroiliit ve Entezit olan hasta ASAS ax-SpA kriterlerine uysada bel ağrısı 3 aydan kısa olduğu için uSpA olarak değerlendirildi.

Sonuç: Kronik bel ağrısı ile gelen hastaların çekilen grafilerde kondensans ilii görülmesi ile ASAS kriterlerine göre ax-SpA değerlendirmesinin bırakılmaması, ax-SpA düşünülen hastalarda sakroiliak MR kadar sakroiliak BT'nin de bu ayırımın yapılmasında yararlı olduğu düşünüldü. Ayrıca Kondensans İlii'nin ax-SpA'nın kronikleşmeyen, progresyon göstermeyen bir alt antitesi olup olmadığı araştırılmadığı kanaatindeyim.

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Kliniğinde PET-BT kullanımının değerlendirilmesi

Fatma Gür Hatip, Zübeyde Uğurlu, Seda Nur Göksu Karakuş, Atalay Doğru, Mehmet Şahin
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı/Isparta

Amaç: 2-deoksi-2[18F] floro-D-glukoz (FDG) pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) sıklıkla onkoloji pratiğinde kullanılan fakat artmış glikoz metabolizmasının tespit etmesi nedeniyle odağı net olarak belirlenemeyen inflamatuvar ve enfeksiyöz durumları göstermek için romatoloji pratiğinde de kullanımı artmakta olan bir görüntüleme tekniğidir. Bölümümüzde son 7 yıl içerisinde PET-BT'nin hangi amaçla kullanımı ve tanıya katkısı incelenmiştir.

Yöntem: Ocak 2017 ve Aralık 2024 tarihleri arasında romatoloji bölümünde ayırıcı tanı amaçlı PET/BT çekilen hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, PET-BT'nin istenme nedeni, laboratuvar verileri, PET/BT'nin tanıya katkısı ve takip sürecinde aldıkları tanımlar incelenmiştir

Bulgular: Çalışmaya alınan 61 hastanın 18'inde (%29,5) tetkik öncesinde romatolojik hastalık, 3 (%4,9) hastada malignite tanısı, 7 (%11,5) hastada malignite ile romatolojik hastalık, 17 (%27,9) hastada diğer hastalıklar bulunmaktaydı. 16 (%26,2) hastanın herhangi bir hastalığı bulunmamaktaydı.

Hastalara PET-BT çekim endikasyonu muayene ya da diğer görüntüleme tetkikleri ile tespit edilmiş kitlesel lezyon ayırıcı tanısı için ve nedeni bilinmeyen inflamasyon (NBİ) ayırıcı tanısı için olmak üzere iki gruba ayrılarak incelendi. PET-BT istemi 28 (%46) hastaya NBİ için, 33 (%54) hastaya da yeni tespit edilen kitlesel lezyon ayırıcı tanısı için istendi.

Tanı tedavi sürecinde 9 (%15) hastanın kesin tanı ve takip verisi elde edilemedi. 19 (%31) hasta romatolojik hastalık tanısı ile takip edildi. 15 (%25) hastaya yeni malignite tanısı konuldu. 8 (%13) hastada enfeksiyon odağı tespit edildi. Geriye kalan 10 (%16) hasta bu gruplara dahil olmamıştır. (Tablo 1)

Tartışma: PET-BT artan hücresel glikolizin FDG tutulumuyla eş zamanlı fonksiyonel ve anatomik bilgi sağlayan bir görüntüleme tekniğidir. Kanser hücreleri gibi enfeksiyonlar ve romatolojik hastalıklardaki inflamasyon nedeniyle glikoliz süreçlerinin artmış olması PET-BT'nin bu alanlarda kullanılabileceğini düşündürmüştür ve de kullanım gittikçe artmaktadır. Bizim de bölümümüzde kullandığımız gibi herhangi bir hastalığa spesifik olmayan bulgularla başvuran hastalarda rutin muayene laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin yeterli olmadığı durumlarda PET-BT'nin kullanılabilmesi tanıya için yardımcı olabilmektedir.

SS06

ANCA ilişkili vaskülitlerde eklem tutulumu: Tek merkez deneyimi

Pınar Akyüz Dağlı¹, Hakan Babaoğlu²

¹SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Amaç: Antinötrofil sitoplazma antikorlu (ANCA) ile ilişkili vaskülitler (AAV), granülatöz polianjit (GPA), mikroskobik polianjit (MPA) ve eozinofilik granülatöz polianjiti içeren küçük damar vaskülitleridir. Eklem tutulumu AAV hastalarında görülebilmekle birlikte eklem tutulumunun özellikleri, klinik ve tedavi ile ilişkisi değerlendirilmemiştir. İzole eklem tutulumu net değildir ve bu konu hakkında çok az veri mevcuttur.

Yöntem: 2018-2024 yılları arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi romatoloji kliniğinde takip edilen 133 AAV hastası retrospektif olarak değerlendirildi. 133 hastanın 3'ünde vaskülit tanısından önce romatoid artrit, 1 hastada ise ankilozan spondilit tanısı olması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 129 hastanın demografik verileri, hastalık özellikleri, organ tutulumları ve tedavileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 129 hastanın takiplerinde 57 hastada artralji şikayeti mevcutken, 15'inde hekim tarafından tespit edilen artrit gözlemlendi. GPA tanılı hastaların 12 (%80)'sinde, MPA tanılı hastaların 2 (%13.3)'sinde, EGPA tanılı hastaların 1(%6.7)'inde artrit mevcuttu. Artriti olan ve artriti olmayan hastalara ait tüm değişkenler gruplar arasında karşılaştırıldı (Tablo 1). İki grup arasında ritüksimab tedavisi ve siklofosfamidten ritüksimab tedavisine geçiş artrit olan hastalarda daha sıktı (sırasıyla p=0.006, p=0.024). Hastaların eklem tutulum özellikleri değerlendirildiğinde (Tablo 2) en sık eklem tutulum şekli oligoartritti. 10 hastada oligoartrit, 4 hastada poliartrit ve 1 hastada monoartrit mevcuttu. 4 hastada simetrik tutulum görülürken, 2 hastada eroziv artrit gözlemlendi ve 2 hastada artrit hastalığının ilk prezentasyon bulgusu oldu.

Sonuç: AAV hastalarında artrit varlığı tedavi yanıtını etkileyebilir. Artritli hastalarda tedaviye yetersiz yanıt veya tedavi başarısızlık durumunda, ritüksimab öne çıkan bir seçenek gibi görünmektedir. AAV'de izole eklem bulguları nadirdir ancak seronegatif artrit gelişen hastalarda AAV akılda tutulmalıdır. Artrit tanısında ikinci basamak testler arasında ANCA yer alabilir. Özellikle vaskülit gelişmeden eklem bulgularıyla başvuran hastaların erken tanınması, AAV hastalarında semptom gelişmeden ilgili organ tutulumlarının belirlenmesine yardımcı olabilir.

SS07

Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesinin Kinezyofobi Üzerindeki Etkisi

Neşe Çabuk Çelik

Sincan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Romatoid artrit, öncelikle küçük eklemleri etkileyen ve aktif hastalık sırasında yoğun ağrılara neden olan kronik bir hastalıktır. Ağrının yoğun olduğu dönemde hastalar özellikle akut dönemde hareket etmeyi reddederler. Bu durum kinezyofobi olarak adlandırılır. Kinezyofobi, kronik ağrı ve yeniden yaralanmaya karşı hassasiyetin neden olduğu bir korku-kaçınma davranışıdır.

Çalışmamızda 60 romatoid artrit hastasını ve 70 sağlıklı insanı inceledik. Katılımcılara Kinezyofobi için Tampa Ölçeği, Hastalık Aktivite Skoru (DAS28), Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Uluslararası Düşme Etkinliği Ölçeği (FES-I) ve Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (FSS) uygulandı. TAMPA skorları yaş, DAS28, HAQ, FES-I ve FSS ile pozitif korelasyon göstermiştir (r: Sırasıyla 0.221, r=0.232, r=0.238, r=0.355, r=0.348 ve hepsi için p0.05). Yüksek kinezyofobisi olan hastaların ortalama DAS28, FES-I, HAQ ve FSS değerleri düşük kinezyofobisi olanlara göre daha yüksekti (sırasıyla p=0.001, p=0.005, p0.001, p0.001). Aktif hastalığı olan hastalarda TSK skorları, düşük hastalık aktivitesi olan hastalardaki TSK skorlarından anlamlı derecede yüksekti (p=0,010).

Sonuç olarak, kinezyofobisi olan RA hastalarının erken teşhisi ve tedavisi, kinezyofobinin etkilerini en aza indirmek ve hastanın eklem hareket açıklığını korumak için önemlidir. Ağrının ve hareket korkusunun erken tespiti ve önlenmesi, hareketsizlik gibi kinezyofobinin uzun vadeli etkilerini önlemede kritik öneme sahiptir. Hastalar kinezyofobi ve uzun vadeli etkileri hakkında bilgilendirilmelidir.

SS08

Romatoid artrit hastalarının ultrason ile hofa yağ yastıkcığının boyut ve hacminin değerlendirilmesi

Senay Demir Yazıcı¹, Gökhan Sargin²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç

Romatoid Artrit (RA), kronik, inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. Hoffa Yağ Yastıkcığı (HYY), diz ekleminde inflamasyonun etkilenebileceği bir yapı olup, RA'da yapısal değişiklikler gösterebilir. Ultrasonografi (US) ile yapılan ölçümler, RA hastalarında inflamasyonun HYY üzerindeki etkilerini belirlemeye ve klinik değerlendirmeye katkı sağlayabilir. Bu çalışmada biz de RA hastalarında HYY boyut ve hacmini US ile değerlendirmeyi ve sağlıklı bireylerle karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem

Şubat - 10 Mart 2025 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğinde RA tanılı hastalar ve diz sorunu olmayan, yaş-cinsiyet uyumlu kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastalık süresi, hastalık aktivitesi (DAS28) ve ağrısı değerlendirildi. US ile ölçülen HYY boyutları kontrol grubu ile karşılaştırıldı ve hastalık şiddeti, ağrı ve süre ile ilişkisi incelendi.

Bulgular

Çalışmaya, yaş ortalaması 54,30±12,71 yıl olan 46 RA'lı birey ve yaş ortalaması 54,19±14,56 yıl olan 42 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri ve HYY ölçüm verileri Tablo 1'de sunulmuştur. RA grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

RA'lı bireylerde HYY orta noktasından alınan dik, HYY çevresi ve hacim ölçümleri sağlıklı bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna karşın, Hoffa en ölçümleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Çalışmamızda hastalık süresi, DAS28 ve VAS skorları ile HYY parametreleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç

Bu çalışma, RA hastalarında HYY, US ile ölçülen parametrelerini sağlıklı bireylerle karşılaştırarak değerlendirmiştir. Bulgularımız RA hastalarında HYY'ında meydana gelen değişikliklerin hastalığın patofizyolojisindeki olası rolünü vurgulamakta ve US'nin bu değişiklikleri noninvaziv bir şekilde değerlendirmede etkili bir yöntem olabileceğini göstermektedir. Ancak, HYY'deki değişikliklerin hastalık seyri ve klinik bulgularla ilişkisini daha iyi anlamak için daha büyük hasta gruplarıyla yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hoffa yağ yastığı, Romatoid Artrit, ultrason

Hastaların demografik özellikleri ve HYY ölçüm verileri

Değişken (Ölçüm Birimi)	Kontrol Grubu (n=42)	RA Grubu (n=46)	p değeri
Yaş (yıl) (Ortalama ± SD)	54,19±14,56	54,30±12,71	0,969
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	30 (71,4)	39 (84,8)	0,128
Erkek	12 (28,6)	7 (15,2)	
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²) (Ortalama ± SD)	26,78±5,47	28,45±5,12	0,165
Hoffa Dik (Sağ, mm) (Ortalama ± SD)	20,18±4,93	18,04±2,91	0,017
Hoffa En (Sağ, mm) (Ortalama ± SD)	27,39±5,92	27,70±5,63	0,805
Hoffa Çevre (Sağ, mm) (Ortalama ± SD)	106,64±12,78	96,81±12,53	<0,001
Hoffa Hacim (Sağ, mm ³) (Ortanca, %25-%75)	5,1 (4,2-5,72)	4,45 (4-5,12)	0,031
Hoffa Dik (Sol, mm) (Ortalama ± SD)	20,39±3,91	16,45±3,60	<0,001
Hoffa En (Sol, mm) (Ortalama ± SD)	25,37±3,96	26,91±4,85	0,108
Hoffa Çevre (Sol, mm) (Ortalama ± SD)	106,83±14,68	92,93±17,06	<0,001
Hoffa Hacim (Sol, mm ³) (Ortalama ± SD)	4,89±1,10	4,20±1,01	0,003

Normal dağılım gösteren veriler Independent t-testi, normal dağılım göstermeyen veriler Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler ise Ki-kare (χ^2) testi ile değerlendirildi.

SS09

Aksiyel spondiloartrit hastalarında servikal faset eklem tutulumunun radyografik skorlar ve fonksiyonel kısıtlılık ile ilişkisi

Gülşay Alp

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Uşak

Amaç:

Aksiyel spondiloartrit (AxSpA) hastalarında servikal faset eklem (ZJ) tutulumunun ve ankilozunun Modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spinal Skoru (mSASSS) ve fonksiyonel kısıtlılık ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem:

Bu retrospektif kesitsel çalışmaya 131 AxSpA hastası dahil edilmiştir. Hastaların servikal radyografileri retrospektif olarak incelenmiş, faset eklem tutulumları De Vlam puanlama yöntemi ile değerlendirilmiştir. Bu yöntemde, C2-C7 seviyesindeki her faset eklemi 0-3 arasında derecelendirilmiştir (0: normal, 1: eklem aralığında azalma, 2: kısmi ankiloz, 3: tam ankiloz). Her iki tarafta toplam 10 eklem puanlanarak maksimum 15 puanlık bir skor elde edilmiştir. Yapısal hasar değerlendirilmesi için mSASSS, fonksiyonel kısıtlılık için BASFI ve BASMI, hastalık aktivitesi için ASDAS-CRP kullanılmıştır.

Bulgular:

Faset eklem tutulumu olan hastalarda BASMI skoru daha yüksek (4.18 ± 1.97 vs. 2.71 ± 1.09 , $p=0.002$), servikal rotasyon kapasitesi daha düşük ($51.63 \pm 19.95^\circ$ vs. $66.5 \pm 14.9^\circ$, $p<0.001$) ve cervical mSASSS skoru daha yüksekti (median 4 vs. 0, $p<0.001$). Ayrıca, faset eklem tutulumu olan hastalarda servikal sindesmofit sıklığı belirgin olarak artmıştı (%62.5 vs. %14.2, $p<0.001$).

Faset eklem ankilozu olan hastalar daha çok erkekti (%81.9 vs. %45, $p=0.019$) ve semptom süreleri daha uzundu (16 yıl vs. 7 yıl, $p=0.022$). BASMI skoru ankilozu olanlarda anlamlı derecede daha yüksekti (5.02 ± 2.51 vs. 2.81 ± 1.11 , $p=0.014$). Servikal rotasyon belirgin şekilde azalmıştı ($43.9 \pm 17.88^\circ$ vs. $65.43 \pm 15.76^\circ$, $p<0.001$). Cervical mSASSS skoru ankiloz grubunda daha yüksek bulundu (median 7 vs. 0, $p<0.001$). Servikal sindesmofit sıklığı ankiloz grubunda anlamlı derecede yüksekti (%81.9 vs. %17.6, $p<0.001$). Kalça tutulumu da faset eklem ankilozu olan hastalarda daha yaygındı (%54.5 vs. %20, $p=0.018$).

Sonuç:

Servikal faset eklem tutulumu ve ankilozu, daha yüksek yapısal hasar, hareket kısıtlılığı ve servikal sindesmofit sıklığı ile ilişkilidir. De Vlam yöntemiyle faset eklem değerlendirmesi, hastalık progresyonunun anlaşılmasında önemli bir araç olabilir. Servikal tutulumun erken tespiti, fonksiyonel bozuklukların önlenmesi ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.

POSTER BİLDİRİLER

PP01

Boyunda kitle ile prezente vasküler behçet? veya dev hücreli arterit ?vakası

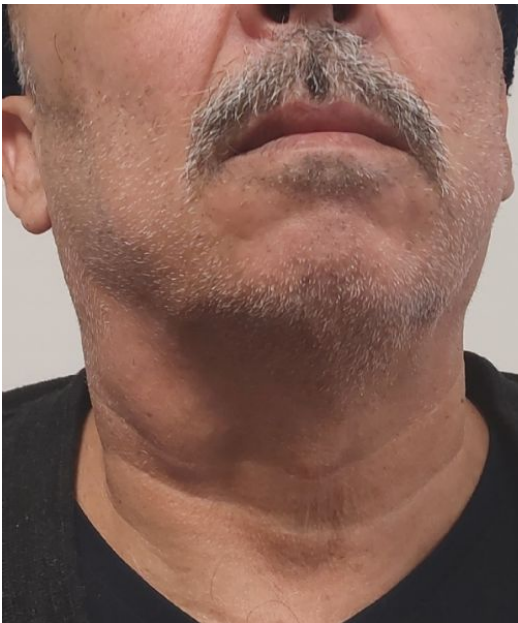
Banu Çiçek Yalçın Dulundu
Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Dev hücreli arterit, genellikle 50 yaş üstü bireylerde görülen, başta temporal arterler olmak üzere büyük atardamarları tutan granülomatöz bir vaskülitir. Behçet hastalığı mukozal lezyonlar ve üveit triadı barındıran tüm boy arter ve ven tutulumu yapabilen bir hastalıktır. Vakamda bu iki hastalığa da uyan özellikler mevcut olup net tanı konulamamıştır.

Olgu: 64 yaşında erkek hasta son 3 aydır boyun sağ tarafında oluşan şişlik ile geldi.1 yıl önce şubat ayında bacakta yer yer kızarıklık ve şişmelerinin de olduğunu söyledi.Konstitusyonel semptomu yoktu.Behçet sorgulaması negatif.Karotis lojunda üfürüm mevcut idi.Ultrasonda sağ ve sol CCA da sakküler ve füziform 3-4cmlik segmentte anevrizma bu seviyelerde ve bilateral İCA da lumeni doldurmayan trombüs izlendi.Başka bölgede vaskülit tutulumu araştırma amaçlı PETCT istendi.Bu esnada sağ ön kolda kızarıklık ve şişlik gelişti.Laboratuarında CRP 115-30 arasında,seroloji ana negatif,anriro pozitif,lupus antikoagülan pozitif izlendi.Hastaya antikoagülan ve 0,5mg/kg steroid başlandı. PETCTDE sağ temporal arter,carotis arter ve vende L1 vertebra hizasında abdominal aortada artmış FDG, kolon segmentlerinde fokal fdg tutulumları, nazofarenkste enflmatuar proces ile uyumlu tutulum izlendi.sağ ön kola yapılan usgde Sağ sefalik ven 1/2 distalde lümen içi trombüs (yüzeyel ven tromboflebiti) görüldü.hastanın steroid dozu 1mg/kg a yükseltildi.2 hafta sonraki kontrolde ön koldaki lezyon normale döndü afr normalize oldu.Hastanın dış merkezde anevrizma nedeni opere olduğu öğrenildi sonrasında kontrole gelmedi.

Sonuç: Bu olguda arter, ven tutulumu, anevrizma ve bacakta nodüler lezyonları dikkate alınarak vasküler behçet, temporal,carotis ve abdominal aortada tutulum olması nedeni dev hücreli arterit ön tanı olarak düşünüldü.Yaygın trombüsler nedeni eşlik eden antifosfolipid sendromu tanısı konuldu.Böyle vakalarda tanısız dilemma mevcut olup tedavi açısından dikkatli olmak hastayı yakın takip etmek çıkabilecek ek semptomları iyi gözlemlemek önem kazanmaktadır.Vasküler tutulumda PETCT sistemik tutulum ek durumlar açısından oldukça aydınlatıcı olup büyük damar vaskülitlerinde tanı ve takipte en önemli enstrumanlardan birini oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: behçet, dev hücreli arterit, antifosfolipid sendromu
boyunda bilateral anevrizma



PP02

Diz ekleminde efüzyonun nadir bir nedeni: Lipoma arborescens

Muhammet Limon¹, Nurdan Yıldırım², Şevket Kütük³

¹Muhammet Limon, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

²Nurdan Yıldırım, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

³Şevket Kütük, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Lipoma arborescens(LA), sinovyumun villöz proliferasyonu ve subsinovyal yağ dokusunun olgun yağ hücreleriyle yer değiştirmesiyle karakterize, benign, kronik, yavaş büyüyen, eklem içi bir lezyondur. Bu olgu tekrarlayan dizde şişlik nedeniyle tetkik edilmesi sonucu LA tanısı alması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 32 yaş erkek hasta üç yıldır tekrarlayan her iki dizde ağrısız şişlik yakınması ile başvurdu. Komorbidit olarak 6 yıldır kronik myeloid lösemisi olup dasatinip 100 mg/gün alıyordu. Hastaya daha önce birkaç kez artrosentez yapılmıştı. Fizik muayenede her iki diz şiş, patellar şok testi pozitif. Artrit düşünülerek her iki dizden toplam 250 cc artrosentez yapıldı. Eklem sıvısı analizinde WBC:200/mm³ bulundu ve eklem kültüründe üreme olmadı. Kan tetkiklerinde WBC:5900 K/ul, Hg:13g/dl, PLT:242000 K/ul, CRP:2 mg/l(N:0-8), sedimantasyon:10 mm/saat, ürik asit: 5mg/dl, RF, CCP, ANA, HLA-B27:negatif bulundu. Hastaya metilprednizolon 16 mg gün olarak başlandı. Hastanın diz grafisi (Şekil-1) çekildi. Olguda osteoartrit düşünülerek kolşisin 0.5 mg 2x1 ve metilprednizolon 16 mg gün başlandı. Steroid tedavisi altında 1 hafta sonra eklem yakınmaları devam ettiği ve steroid yanıtı olmadığı görüldü. Hastanın brucella testi negatif, eklem sıvısından ARB ve kültür üremesi olmadı. Hastanın bir hafta sonra poliklinik kontrolünde her iki diz yine şiş olarak gözlemlendi. Olgunun eklem yakınması devam etmesi ve steroid yanıtı olmaması nedeniyle steroid tedavisi kesildi. Hastanın tedavisinde klinik yanıt alınmadığı için diz MR (Şekil-2) görüntülemesi yapıldı. MR raporu LA ile uyumlu geldi. Hasta operasyon için ortopediye yönlendirildi.

Tartışma: Sunulan olguda kortikosteroid yanıtı olmaması ve inflamasyon belirteçlerin normal oluşu nedeniyle ileri inceleme yapıldı. Diz MR'da LA ile uyumlu olarak raporlanmıştır. LA etyopatogenezi tam olarak anlaşılammış olup genellikle diz ekleminin suprapatellar kesesinde görülür. Omuz, dirsek, bilek, kalça ve ayak bileği gibi diğer bölgeler de etkilenebilir. Genelde unilateral olmakla birlikte dizlerin bilateral tutulumu da tanımlanmıştır. LA tedavisi cerrahi olan benign bir eklem içi lezyon olup olgumuz operasyon açısından ortopedi bölümüne yönlendirildi. LA ağrısız eklem şişliği olan olgularda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

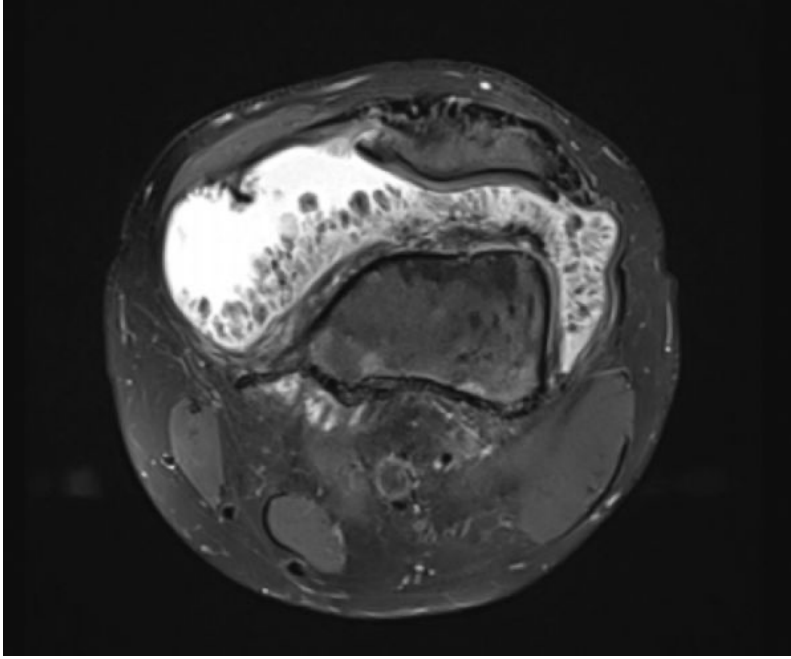
Anahtar Kelimeler: Lipoma arborescens, diz, ağrısız şişlik

Şekil-1



Şekil-1:Sağda daha belirgin olmak üzere eklem aralığında medialden daralma, dejeneratif değişiklikler ve spur oluşumu izlenmiştir.

Şekil-2



Şekil-2:Suprapatellar-infrapatellar bursada diz eklem aralığında yaygın effüzyon izlenmiştir. Bu alanlarda lobule konturlu T1A hiperintens, yağ baskılı sekanslarda baskılandığı izlenmiştir. Kemik yapılarda yaygın dejeneratif değişiklikler ve spur oluşumu izlenmiştir. Patella, femur kondili ve tibianın eklemine bakan kesimlerde direkt grafi ile beraber değerlendirildiğinde yaygın defektif görünüm mevcuttur.

PP03

Nadir Bir Vaka; Ustekinumab Tedavisi Altında Gelişen Diz Eklem Tüberkülozu

Sevgi Bilen Ayhan¹, Ahmet Omma¹, Yüksel Maraş¹, Şükran Erten¹, Kevser Orhan¹, Kübra Aydın²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Biyolojik ajanlar, standart tedavilere dirençli romatolojik hasta gruplarında son yıllarda giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. İnsan interleokin (IL)-12 ve IL-23'e karşı bir monoklonal antikor olan Ustekinumab, biyolojik tedavi seçenekleri arasında tüberküloz reaktivasyonu açısından güvenli seçenekler arasında gösterilse de, tüberküloz enfeksiyonu ve ustekinumab arası ilişki net değildir. Biz de ustekinumab tedavisi altında, diz septik artrit tanısı alan hastamız ile biyolojik tedavi alan hastalarda tüberküloz reaktivasyonu açısından takibin önemine vurgu yapmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında enteropatik artrit tanısı ile dört yıldır ustekinumab tedavisi almakta olan erkek hasta, sol dizde şişlik ve ateş ile polikliniğe başvurdu. 2012 yılında ilk biyolojik ajan tedavi başlangıcında tüberkülin deri testi pozitifliği nedeni ile 9 ay izoniazid profilaksisi öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde sol dizde şişlik ve sol diz lateralinde şişlik mevcuttu, hassasiyet-ısı artışı ve ek eklem bulgusu saptanmadı. Septik artrit ön tanısı ile hastanın sol dizine ultrasonografi ve eklem ponksiyonu yapıldı. Ancak eklem ponksiyonundan materyal alınamadı. Ortopedi ve girişimsel radyoloji tarafından sol diz lateral bölgedeki şişlikten ve eklem içinden az miktardan sıvı örneği alınabildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde Üre: 41mg/dL CR:1,26mg/dL AST:29U/L ALT:94U/L olarak gözlemlendi. Elektrolit düzeyleri ve tam kan sayımında patoloji saptanmadı. ESR:6mm/saat CRP:105mg/L prokalsitonin:3,78µg/L olarak saptandı. Tam idrar tetkikinde protein-eritrosit-lökosit saptanmadı. Hepatit, HIV, brucella serolojisi ve RPR tetkikleri negatif saptandı. Septik artrit ön tanısı ile hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı, ileri tetkik ve tedavi için yatırılarak takibe alındı. İmmünsüpresif tedavileri stoplandı. Alınan kan-idrar kültürlerinde üreme olmadı. İnterferon Gama Salınım Testi pozitif, 12 yıl önce INH profilaksisi alan ve görüntülemelerinde akciğer apexinde fibrotik alanlar olan hastaya olası tüberküloz reaksiyonu açısından balgam tüberküloz PCR, balgam kültürü ve Bronkoalveolar lavaj (BAL) örnekleme yapıldı. Hastanın sol diz eklem ponksiyon örneklerinde, balgam kültüründe, BAL sıvı kültüründe Mycobacterium tuberculosis complex üremesi gözlemlendi. Hastaya diz tüberküloz septik artrit-akciğer tüberküloz teşhisleri ile anti-tüberküloz tedavileri başlanarak izleme alındı.

Sonuç: Biyolojik ajanlar ile tedavi edilen romatolojik hastalık gruplarında, INH profilaksisi verilen hastalarda da tüberküloz reaktivasyon riski akılda bulundurulmalı, hastalar tüberküloz reaktivasyonu açısından yakın takip edilmelidir.

PP04

Kan Transfüzyonlarını Takip Eden Nadir Bir Psödogut Atağı Vakası

Seref Sülükçü

Antalya Şehir Hastanesi

Psödogut veya kalsiyum pirofosfat birikim hastalığı (CPPD), eklem kıkırdağında ve sinovyumda kristallerin birikmesiyle oluşan bir akut artrit türüdür. Bilinen tetikleyiciler arasında travma, cerrahi, enfeksiyon veya metabolik dengesizlikler bulunur. Ancak, kan transfüzyonlarıyla ilişkili psödogut vakaları nadirdir. Burada periyodik kan transfüzyonlarıyla zamansal olarak ilişkili tekrarlayan psödogut atakları olan bir vaka sunulmaktadır.

Vaka Sunumu

Kronik anemisi olan 78 yaşında kadın hasta, sol el ve sağ dizde akut ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı ile başvurdu. Tıbbi geçmişinde HT mevcuttu. Anemi nedeniyle tetkik edilen hasta 2 yıl önce de kan transfüzyonu sonrası artrit semptomları olmuş. O dönemde sadece kısa süre steroid tedavisi verilmiş ve tekrarlamamış. Son semptomların başlamasından dört gün önce 2 ünite eritrosit transfüzyonu öyküsü mevcuttu. 5 gündür şikayetleri devam etmekteydi.

FM: Sağ diz eritemli, şiş, sıcak ve hassastı. Sol el bileğinde hassasiyet, hareket kısıtlılığı mevcuttu. Sistemik hastalık, travma veya ateş belirtisi yoktu.

Lab.:Hg:10,1 g/dL, WBC: 10,4 x 10⁹/L, CRP: 29,3 mg/L, ESH: 38 mm/saat

Serum Ca, Mg, P ve ürik asit: N

Görüntüleme: Dizlerde ve sol el bileğinde kondrokalsinozis mevcut. (Resim-1 ve -2)

Sinovyal sıvı analizi: Bulanık, WBC: 18.000/mm³ (%70 Nöt.)

Hasta kısa süreli oral streoid ve kolşisin 2x1 tedavisi aldı. 48 saat içinde önemli bir iyileşme yaşadı ve semptomların iki hafta içinde tamamen ortadan kalktı. Kolşisin tedavisine devam edilmekte olup, CRP değerleri normal aralıkta takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Bu vaka, kan transfüzyonlarının CPPD duyarlı bireylerde atakları için hızlandırıcı faktör olabileceği düşündürmektedir. Bu ilişkiyi açıklayabilecek birkaç mekanizma vardır:

Elektrolit Dengesizliği: Kan transfüzyonları serum kalsiyum, fosfat veya magnezyum seviyelerinde dalgalanmalara yol açabilir ve eklemlerdeki kalsiyum pirofosfat kristallerini birikimine neden olabilir.

Demir Aşırı Yüklenmesi: Tekrarlanan kan transfüzyonları eklemleri kristal birikimine yatkın hale getirebilecek demir aşırı yüklenmesine neden olabilir.

İnflamatuar Yanıt: Transfüzyonlar inflamatuvar bir tepkiye neden olarak psödogut atağını tetikleyebilir.

Olgumuz; akut artrit tanısında kan transfüzyonu ile psödogut atakları arasındaki ilişkinin klinik farkındalığını vurgulamaktadır.

PP05

Pakimenejit olgusu:Baş ağrısı ile başvuran Granülomatöz Polianjitis tanılı hasta

Duygu Şahin, Mehmet Engin Tezcan

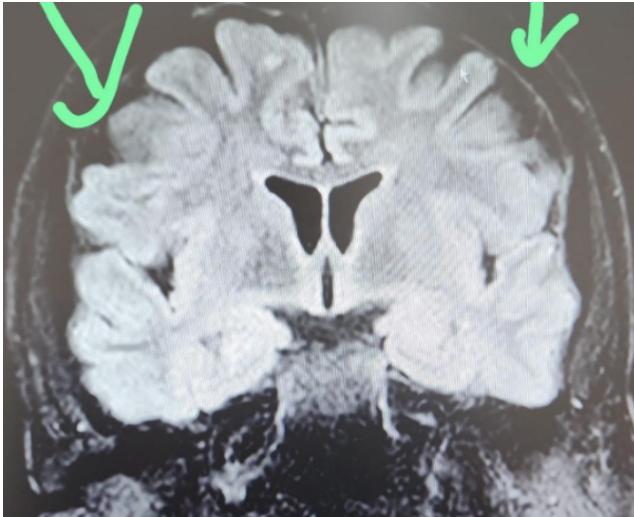
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ:Granülomatöz polianjitis (GPA),klasik formunda başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği etkileyen, nekrotizan granülomatöz inflamasyon ve vaskülit ile karakterize, nadir, sistemik bir hastalıktır. Sinir sistemi tutulumu vakaların yaklaşık %23-54'ünde görülür. En yaygın nörolojik belirtiler, mononörit multipleks veya daha az sıklıkla distal simetrik sensorimotor polinöropatilerdir. Santral sinir sistemi tutulumu GPA'lı hastaların %2-8'inde meydana gelir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) görülen tipik dural kalınlaşma ve kontrast artışı nedeniyle hipertrofik pakimenejit olarak da bilinen ve şiddetli ve inatçı baş ağrısı ile karakterize meningeal inflamasyon son derece nadirdir.

Olgu: 51 yaşında hasta, nedeni bilinmeyen ateş tetkik nedeni ile enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yatırılmış, tarafımıza konsülte edilen hastanın sorgulamasında sık ve şiddetli baş ağrısı, kronik sinüzit öyküsü dışında özellik saptanmamış, tetkiklerinde c-anca>200 U/MI ve toraks bt'sinde multiple nodüller gözlenmesi üzerine klinik, görüntüleme ve laboratuvar bulguları ile üst ve alt solunum yolu tutulumlu GPA olarak kabul edildi, baş ağrısı nedeni ile çekilen kraniyal MRI ve BT'de patolojik bulgu saptanmadı ve hastaya siklofosfamid ve metilprednizolon indüksiyon tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde baş ağrısı şikayetinin artması üzerine çekilen beyin mr'da dural kontrastlanma saptandı, hasta nörolojiye danışıldı, lomber ponksiyon yapıldı, hasta GPA'ya bağlı pakimenejit olarak değerlendirildi, relaps olarak değerlendirilen hastanın indüksiyon tedavisi düzenlendi. Nöroloji tarafından immünsupresif tedavi sonrası hastanın kliniği de takip edilerek 3-6 aralıklar ile kraniyal MRI ile değerlendirilmesi planlandı.

Sonuç: Pakimenejit, GPA'nın nadir görülen bir bulgusudur. Klinik bulgular, ANCA sonuçları, MRI anormalliklerinin GPA için tanısal olmaması durumunda dural biyopsi gerekebilir. Kontrollü çalışma olmamasına rağmen vaka düzeyinde yapılan çalışmalarda, GPA ile ilişkili pakimenejiti olan hastalarda geri dönüşümsüz nörolojik hasardan önce kortikosteroidler ve sitotoksik ilaçlar başlanıldığında tedaviye olumlu yanıt verdiği gözlenmiştir.

Pakimeningeal kontrastlanma gösteren MRI



PP06

Kardiyovasküler komplikasyonlarla giden bir tofuslü gut hastası

Osman Erhan Akcan, Sema Yılmaz
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Gut hastalığı, kanda ürik asit seviyesinin artışı ile karakterize olan, tofuslerle seyreden, eklemlerde hareket kısıtlılığı ve deformitelere neden olabilen romatizmal bir hastalıktır. Burada kontrol altında olmayan gut hastalığı ve koroner arter hastalığının eşlik ettiği bir olgu sunulmuştur. Olgu: 15 yıldır gut hastalığı ile takipli bypass operasyonu öyküsü olan 69 yaşında erkek hasta sağ ayak başparmağında akıntılı yara ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ el 2. parmakta distal interfalangial (DİF) eklemde büyüğü 4x3 cm 3 adet tofus, 5. parmak DIF eklemde 2x1 cm (Resim1 sağ dirsek olekranon üzerinde 12x8 cm ebatında tofus (Resim2), sol el elin 4. DIF eklemde 3x3 cm'lik tofus, sol dirsek olekranon üzerinde büyüklüğü 20x15 cm küçüğü 12x8 cm'lik 2 adet tofus mevcuttu. Bakılan tetkiklerinde lökosit 6000mm³, Hb:7.6 gr/dl MCV:80 fl trombosit:225.000 k/ul, CRP 17.7 mg/dl, ESR 29mm/saat, kreatinin 1.78 mg/dl, ürik asit 9.6mg/dl bulundu. Hasta sağ ayaktaki enfeksiyon tedavisi ve gut tedavisinin düzenlenmesi için yatırıldı. Takiplerinde künt göğüs ağrısı olan hasta kardiyojolojiye danışıldı. EKG'de anterior derivasyonlarda ST yükselmesi saptanan hastanın troponin 324 ng/l (0-14) gelmesi üzerine akut anterior miyokard infarktüsü ön tanısı ile koroner anjiyografisi yapıldı. Anjiyografisinde sol ön inen arterde daralma görülen hastaya stent takıldı. Takipte asistoli gelişmesi üzerine hastaya kalıcı pacemaker takıldı. Colchium dispert 1mg/gün ve allopürinol 150mg/gün tedavisi ve 14 gün süreyle sulbaktam-ampisilin 3 gram/gün intravenöz tedavisi alan hasta kardiyojinin önerdiği metoprolol 100mg/gün, klopidogrel 75 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi. Sonuç: Gut hastalığı ile kardiyovasküler hastalıklar(KVH) arasında yakın bir ilişki vardır. Gut hastalığı ve KVH arasında çift yönlü bir etki vardır; bir gut alevlenmesinin ardından, özellikle kısa vadede kardiyovasküler olay riski artar. Daha büyük monosodyumürat kristal yükü olan durumlarda subkutan tofuslü hastalarda, kardiyovasküler risk artmaktadır. Hastamızın da oldukça büyük tofuslerin olması, daha önceden bilinen bypass öyküsü olması nedeniyle gut alevlenmesi ile tetiklenen bir koroner olay geçirdiği düşünülmektedir. Bu tür hastaların kardiyovasküler risk açısından dikkatle takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: gut, kardiyovasküler hastalık



resim1

her2el

resim2



sağ dirsek

PP07

Ankilozan Spondilit tanısı ile izlenen hastada tiroid papiller kanseri gelişimi

Ahmet Murat Gençer

Bursa Şehir Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı

AS ise spondilartropati (SPA) ailesinin temel ögesidir, aksiyal iskelet ve bilateral sakroiliyak eklem tutulumuyla seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Ankilozan spondilit tedavisinde tnf-alfa blokörleri tedavisi sıklıkta kullanılmakta ve semptomların giderilmesinde ve hastalığın ilerlemesinin önlenmesinde oldukça başarılıdır. tiroid papiller kanseri en sık görülen tiroid kanseri tipi olup prognozu oldukça iyidir. Burada ankilozan spondilit tanısıyla golimumab kullanan tiroid papiler kanseri gelişen vakayı sunduk.

Olgu: 51 yaşında Erkek hastası bel ağrısı nedeniyle Romatoloji polikliniğine başvurdu. 20 yıldan beri bu tanıyla izlenmekte olup öncesinde SOAEİ, Sulfasalazin ve İnfliximab ve Adalimumab kullanımı öyküsü mevcuttu. Bize başvurduğunda Son 2-3 aydır giderek şiddetlenen, bir saat kadar süren sabah tutukluğunun eşlik ettiği inflamatuvar karakterde bel ağrısı mevcuttu. Hastanın ailesinde romatizmal hastalık öyküsü özgeçmişinde kronik hastalık ve ilaç kullanımı yoktu. Sistem sorgusunda özellik yoktu. FM sinde bel ROMları kısıtlıydı. tiroid sağ lobda 2cm lik nodül mevcuttu. Laboratuvar bulgularında lökosit 10.500/mm³, hemoglobin 14.4 g/dl sedimentasyon 3 mm/sa, CRP 1mg/l ANA negatif RF negatif ve HLAB 27 pozitif, ft3 ft4 tsh, anti-t anti-m tiroglobülin testleri normaldi. Hastanın Sakroiliyak eklem grafisinde bilateral sakroiliyak eklemler grade 4 olarak değerlendirildi. Toraks BT, Abdominal Bt normaldi. tiroid usg sinde tiroid sağ lobda 2.5x 3 cm nodül mevcuttu. endokrinolojiye danışılan hastada biyopsi planlandı. biyopsi kolloidal nodül ile uyumlu geldi. Hasta endol tedavisine yanıt alınmadığından Golimumab tedavisine başlandı. 6. ayda yapılan değerlendirmede tedaviye yanıt alınmıştı. Ancak çekilen kontrol USG de tiroid nodülü 3.5x 3 cm olması üzerine genel cerrahi bölümünce tiroidektomi yapıldı. patoloji sonucu tiroid papiller ca gelen hasta da golimumab tedavisi kesildi. atom tedavisi planlandı. Tartışma: papiller tiroid kanseri en sık görülen tiroid kanseri tipi olup prognozu oldukça iyidir. TNF alfa inhibitörlerinin kanser riski arttırdığına dair kesin bir kanıt yoktur. Ancak hastaların yakın takip edilmesi önerilir.

PP08

Tedavi dirençli livedoid vaskülopati ile tanı alan ADA2 eksikliği olgusu

Ender İğneci, Elif Dinçses Nas, Esen Kasapoğlu
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Romatoloji
Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: ADA2 eksikliği (DADA2), CECR1 genindeki otozomal resesif mutasyonlara ikincil otoinflamatuvar bir hastalıktır. Sistemik belirtiler, MSS tutulumu, immün yetmezlik ve livedoid deri döküntüsü ile karakterizedir. Fenotipik varyasyon nedeniyle sistemik bulguların şiddeti ve sıklığı değişkenlik gösterir. Biz de tedavi dirençli livedoid vaskülopati ile tanı alan bir olguyu sunmayı planladık.

Olgu: 18 yaşında erkek hasta, 3,5 yıl önce başlayan ayak bileklerinde ağrı, yara ve iz bırakarak iyileşen kızarıklık şikayetleriyle başvurdu. Bilateral ayak laterallerinde beyaz atrofi benzeri iyileşme alanları, nekrotik krutlar ve retiküler lezyonlar; medial malleol çevresinde ise yaklaşık 5 cm çapında hemorajik, mor-kahverengi plak lezyonlar izlendi. Cilt biyopsisinde livedoid vaskülopati saptandı. Hemogram ve biyokimya sonuçları normaldi. CRP 27, sedimantasyon 10, ANA, RF, MPO ANCA, PR3 ANCA, ENA profili, kriyoglobulin, antifosfolipid antikorlar ve trombofili paneli negatif; C3, C4 düzeyleri normaldi. Batın görüntülemesinde hepatosplenomegali saptandı. Her iki bacak iç yüzünde parestezi ve miksiyon sonrası senkop nedeniyle yapılan beyin MR görüntülemesinde posterior araknoid kist, beyin MR anjiyografide sağ vertebral arter V4 segmentinde hipoplazi izlendi. Elektromiyografi ve ekokardiyografi normaldi. Daha önce Behçet ve JIA ön tanılarıyla metilprednizolon 16 mg ve azatiyoprin 50 mg tedavileri almış, ancak fayda görmemişti. Livedoid vaskülopati için kolşisin, pentoksifilin ve rivaroksaban kullanılmaktaydı. Lezyonların seyri ve tedavi direnci nedeniyle ADA2 eksikliği araştırıldı. CES sonucu "ADA2 c.139G>A (p.Gly47Arg) missense (ClinVar ID:120304) (rs202134424)" varyantı patojenik homozigot formda tespit edilerek DADA2 tanısı konuldu. Adalimumab tedavisi başlandı, antikoagülan kesildi. Takiplerinde postinflamatuvar hiperpigmentasyon dışında bulgu ve şikayeti olmayan hastanın izlemi sürüyor.

Sonuç: ADA2 eksikliği nadir bir hastalıktır ve olgumuzda görülen p.Gly47Arg homozigot mutasyonu Türkiye'de en sık rastlanan mutasyondur. Fenotipik varyasyon nedeniyle özellikle çocuklukta başlayan tedavi dirençli livedoid vaskülopatide ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Livedoid vaskülopati tedavisinde antikoagülan kullanımı yaygınken, ADA2 eksikliğinde intraserebral kanama riski nedeniyle antikoagülandan kaçınılması gerekliliği dikkat çekicidir.



Resim 1

Bilateral medial malleol çevresinde yaklaşık 5 cm çapında hemorajik, mor-kahverengi plak lezyonlar

PP09

Myofasiyal Ağrı Ssendromunda Lokal Anestezik Enjeksiyonu İle ESWT (Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisi) Etkinliğinin Karşılaştırılması

Hakan Özdişli¹, Özlem Bölgen Çimen², Günşah Şahin²

¹Afyonkarahisar Devlet Hastanesi

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Bu çalışmada, miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) tanısı almış hastalarda lokal anestezik ile tetik nokta enjeksiyonunun (TNE) etkinliğini, yeni, alternatif bir tedavi yöntemi olan ESWT'nin etkinliği ile kıyaslamayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Travell ve Simons'un MAS tanı kriterlerine uygun 79 hasta (56 kadın, 23 erkek) alındı. Hastalar randomize olarak 39 ve 40 hastalık ikigruba ayrıldı. Birinci gruba TNE yapıldı. İkinci gruba ise ESWT uygulandı. Hastalarda ağrı şiddeti, VAS (vizüel analog skala) ve palpasyonla ağrı skoru ile; ağrı eşiği, algometre kullanılarak; yorgunluk ve fonksiyonel durum VAS ile; yaşam kalitesi, Nottingham Sağlık İndeksi (NHI) ile ve psikolojik durum, Beck Depresyon Ölçeği (BDI) ile değerlendirildi. Değerlendirmeler tedavi öncesinde, tedavi sonrası 1. haftada ve 1. ayda toplam 3 kez yapıldı. TNE grubuna %2'lik 1 ml Prilokain, bir adet 0.45x13 mm'lik, 26 gaugelik steril insülin iğnesi ile, iğne değişik yönlerde yelpaze şeklinde seri olarak hareket ettirilerek, enjekte edildi. ESWT grubunda tetik noktalara 10 Hz frekansta, 1,8-3,0 bar basınç aralığında 400-800 atım radyal şok dalgası, 5-8 gün ara ile toplam 3 seans olacak şekilde uygulandı. Tüm hastalara ev programı olarak germe ve postür egzersizleri verildi.

Bulgular: Her iki hasta grubunda da tedavi sonrası 1.hafta ve 1.ay değerlendirmelerinde VAS ağrı, VAS fonksiyonel yetmezlik, basınç ağrı eşiği ve BDI skorlarında benzer şekilde anlamlı iyileşme görülmüştür. ESWT grubunda, VAS ağrı skorundaki azalma, tedavi sonrası 1.ayda da aynı oranda devam etmiştir. VAS yorgunluk skoru tedavi sonrası 1.hafta ve 1.ayda TNE grubunda ESWT grubuna göre daha fazla iyileşme göstermiştir. NHI, tedavi sonrası 1.ayda ESWT grubunda TNE grubuna göre daha fazla iyileşme göstermiştir.

Sonuç: Her iki yöntemin de etkin olduğunu; ancak ESWT'nin noninvaziv oluşu, uygulama süresinin daha kısa olması ve daha az iş gücü kaybına neden olması düşüncesi ile MAS tedavisinde iyi bir seçenek olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: ESWT, miyofasiyal ağrı sendromu, tetik nokta enjeksiyonu

PP10

Fokal motor status ile prezente olan Romatoid Artrit ve AFAS olgusu

Semiha Köroğlu, Duygu Kerim, Kenan Aksu

Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Antifosfolipid sendromu (AFAS), kalıcı antifosfolipid antikorlarının varlığında arteriyel, venöz veya küçük damar tromboembolik olayları, gebelik morbiditesi ve/veya trombositopeni dışı belirtilerle karakterize bir otoimmün multisistem bozukluğudur. AFAS primer bir durum olarak veya altta yatan sistemik bir otoimmün hastalık zemininde ortaya çıkar.

Olgu: 4 yıldır seronegatif RA nedeniyle metil prednizolon 4 mg/gün, leflünamid 20 mg/gün, sülfasalazin 2*500 mg gün kullanan hasta, konuşma bozukluğu, hareketlerinde yavaşlama, sağ üst ekstremitede myoklonik atımlar olması üzerine bilinci açık, oryantasyonu kısıtlı olarak acil servise başvuran hastanın çekilen kranyal MR'DA akut iskemi yönünde difüzyonel kısıtlanma ve kitlesel lezyon saptanmamış, serebral atrofi ve beyaz cevherde kronik iskemik değişiklikler izlenmiştir. EEG: sol frontosantral de belirgin her iki frontosantral de yavaşlama ve sol hemisferde ortaya çıkan paroksizmal yavaşlama gözlenmiş. BOS incelemesinde enfeksiyöz bulgu saptanmamış. Tetkiklerinde Alt:12 U/L, KREA:1.46 mg/dl, CRP:17.89 mg/L, WBC:4.1 10³/μL, Hb: 11.5 g/dL, PLT: 85 10³/μL, TİT olağan, CK:147 U/L, TSH:1.16 mU/L, C3:61 mg/dL, C4:8 mg/dL, ANA:1/320 DFS, ANA profil:normal, anti ro/la/p/ds DNA antikorları, RF ve anti CCP: negatif; Anti-Kardiyolopin Ab (ACA) IgG:56 PL-IgG-u/ML, Anti-Kardiyolopin Ab (ACA) IgM:47 PL-IgG-u/ML, Anti-B2 Glycoprotein IgG:48 RU/mL, Anti-B2 Glycoprotein IgM>200 RU/mL, Anti-B2 Glycoprotein IgA>200 RU/ML olarak yüksek saptanmıştır. Mevcut klinik tabloya yol açabilecek enfeksiyöz ve hematolojik sebepler dışlandıktan sonra prednol 60 mg/ gün (doz azaltma şeması ile), azatiopürin 50 mg 2*1 başlandı. Aynı zamanda yeni tanı hızlı ventrikül yanıtı AF saptanan hastaya enoksaparin, metoprolol, digoxin tedavileri başlandı. Takip eden süreçte hiç nöbet geçirmeyen, bilinci açılan ve tam kooperasyonu sağlanan hasta taburculuk sonrası metilprednizolon 4 mg gün ve azatiopürin 3*50 mg ile romatoloji poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Tartışma: Fokal motor nöbet ile başvuran ve immunsupresif tedavi ile başarılı olarak tedavi edilen RA hastasında gelişen AFAS olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, antifosfolipid antikor sendromu, fokal nöbet

PP11

Felty Sendromu - olgu sunumu

Serap Baysal Onkun¹, Sibel Bakırcı²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Antalya

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya

GİRİŞ

Felty Sendromu, Romatoid faktör(RF) ve anti-CCP pozitif romatoid artrit (RA) nadir bir komplikasyonu olup nötropeni(<1500/mm³) ve hepatosplenomegali ile karakterizedir. Tanı için triadın tamamlanması gerekli değildir, hatta destrüktif artropati bulguları henüz gelişmeden Felty Sendromu tanısı konulabilmektedir. RA'lı hastalarda Felty sendromu yaygınlığının yaklaşık %1-3 olduğu bildirilmiştir. Felty sendromu hastalarının %83'ünde görülen anti-histon antikor pozitifliği tanısal kabul edilir.

Felty Sendromu, nadir görülmesi ve değişken klinik sunumu nedeniyle tanı zorlukları yaratır. Hekimlerde farkındalığı artırmak, erken tanı ve tedavi sağlamak amacıyla bu vaka sunuldu. Hastanın kendisinden bilgilendirilmiş onam alındı.

VAKA

72 yaşında kadın hasta 15 yıl önce artrit/arthralji semptomları ile başvurusu sırasında RF, anti-CCP pozitifliği, anemi saptanması üzerine seropozitif RA tanısı almış. Hidroksiklorokin 200 mg tedavisi başlanmış. 5 yıllık takibi sonrasında splenomegali eklenmesi üzerine hematoloji kliniğiyle birlikte ayırıcı tanılarda yer alan kronik myeloproliferatif hastalıklar, multiple myelom, myelodisplastik sendrom için tetkik edilmiş. Kemik iliği biyopsisi sonucu MDS tanısı konulmuş. Hepatosplenomegaliye porto-kaval şant eşlik etmesi nedeniyle gastroenteroloji kliniğinde non-sirotik portal hipertansiyon tanısı konulmuş. Romatolojik takibinde hastanın artrit aktivasyonu olması nedeniyle tedavisine metotrexat(MTX) eklenmiş. Takip laboratuvar değerleri Hb:9.5 g/dL, Trombosit 51.000/mm³, Wbc:2700 (Neu:1770/mm³,Lym:590/mm³,Mon:250/mm³) görülmüş. Pansitopeni MTX kullanımına bağlı düşünülerek kesilmiş, ancak parametreler düzelmemiş. Felty Sendromu olabileceği düşünülen hastaya klinikler arası fikir birliği sağlanarak tedavide Rituximab 1000 mg uygulandı. Takip laboratuvar değerleri Hb:11.4 g/dL, Trombosit 100.000/mm³, Wbc:3500 (Neu:2410/mm³,Lym:720/mm³,Mon:290/mm³) saptandı. Klinik ve laboratuvar düzelme eğiliminde olan hastanın takibine devam edilmekte.

TARTIŞMA - SONUÇ

Felty sendromunda tedavi yönetimi altta yatan RA'nın kontrol altına alınmasına ve nötropeninin tedavi edilmesine odaklanır. MTX ve oral folik asit 1.basamak tedavi olarak kabul edilir. DMARD tedavisine yeterli yanıt alınamayan durumlarda, CD20 antijenine karşı etkili Rituksimab'ın, önemli yan etkilere neden olmadan nötropenide sürekli iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Felty sendromuyla bazı patolojik mekanizmaları paylaşan Granüler Lenfositer Lösemi hastalarında ümit verici sonuçlar elde edilen JAK inhibitörlerinin ilerleyen zamanlarda tedavide kullanılabileceği düşünülmektedir.

PP12

Dermatomyozit ve akciğer kanseri birlikteliği

Muhammet Limon¹, Nurdan Yıldırım², Merve Ademoğlu³, Osman Burak Kızılay⁴

¹Muhammet Limon, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

²Nurdan Yıldırım, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin

³Merve Ademoğlu, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

⁴Osman Burak Kızılay, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Mersin

Giriş: İdiyopatik inflamatuvar miyopati (İİM), progresif seyirli proksimal kas güçsüzlüğü ve kendine özgün deri bulguları ile seyreden otoimmün bir miyopatidir. Polimiyozit (PM) ve dermatomyozit (DM), İİM'in en sık görülen iki alt tipidir. DM'nin, etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, çevresel faktörler, ilaç kullanımı, enfeksiyonlar, ultraviyole ışınlarla maruziyet, sigara kullanımı ve maligniteler suçlanmıştır.

Olgu:

Bilinen hepatit B, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı öyküleri olan yetmiş sekiz yaşında erkek hasta 3 aydır olan proksimal kas güçsüzlüğü, yüzde kızarıklık, kaşıntı, ellerde kızarıklık yakınması ile başvurdu. Olgunun fizik muayenesinde heliotrop raş, elde periungal eritem (Resim 1,2) gözlemlendi. Nörolojik muayenesinde alt ve üst ekstremitelerde kas gücü 1/5 oranında ve simetrik proksimal kas güçsüzlüğü saptandı. İğne EMG'de proksimal kasları etkileyen miyojenik tutulum izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:11500 K/ul, Hg:11,6 g/dl, PLT:175000 K/ul, AST: 284 u/l(N:0-38), ALT: 78 u/l(N:0-55), CK:4584 u/L (N:0-170), CRP:60mg/l(N:0-8), sedimantasyon:36, ANA: negatif, ENA paneli negatif saptandı. Dermatomyozit ön tanısı ile olgumuza 1 mg/kg prednizolon tedavisi başlandı. Hastanın komorbid olarak Hepatit B olması nedeniyle profilaksi tedavisi başlandı. Paraneoplastik nedenler araştırılması için toraks ve batin görüntülemeleri yapıldı. Hastanın yutarken zorlanma, yediği gıdaların burundan gelmesi nedeniyle dermatomyozite bağlı tutulum düşünüldü. Toplam 2 gr/kg olarak 5 gün İVİG tedavisi verildi. Üst ve alt gastrointestinal endoskopide malignite gözlemlenmedi. Toraks bilgisayarlı tomografide kitle saptandı. Bronkoskopi ile doku tanısı alındı ve biyopsi sonucu akciğer squamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastaya kemoradyoterapi planlandı. Hastanın izleminde steroid ve İVİG tedavisi sonrası CK düzeyi 74'e(Normal<170) geriledi. Kas gücü 4/5 olarak seyretti.

Tartışma:

İdiyopatik miyozitler ile kanser ilişkisi iyi bilinmekle birlikte, özellikle dermatomyozitli hastalar eşlik eden malignite açısından en yüksek riske sahiptir. Kanser, inflamatuvar miyopati tanısından önce, aynı anda veya daha sonra teşhis edilebilir. DM ve PM'de bir kanser tanısının en yüksek görülme sıklığı kas hastalığının tanısından sonraki ilk yıl boyunca ve bu sırada eşzamanlı olarak meydana gelir ve izleyen beş yıllık takip boyunca yavaş yavaş düşer.

Resim-1



*heliotrop raş, boyunda eritem
Hastadan onam alınmıştır*

Resim-2



elde periungal eritem

PP13

Sistemik Lupus Eritematozus ile takip edilen Guillain-Barre Sendromu olgusu

Çetin Ergül, Serdar Sezer, Mücteba Enes Yayla, Emine Uslu, Aşkın Ateş, Tahsin Murat Turgay
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: SLE, multisistemik tutulum ile karakterize otoimmün bir hastalık olup merkezi ve periferik sinir sistemi dahil birçok organı etkileyebilir (1). Guillain-Barre Sendromu (GBS) ise immün aracılı akut inflamatuvar polinöropati olup genellikle enfeksiyon sonrası gelişir (2). SLE ve GBS birlikteliği nadir görülmekle birlikte, ciddi nörolojik komplikasyonlara yol açabilen bir klinik tablodur (3).
Olgu: 42 yaşında kadın hasta, 2018 yılında Romatoid Artrit tanısı konulan hastanın Kasım 2024 tarihinde yapılan rutin tetkiklerinde pansitopeni saptanması üzerine ileri tetkikler yapıldı. ANA ve Anti-dsDNA pozitifliği tespit edilmesi üzerine SLE tanısı konularak plaquenil tedavisi başlandı. Aralık 2024'te alt ekstremitelerde güçsüzlük, yutma güçlüğü ve nefes darlığı şikayetleri nedeniyle kliniğimize yatırılarak takip ve tedavisine başlandı. Kas gücü 4/5, alt ekstremitelerde ise 2/5 olarak değerlendirildi. Yatışının beşinci gününde solunum sıkıntısı nedeni ile yoğun bakıma devredildi. Yoğun bakımda IVIG ve pulse doz steroid tedavisi başlandı. Seyrinde otoimmün hemolitik anemi gelişmesi ve nörolojik durumda kötüleşme olması üzerine altı seans plazmaferez tedavisi uygulandı. Alınan Kan örneğinde Candida auris PCR pozitifliği tespit edildi. Hasta Romatoloji kliniğine devralındı. CMV DNA düzeyi 3162 kopya/ml olarak tespit edildi ve intravenöz gansiklovir başlandı. Takiplerde CMV DNA düzeyi 120 kopya/ml'ye kadar geriledi. Olgumuz oral valgansiklovir ve Prednol 48 mg tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: SLE ve GBS birlikteliği literatürde nadir olarak bildirilmiş, ancak ciddi nörolojik komplikasyonlara yol açabilen bir klinik durumdur (4-5). SLE hastalarında otoimmün süreçlerin periferik sinir sistemini etkileyerek GBS gelişimine neden olabileceği öne sürülmektedir (6). Ancak GBS patogenezinde, enfeksiyonlar veya immünomodülatör tedavilere bağlı tetikleyici mekanizmalar da rol oynayabilir (7). Tedaviye rağmen klinik seyrin komplike olması, yoğun bakım ihtiyacı ve sekonder enfeksiyonlar, SLE hastalarında GBS yönetiminin multidisipliner yaklaşım gerektirdiğini göstermektedir. Erken tanı, agresif immünomodülatör tedavi ve destekleyici yoğun bakım yönetimi, mortalite ve morbiditenin azaltılmasında kritik öneme sahiptir (8-9). SLE hastalarında akut gelişen periferik nöropati varlığında GBS ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi ve hızlı müdahale edilmelidir.

Tablo 1

Parametreler	Sonuçlar	Normal
Lökosit (u/L)	4.74	3.39 - 8.86
Hemoglobin (gr/dl)	6.9	11.1 - 16.6
Bazofil (10 ⁹ /L)	0.01	0.04-0.06
Plaklet (u/L)	31	150 - 400
CRP (mg/L)	26	0-5
ESR (mm/Hour)	38	0-30
RF (IU/ml)	10	0-15
24 saatlik ıkrarda protein	414	0-140
ANA(İF)	++Pozitif	Negatif
ANA benzeri paternel	Homojen	
Anti dsDNA(İF)	Pozitif	Negatif
ANCA(İF)	Negatif	Negatif
Hepatit B ve C testi	Negatif	Negatif
Anti dsDNA(EIA) (IU/ml)	3823	(0-19.99)
Breastfit testi	Negatif	Negatif
HIV testi	Negatif	Negatif
Candida Auris PCR	Pozitif	Negatif
Alkalen fosfataz (U/L)	163	35-105
ACA-IgM (U/ml)	1.38	0-12
ACA-IgG (U/ml)	2.07	0-12
C3 (mg/dl)	0.1	0.9-1.8
C4 (mg/dl)	0.006	0.10-0.40
Kreatinin (mg/dL)	0.68	0.8-1.2
BUN (mg/dL)	6	5-20
AST (U/L)	58	<31
ALT (U/L)	39	<31
aPTT (sec)	47	10.5-13.2
INR	0.98	0.85-1.2

***Kısaltmalar:** ANA;Anti-nükleer antikorlar, anti-dsDNA; Anti-çift sarmallı DNA antikorları, ANCA; Anti-nükleer sitoplazmik antikorlar, ACA;Anti-kardiyolipin antikorları, AST;Aspartat Aminotransferaz, ALT; Alanin Aminotransferaz, aPTT; Aktive parsiyel tromboplastin zamanı, ASO; antistreptolizin-O, BUN; kan şeker uzeri, C3-C4 komplemanı, CRP; C-reaktif protein, ESR;Eritrosit sedimentasyon hızı, INR; Uluslararası Normalizasyon Oranı, RF;Rorantoid Faktör, HIV;İnvan İmmün Yetmezlik Virüsü

PP14

Pulmoner Arter Tutulumlu Takayasu Arteriti Olgu Sunumu

Ezgi Yıldız Güvercin, Semiha Koroğlu, Duygu Kerim, Kenan Aksu
Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi İç Hastalıkları AnaBilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

41 yaş erkek hasta, Mayıs 2022'de hareketle ortaya çıkan nefes darlığı, öksürük, sol kolda hareketle artan ağrı ve uyuşma yakınmasıyla acil servise başvuru sonrası çekilen toraks anjio bt sonucunda bronşia arter hipertrofisi ve sol subklavyen arterde kronik oklüzyon saptanması üzerine Takayasu arteriti ön tanısıyla romatoloji kliniğimize yönlendirilmiştir. Hastanın ana, anca negatif sonuçlanmış ve akut faz yüksekliği eşlik ettiği saptanmıştır. Hastaya Takayasu arteriti tedavisine yönelik metilprednizolon 48 mg/gün başlanıp kademeli doz azaltımıyla 4 mg/gün metilprednizolon dozuna inilmiştir. Metotreksat 15 mg 1x1/ hafta tedavisi eklenmiştir. İzlemede hastanın Kasım 2023 ve Mayıs 2024 tarihinde nefes darlığında artış olması üzerine çekilen toraks anjio bt'sinde pulmoner emboli saptanmıştır. BT'de raporlanan pulmoner embolinin aslında Takayasu arteriti pulmoner tutulumu olan pulmoner arteriti olduğu saptanmıştır ve hastaya siklofosamid tedavisi ayda 1 gr olacak şekilde 6 kez uygulanmıştır. İzlemede dispne ve kladikasyo yakınmaları gerilemiş olup siklofosamid tedavisi sonrası azatiopürin 50 mg 2x1/gün tedavisi ile izlemi devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: takayasu arteriti, pulmoner emboli, dispne

Sekil-1



Sol subklaviyen arter kronik oklüzyonu

Sekil-2



Pulmoner arter tutulumu-pulmoner arterit

PP15

Izotretinoin ilişkili sakroileit olgu sunumu

Öznur Sadioğlu Çağdas

Kocaeli Şehir Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

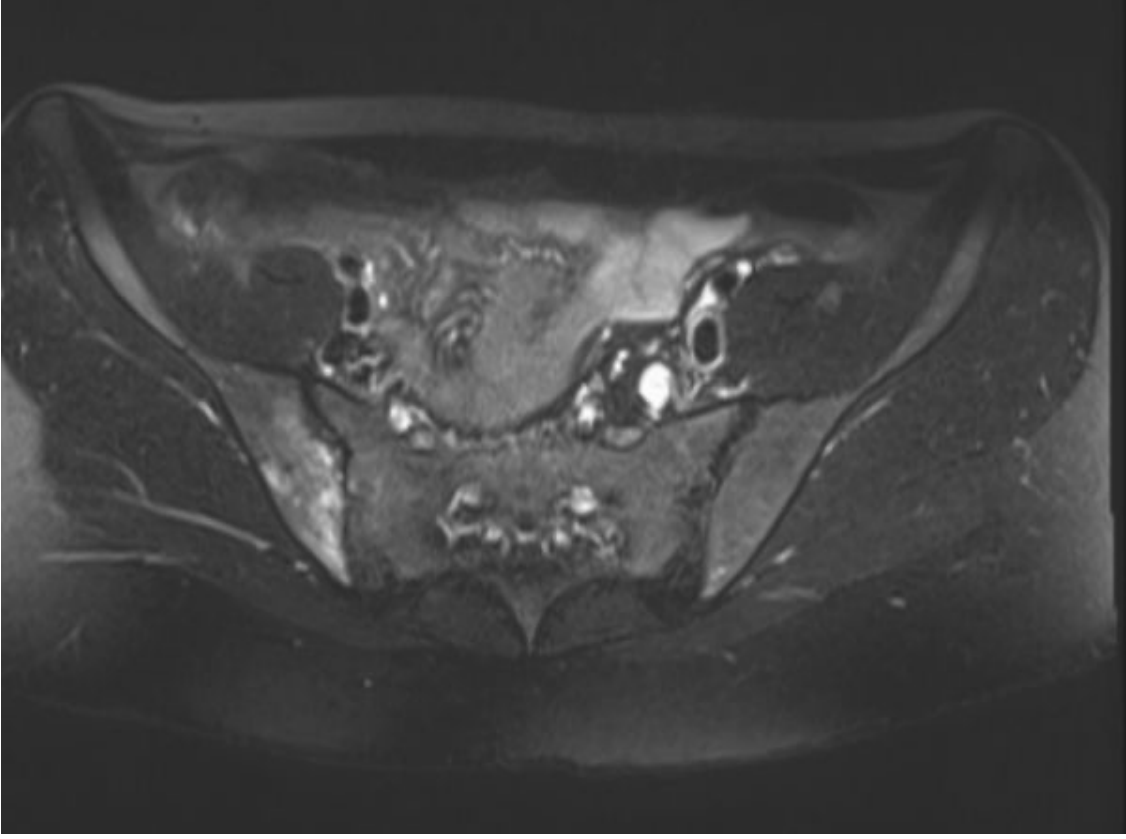
A vitamini türevi olan izotretinoin, Şiddetli nodüler akne ve tedaviye dirençli orta dereceli akne için önerilir. İzotretinoin kullanımıyla ilişkili birçok olumsuz etki bildirilmiştir. Bu yan etkiler genellikle geçicidir ve ilacın kesilmesinden sonra sekel bırakmadan azalır. Kas-iskelet sistemindeki yan etkiler hiperosteozis, ekstraspingal kalsifikasyonlar, yaygın idiyopatik iskelet hiperosteozisi, bilateral ve unilateral sakroileit, entesopati, kostokondrit, artralji, artrit, miyalji, miyopati, vaskülit ve diğer komplikasyonlar dahil olmak üzere seronegatif spondiloartropati (SpA) benzeri anormalliklerdir. Vaka raporlarında artralji ve miyalji daha yaygın olsa da, sakroileit nadir bir yan etki olarak tanımlanmıştır. Burada, 8 haftalık izotretinoin tedavisinden sonra sakroileit teşhisi konulan 29 yaşında bir kadın hastayı sunduk.

29 yaş kadın hasta 2 hafta önce başlayan sağ gluteal bölge ve kalçada ağrı Şikayetiyle Romatoloji polikliniğine başvurdu. Bilinen kronik hastalığı ve ailede romatizmal hastalık öyküsü olmayan hastanın travma veya gastrointestinal ve genitoüriner enfeksiyon geçirmediği öğrenildi. Sistem sorgusunda üveit, psoriasis, inflamatuvar barsak hastalığı yoktu.Yapılan fizik muayenede hastanın sağda FABERE/FADIR testleri pozitif, kompresyonla bilateral sakroiliyak eklem hassasiyeti vardı. Özgeçmişinde 2 ay önce akne tedavisi için izotretinoin 30 mg/gün başlandığı öğrenildi. Çekilen sakroiliyak MRG'da sağ sakroiliyak eklem iliak yüzünde ve sakral inferior yüzde kemik iliği ödemi, sol sakroiliyak eklem inferior her iki eklem yüzünde kemik iliği ödemi görüldü. Bakılan HLA B27 pozitif saptandı. Tetkiklerinde akut faz yüksekliği olan hastaya indometazin tablet başlandı ve izotretinoin tedavisi durduruldu. 2 hafta sonra kontrole gelen hastanın Şikayetlerinin tamamen düzeldiği, akut faz yanıtı alındığı saptandı.

Sitokin dengesi, matriks metalloproteinaz (MMP) aktivitesi ve genetik faktörler (HLA-B27) dahil olmak üzere immünolojik faktörlerin izotretinoin tedavisi sırasında eklem lezyonlarının gelişimindeki rolü tartışılmaktadır. Sakroileitin en sık tedavinin ilk aylarında ortaya çıktığı, genellikle ilacın kesilmesinden sonra düzeldiği, ancak bazı durumlarda kronikleŐebildiđi bilinmektedir. İzotretinoin uygulamasından sonra ortaya çıkan gluteal bölge ve kalça ağrısında sakroileit bir tanı olarak düşünölmeli ve tanı alan hastalarda izotretinoin tedavisi sonlandırılarak NSAII tedavi veya gereğinde DMARD tedavileri uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: izotretinoin, sakroileit

Resim:Hastanın tanıda sakroiliyak MRG görüntüsü



Hastanın tanıda ve NSAİİ tedavinin 14. Günündeki akut faz değerleri

	CRP (0-5 mg/L)	SEDİMENTASYON (0-20 mm/saat)
Tanı	23,7	34
Kontrol	2,5	20

PP16

Tanısı zor bir hastalık; Kimura hastalığı

Esra Genç

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

Giriş: Kimura hastalığı, hayatın iki ve üçüncü on yılında rastlanan, genellikle baş ve boyun bölgesinde deri altı lenfoid kitlelerin gelişimi; bölgesel lenfadenopati, periferik eozinofili ve serum IgE düzeylerinin yükselmesi ile karakterize, etiyolojisi bilinmeyen nadir, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Kimura hastalığının kesin yaygınlığı ve insidansı bilinmemektedir. Travma, enfeksiyon, IgE aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonu veya otoimmün bir süreç olası nedenler olarak varsayılmıştır.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3-4 yıldır sol temporal bölgede olan şişlik şikayeti ile plastik cerrahi bölümüne başvurmuş. Temporal bölgeye yapılan yüzeysel usg sonucunda; tariflenen lokalizasyonda arteriel dilatasyon mevcut olup, duvarda kalınlaşma çevre yumuşak doku yapılarında hafif eko artışı izlendi (vaskülit?). Hasta tarafımıza temporal arterit ön tanısı ile danışıldı. Yapılan romatolojik sorgulamada, temporal arterit ve diğer romatolojik patolojilere yönelik bulgu saptanmadı. Tetkiklerinde romatolojik seroloji normal, crp düzeyi 1,13 mg/l sedimentasyon:2 mm /saat olarak geldi. Karotis ve vertebral arter dopler normal olarak raporlandı. Tam kan sayımında eozinofil düzeyi 590 μ L ile sınırdan yüksek olduğu görüldü. Hastanın yaşı ve klinik özellikleri göz önüne alındığında ön planda temporal arterit düşünülmemekle beraber ayırıcı tanıda juvenil temporal arterit, kimura hastalığı ve anjiolenfoid hiperplazi olabileceği düşünüldü. Kesin tanıya gidilebilmesi için biopsi yapılması önerildi. Temporal bölgeden yapılan eksizyonel bx sonucunda:İltihabi infiltrasyonun periarteriyel alanda baskın olması ve germinal merkezi belirgin foliküller ile eozinofilik mikroabseler içermesi sebebi ile olguda ilk planda kimura hastalığı düşünülmüştür şeklinde raporlandı. Hastanın eksizyonel biopsi sonrası temporal bölgede olan şişlik şikayetinde gerileme oldu.

Sonuç: Kimura hastalığı için tedavi yaklaşımı konusunda bir fikir birliği yoktur. Cerrahi eksizyon, lokalize Kimura hastalığı için tercih edilen ilk tedavidir. Kimura hastalığının genel prognozu iyidir. Tek bir vaka raporunda kendiliğinden iyileşme bildirilmiştir. Kötü huylu dönüşüm vakası bildirilmemiştir.

PP17

Romatoid Artrit ve Felty Sendromu ile İzlenen İmmüsupresif Hastada Önkolda Enfeksiyöz Piyomyozit Vakası

Merve ERKEK¹, Ali Balcı², Gökçe Kenar Artın¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Piyomyozit iskelet kaslarını etkileyen, genellikle abse formasyonuna ilerleyen bir hastalıktır. Sıklıkla tropikal bölgelerde görülse de dünyada sıklığı giderek artmaktadır. İmmüsuprese kişilerde sıklığın daha yüksek olduğu bilinmektedir. En sık etken Staphylococcus aureus'tur. Tanıda MR yüksek sensitiviteye sahipken kas biyopsisi ve kültürü altın standart tanı yöntemidir.

Olgu: Seropozitif romatoid artrit (RA), Felty sendromu, karaciğer sirozu, tip 2 diyabet tanıları olan 65 yaşında kadın hasta ateş yüksekliği, sağ kolda dirsekten el bileğine uzanan şişlik ve ağrı nedeniyle romatoloji servisine yatırıldı.

4 ay önce siklosporin 50mg başlandığı ve düşük doz kortikosteroid kullandığı öğrenildi.

Muayenesinde sağ ön kol bölgesi ödemli ve eritemli saptandı. Doppler USG'de tromboz izlenmeyen hastanın USG sonucu ön kol posterolateralde yağ dokuda yumuşak doku ödemi olarak raporlandı.

Kan tetkiklerinde CRP:354 mg/L prokalsitonin:0,9 ng/mL nötrofil lökosit sayısı:4600/uL saptandı.

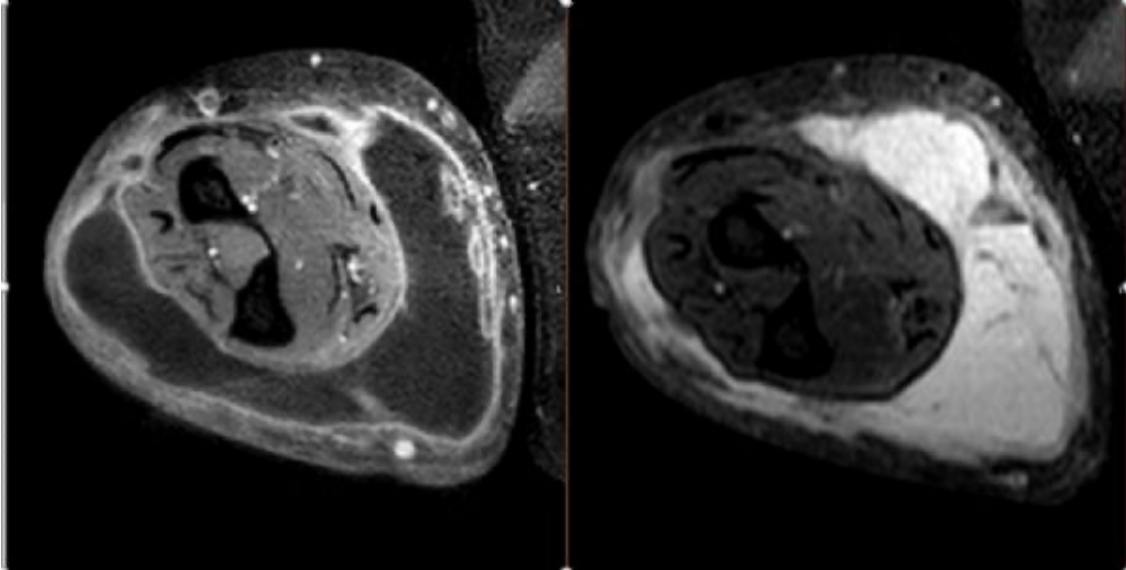
HIV serolojisi negatifti. Ateş yüksekliği nedeniyle selülit ön tanısıyla piperasilin tazobaktam ve vankomisin tedavisi başlandı. Alınan kan kültürlerinde üreme olmazken idrar ve balgam kültüründe Klebsiella pneumoniae üremesi oldu. Antibiyoterapi ile CRP yanıtı alındı ancak fluktuasyon verecek şekilde kolda ödemi devam eden hastaya abse şüphesi ile tekrar USG yapıldı, abse formasyonu gözlenmedi.

Abse şüphesi devam eden hastaya çekilen ön kol MRG; 'Humerus orta kesimden başlayarak el bileği düzeyine dek ağırlıklı olarak medial ve ekstansör yüzeylerde cilt altı yağlı dokular ve kas planları arasında kraniokaudal ekseninde 32cm uzunluğunda, en geniş yerinde dirsek düzeyinde 6x5 cm boyutlu ölçülen, periferik kontrastlanması olan ince septalı sıvı koleksiyonu izlenmiştir.' şeklinde raporlandı.

Girişimsel radyoloji tarafından abse drenajı yapıldı. Gönderilen sıvıda pol PNL görüldü, patolojik organizma izlenmedi. Antibiyoterapisi tamamlanan hastaya yapılan kontrol USG'de abse görülmedi.

Sonuç: Hastamız Felty sendromu, nötropeni geçmişi, diyabet, siklosporin ve kortikosteoid kullanımı nedeniyle immüsupreseydi. Abse örneğinde üreme olmaması öncesinde verilen yoğun antibiyotik ilişkili değerlendirildi. İmmüsuprese hastalarda artan sıklığı nedeniyle yumuşak doku şişliği olan hastalarda piyomyozit de ayırıcı tanıda yer almalıdır ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Ön kol MRG görüntüsü



PP18

Sakroiliak bölge ağrısının nadir bir nedeni iliak kemik kisti saptanan olgu

Hüseyin Baygın

Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Romatoloji, Manisa

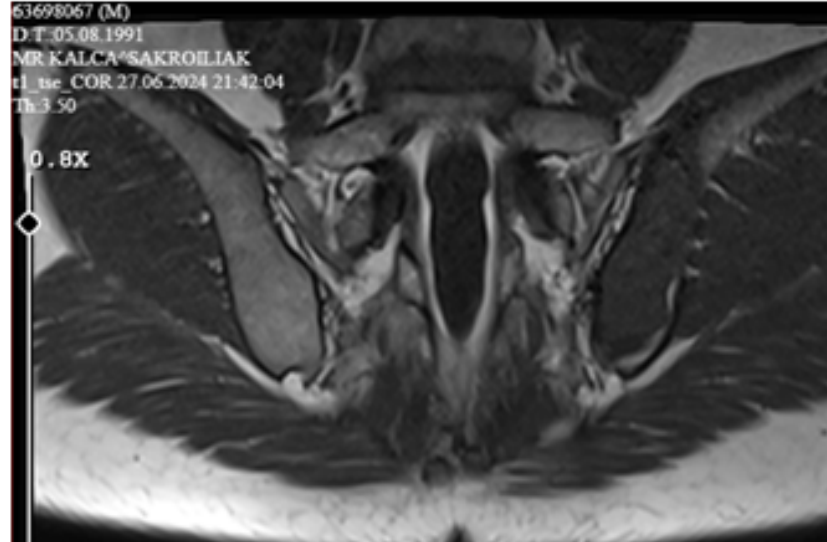
Giriş: Sakroiliak eklem, alt bel ağrılarının yaklaşık % 15-30'nda sorumlu olduğu bilinen diarthrodial bir eklemdir. Sakroiliak eklem ağrısı nedenleri arasında; romatizmal hastalıklar, diskojenik ağrı, travma, gebelik gibi nedenler bulunmaktadır. Basit kemik kistleri daha çok alt ve üst ekstremitelerin uzun kemiklerini tutmaktadır. İliak kemiğin kistik lezyonları oldukça nadir görülen bir tutulum bölgesidir. Burada, bel ağrısı ve kasık ağrısı yakınması ile başvuran olguda iliak kemik kisti saptanması sunulacaktır.

Olgu: Otuz üç yaşında erkek hasta, bel ağrısı ve sol kasık bölgesine vuran ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde seronegatif romatoid artrit tanısı vardı. Soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde sakroiliak kompresyon testi pozitif. Hastanın laboratuvarında hemoglobin:14,7 g/dL, lökosit:12710/UL, nötrofil:9350/UL (%) ve trombosit:221000/UL, sedimantasyon:11 mm/saat ve CRP:1,4 mg/dL idi. Böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. DAS-28 skoru:1,7 hesaplandı. Yapılan görüntülemelerde lomber MRG normal saptandı. Sakroiliak MRG'de 'sol iliak kanatta sakroiliak eklem inferiorda görüntüye kısmen dahil en geniş çapı aksiyel planda 8 cm ölçülen t1 hipo- t2 hiperintens kemikte ekspansiyon yada destrüksiyona neden olmayan lezyon mevcuttur. kemik kisti?' raporlandı. Ortopedi bölümü tarafından değerlendirilen hastaya konservatif yöntemler (nsai) önerildi. Hastanın ortopedi ve romatoloji polikliniğinde takiplerine devam edilmektedir.

Tartışma: Sakroiliak eklem ağrısı klinik olarak; sakroiliak eklem çevresinde lokalize ağrı veya hassasiyet, kasıklara veya alt ekstremiteye yayılan ağrıya kadar geniş bir değişkenlik gösterir. Sakroiliak eklem ağrısının nedenleri arasında basit kemik kistleri de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sakroiliak ağrı, iliak kemik kisti, kalça ağrısı

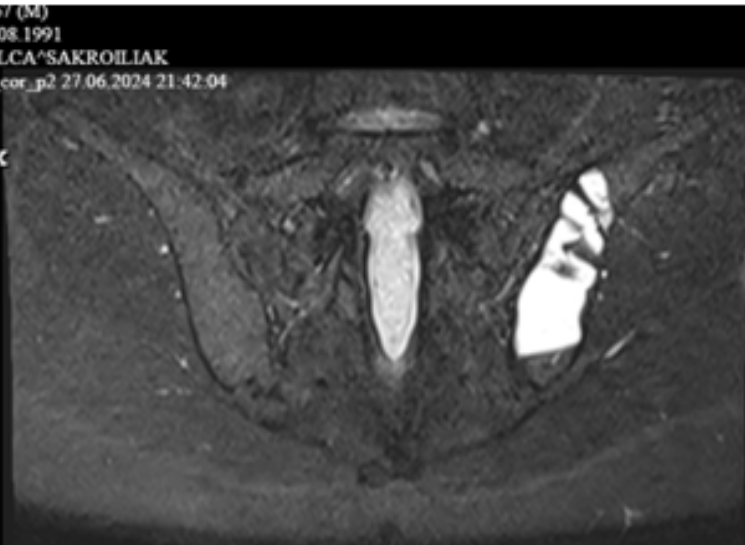
İliak kemik kisti T1



İliak kemik kisti T2

03698067 (M)
D.T. 05.08.1991
MR KALÇA^SAKROİLİAK
k2_tsm_cor_p2 27.06.2024 21:42:04
Th:3.50

0.7X



PP19

Yaygın cilt döküntüsü ile başvuran sistemik lupus eritematosuz olgusu

Enes Basaran

Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:

Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) özellikle doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen; otoimmün bir hastalıktır. Hastalık, sadece cilt, eklem tutulumu gibi bulgularla seyredildiği gibi santral sinir sistemi ve böbrek tutulumu gibi daha ciddi tutulumlarda görülebilmektedir. Ancak bazı olgularda cilt tutulumu çok daha yaygın olup tanıda zorluklar yaşanabilmektedir. Burada ilk bulgusu yaygın cilt tutulumu olan ve yakınmaları 50 yaşında başlayan bir SLE olgusu sunulacaktır.

Olgu:

Bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 50 yaşında kadın hasta 3 ay öncesinde başlayan vücutta yaygın döküntüyle dış merkeze başvurmuş. Şikayetlerinin dış implantları sonrası başladığı öğrenilen hastaya cilt biyopsisi yapılmış. Biyopsisi kontakt dermatit olarak raporlanan hastaya lokal tedaviler ve dış enfeksiyonlarından dolayı antibiyotik tedavisi verilmiş.

Yakınmaları gerilemeyen hasta hastanemize yönlendirilmiş. Sistem sorgusunda ateş, son 3 ayda 6 kg kaybı, artraljisi ve ağız içinde yara olduğu saptandı. Hasta değerlendirildiğinde tüm vücutta yaygın fakat özellikle güneş gören yerlerde daha yoğun eritematöz plaklar, avuç içlerinde vezikül artıkları, damakta erode alan görüldü.

Tetkiklerinde ANA + (sitoplazmik yoğun ince benekli), Anti-ds DNA 414 mg/dl (<100), anti-Ss A 3+, kronik hastalık anemisiyle uyumlu anemi, direkt Coombs pozitifliği görülen hastaya SLE tanısı kondu. 40 mg metilprednizolon ile şikayetlerinde belirgin rahatlama olmayan hastaya 250 mg 3 gün metilprednizolon verildi. Tedavisi Hidroksiklorokin, Azatioprin ve kortikosteroid olarak düzenlenen hastanın cilt döküntülerinde tamamen gerileme görüldü.

TARTIŞMA:

SLE tüm organ ve sistemleri tutabilen ve buna bağlı olarak çok çeşitli klinik bulguların gözleendiği bir hastalıktır. Yaşı ileri, öyküsünde yabancı cisim enfeksiyonu olan ve biyopsisi kontakt dermatit olarak raporlanmış bir SLE hastası sunarak döküntü ayırıcı tanısının zorlayıcı olabileceğine dikkat çekmek istedik.

PP20

BEHÇET KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN HIV POZİTİF VAKA GİRİŞ: Viral etkenler birçok romatolojik hastalık taklitçisi olarak ayırıcı tanıda aklımızda tutmamız gereken durumlardır. Özellikle HIV enfeksiyonu yeni yüzyılda giderek sıklığı artan bir durum olması açt

Senar Şan

DERİNCE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

BEHÇET KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN HIV POZİTİF VAKA

GİRİŞ: Viral etkenler birçok romatolojik hastalık taklitçisi olarak ayırıcı tanıda aklımızda tutmamız gereken durumlardır. Özellikle HIV enfeksiyonu yeni yüzyılda giderek sıklığı artan bir durum olması açısından altı çizilmesi gereken bir durum olduğunu düşündüğüm için vakamı paylaşmak istedim.

Vaka: 32 yaş erkek, fabrika işçisi son 4 5 aydır sık tekrarlayan oral aftı ve 2 ay öncesinde ortaya çıkan genital bölgede yarası olmuş. 2 gün önce ani gelişen şiddetli bacak ağrısı, baş ağrısı ve baş dönmesi ile birlikte sağ bacağına şişlik olması üzerine acil servisten konsülte edildi. Oral mukozada aftları ve genital bölgedeki şüpheli ülseri görüldü. Her iki bacak çap farkı için dopler usg yapıldı DVT izlenmedi, yaygın cilt altı ödem olarak raporlandı. Kranial görüntülemelerinde ön raporda iskemik gliotik odaklar? Olabileceği belirtildi. İleri tetkik için yatırılan hastanın tedavisine selülit ön tanısı ile seftiriakson 2x 1gr başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP: 45mg/ dl, TİT piyüri ve 2+ protein, lenfosit sayısı 900, DsDNA,C3,C4, Lupus antikoagülan, beta2 glikoprotein ve kardiyolipin IgG/M, ANA,CCP negatif tespit edildi. Kranial tutulum ve diğer vasküler tutulumlar açısından görüntülemeleri yapıldı. Ekokardiografisinde şüpheli vejetatif görünümü olan hastanın HIV doğrulama testi de pozitif gelmesi üzerine HIV enfeksiyonuna bağlı enfektif endokardit ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisine devredildi.

Tartışma: HIV enfeksiyonu özellikle tekrarlayan aftöz stomatit açısından ayırıcı tanılar içerisinde yer almaktadır. Vasküler tutulumlu Behçet hastalığının sık görüldüğü genç erkek hasta popülasyonunda ayırıcı tanıda unutulmaması gerekmektedir

PP21

Şiddetli Çene Ağrısı ile Prezente Takayasu Arteriti Vakası

Ali Ekin

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Romatoloji BD Tuşba Van

Giriş: Takayasu arteriti(TA),aorta ve ana dallarının tutulduğu 20-30 yaş aralığında başlangıcın pik yaptığı bir büyük damar vaskülitidir.Konstitüsyonel semptomlarla beraber ekstremitte ağrısı,kladikasyonu,üfürüm,nabız kaybı ya da kan basıncının ölçülememesi,ani görme kaybı ve hatta inme gibi daha katastrofik bulgularla karşımıza çıkabilir.Bu vakada amacımız yaklaşık bir yıl boyunca çenede şiddetli ağrı şikayetiyle birçok tedavi almış genç bir kadın hastanın tanı sürecine dikkat çekmektir.

Vaka: 38 yaşında ev hanımı ve üç çocuklu kadın hasta sağ yanak ve çene bölgesinde ağrı şikayetiyle polikliniğe başvurdu.Şikayetinin yaklaşık bir yıl önce başladığını ve bu nedenle diş hekimine gittiğini söyleyen hastanın,öyküsünde en az 15 kez diş hekimi ziyareti,birçok antibiyotik kullanımı vardı.Nöroloji,dahiliye,genel cerrahi,plastik cerrahi gibi bölümlere de giden ve herhangi bir patoloji saptanmadığı söylenen hasta romatoloji polikliniğine geldi.Romatolojik sorgusunda şikayetlerinin bir yıl önce başladığı,ağrısının gece uyutmadığı,son bir yılda yaklaşık yedi kg kilo verdiği,huzursuzluk,yorgunluk,kas ve eklem ağrılarının olduğunu ifade etti.Fizik muayenesinde sağ TA:135/75 mmHg iken sol TA:105/65 mmHg idi.Sol subklavyen arter muayenesinde yaklaşık 3/6 şiddetinde üfürüm duyuldu.Çekilen üst ekstremitte,karotis ve vertebral arter doppler USGleri normaldi.Torax BT de arkus aorta seviyesinde daha belirgin olmak üzere periaortik yağlı planlarda yumuşak doku kalınlaşmaları ve mediasten yağlı planlarında hafif heterojenite izlenmekteydi.PET-CT de ise arkus aorta ve inen proksimal kesimi ile brakiosefalik,sol ana koroner ve sol subklavyen arter proksimal kesimlerinde arter duvarlarında diffüz kalınlaşma ve diffüz artmış 18F-FDG tutulumu izlendi(SUVmax:5.2).CRP değerleri yaklaşık bir yıldır yüksek seyreden hastanın başvurusundaki CRP değeri 73.6 mg/L,sedimentasyon 110/saat idi.Karaciğer,renal fonksiyonları,hemogram ve lipid düzeyleri normaldi.Hasta Takayasu kabul edilerek 3 gün 250mg pulse steroid sonrasında 60mg steroidle tedaviye devam edildi.Haftalık 15mg metotreksat tedavisi başlandı.Hasta pulse tedavinin ikinci günü tamamen rahatlamıştı.CRP ve sedimentasyon değeri hızla düşen hastanın klinik bulguları toparlayınca steroid doz azaltma şeması ve metotrexate tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Takayasu arteriti,yüz ve çene ağrısı ifade eden,akut faz reaktanları yüksek genç kadın hastalarda mutlaka akla gelmelidir.Böylece erken tanı ve tedaviyle gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilebilir ve hastaların hayat konforu artırılabilir.

PP22

Romatoid artrit ve ANCA ilişkili vaskülit birlikteliği

Yeşim Erez, Vedat Gerdan

Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü

GİRİŞ: Antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler oldukça nadir görülen ve hayati organ tutulumu nedeniyle mortalite ve morbidite ile sonuçlanan, küçük damar tutulumu ile karakterize vaskülit grubudur. RA seyrinde ANCA ilişkili vaskülit gelişebileceği bildirilmiştir (1).
Vaka: 63 yaşında kadın hasta acil servise kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Hasta major hemoptizi nedeniyle ileri tetkik amacıyla göğüs hastalıkları tarafından hospitalize edildi. Hastanın öyküsünde 2014 yılından beri seropozitif RA ve Sjögren sendromu tanıları ile izlendiği öğrenildi. 2022 yılında pulmoner tutulumu olması üzerine tedavisinin mikofenolat mofetil ve metotreksat olarak düzenlendiği görüldü. 2023 yılından itibaren merkezimizde takiplerine devam eden hastanın pulmoner tutulumu primer progresif fibrozis kriterlerini karşılaması nedeniyle Kasım 2023'te nintedanib tedavisine başlandı. Tedavinin 6. ayında klinik ve radyolojik olarak stabil olduğu görüldü. Ancak hastanın bulantı-kusma yan etkileri nedeniyle hekimine danışmadan nintedanib ve mikofenolat mofetil tedavilerine ara verdiği öğrenildi. Servis yatışında görülen Toraks Bilgisayarlı Tomografideki bulgular diffüz alveolar hemoraji? Viral pnömoni? olarak yorumlandı. Yapılan bronkoskopide sol bronş girişinde hemoraji izlenmesi üzerine hastaya diffüz alveolar hemoraji tanısıyla metilprednizolon pulse tedavisi başlandı. İlk servis yatışında RA akciğer tutulumu aktivasyonu düşünülmekle birlikte olası overlap sendromlar açısından tetkikleri yapıldı. Tetkiklerde P-ANCA: (++) ve MPO-ANCA(+) pozitif saptandı. 24 saatlik idrar protein 1.5 gr olarak tespit edildi (Tablo 1). Hastaya renal biyopsi yapıldı ve histopatolojik bulgular nekrotizan glomerulonefrit ile uyumlu neticelendi. Kulak burun boğaz bakışında özellik yoktu. RA ve ANCA ilişkili vaskülit birlikteliği düşünülen hastanın tedavisi siklofosamid intravenöz ve metilprednizolon 1 mg/ kg/ gün olarak düzenlendi.

TARTIŞMA-Sonuç: RA ve ANCA ilişkili vaskülit birlikteliğinin düşünülen daha sık olduğu bildirilmiştir. Literatürde RA tanısından yıllar sonra ANCA ilişkili vaskülit gelişebildiği, izole ANCA ilişkili vaskülitlerden farklı olarak renal yetmezliğin geliştiği sessiz bir klinik gösterebileceği belirtilmiştir (2). Renal yetmezliği olan RA hastalarının eşlik eden ANCA ilişkili vaskülit açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (2).

Tablo 1.

Tablo 1. Laboratuvar	
Hb/Htc/MCV	8.3 g/dL/25.8%/78.5 fL
Plt	360 (10 ³ /μL)
WBC/neu/lenf	7.6/4.6/2 (10 ³ /μL)
ALT/AST	11/11 (U/L)
Üre	100 mg/dL
Kreatinin	1.82 mg/dL
Albumin	3.79 g/dL
CRP	18 mg/L
TiT	Eritrosit pozitif, lökosit neg
24 saatlik idrar protein	1.5 gr
C3,C4	Normal
ANA	Nükleer homojen patern (++)
dsDNA	Negatif
ANCA paneli	P-ANCA (++) , MPO (+)
ENA paneli	SS-A (++)

Büyük Çaplı Damar Vaskülit Ayırıcı Tanısında Aort Diseksiyonu

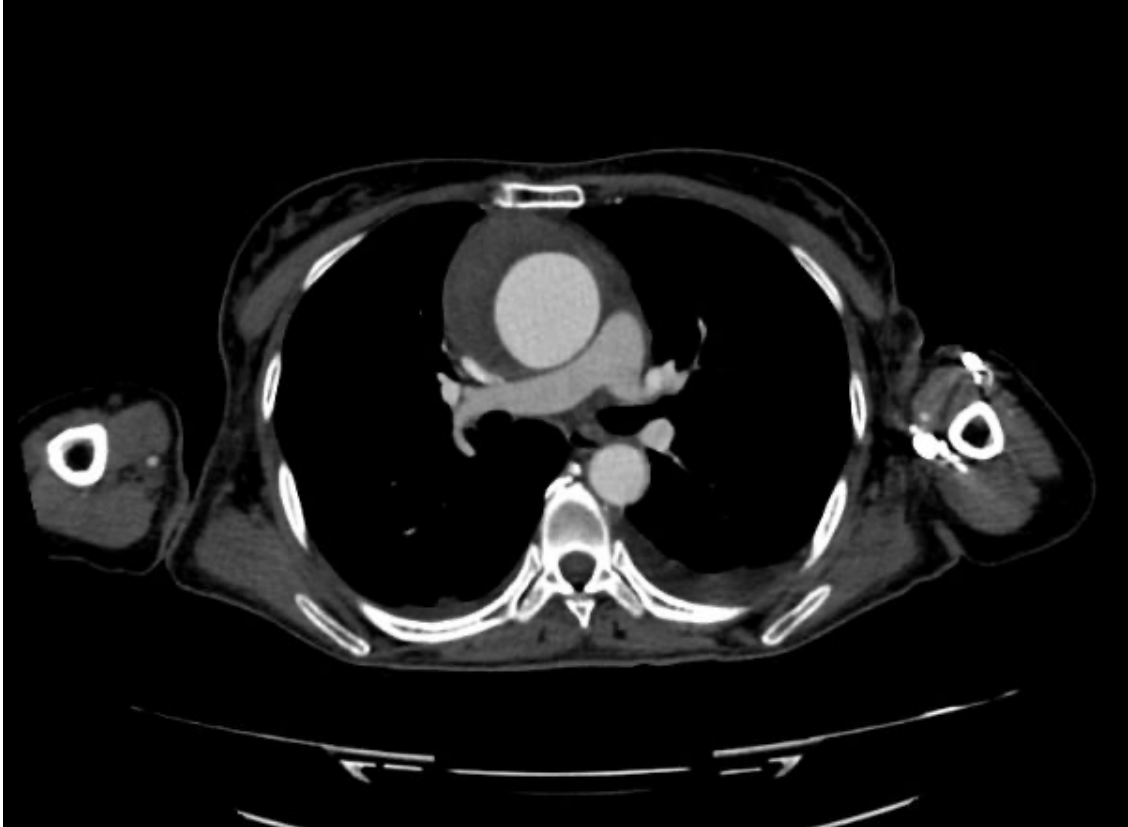
Kürşat Barış, Nurçin Öğreten Yadiqaroğlu, Utku Sentosun, Göksel Tuzcu, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Aort diseksiyonu, aortun intimal tabakasında yırtık ve duvar içinde kanama ile karakterize yaşamı tehdit eden bir durumdur. Aort diseksiyonundainflamasyonun önemli bir rolü olup C-reaktif protein (CRP), sedimentasyon ve fibrinojen düzeyleri artmıştır. Biz burada büyük çaplı damar vaskülitini ön tanısı ile tetkik edilen ve ayırıcı tanıda vasküler diseksiyon, anevrizma, rüptür ve kanama durumlarını gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu: 57 yaş kadın hasta, 3 haftadan beri olan ateş yüksekliği, halsizlik, yorgunluk, göğüs ağrısı ve akut faz yüksekliği nedeni ile başvurdu. Öyküsünde diabetes mellitus dışında özellik yoktu. Fizik muayenede ateş 38,5°C, nabız 110/dk ve sağ ve sol üst ekstremitede tansiyon (sistolik/diyastol) farkı sırasıyla 110/70mmHg ve 90/60 mmHg idi. Laboratuvarında hemoglobin: 7,5 g/dl, lökosit: 8.200/µL,trombosit: 339.000/µL, sedimantasyon: 72 mm/h ve CRP:209 mg/L idi. ANA, Rf, AntiCCP, komplemanlar, hepatit markerları negatifti. Tam idrar analizi normal ve kan kültürlerinde üreme yoktu. Büyük çaplı damar vaskülit ön tanısıyla çekilen tomografide aortik valv düzeyinden başlayarak arkus aortaya uzanan 12 cm'lik bir segmentte ve en geniş yerinde 44 mm çapa ulaşan anevrizmatik görünüm izlendi. Anevrizma komşuluğunda en kalın yerde 20 mm kalınlıkta hemorajik ile uyumlu koleksiyon alanı izlendi (Şekil 1). EKO'da aort kökünün 2 cm distalindediseksiyon flebi ile uyumlu görünüm saptandı. Hasta acilen cerrahi işlem ile vasküler onarım yapıldı.Vasküler patoloji raporu aort anevrizması ve hematoma ile uyumlu geldi.

Tartışma: Konstitüsyonel bulgular,göğüs ağrısı, sağ/sol kol tansiyon farkı ve akut faz yüksekliği olan hastalarda ayırıcı tanıda büyük çaplı damar vaskülitini ve taklitçilerini ayırıcı tanıda düşünmek tedavi farklılıkları, mortalite ve prognoz açısından önemlidir.

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ AORT DİSEKSİYON,ANEVRİZMA GÖRÜNTÜLERİ



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ AORT DİSEKSİYON, ANEVİZMA GÖRÜNTÜLERİ



PP24

Akut Faz Reaktanlarının Tanısal Değeri: FMF ve Amiloidoz Olgusu

Ruveyda Sak İnal, Mehmet Akif Baltacı, Sevinç Can Sandıkcı
ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

Giriş: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), otozomal resesif olarak kalıtılan otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık pirin proteinini kodlayan MEFV genindeki mutasyonlardan kaynaklanmaktadır. Kendi kendini sınırlayan, kısa süreli, tekrarlayan ateş, artrit, peritonit ve plörit gibi serozit atakları ile karakterizedir. Atak aralarında hastaların yakınması yokken, atak sıklığı ve gelişen komplikasyonlar prognozu belirler. Sekonder amiloidoz, FMF hastalarında önde gelen mortalite nedenlerinden biridir. Nadir durumlarda, FMF' in (FMF tip II olarak da adlandırılır) ilk ve tek klinik bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Renal amiloidozlu hastalar, asemptomatik proteinüri veya belirgin nefrotik sendrom gibi farklı klinik tablolarla prezente olabilir. Tedaviyle atakları ve amiloidoz gelişimini engellemek amaçlanır. Bu yazıda akut faz reaktanlarında yükseklik nedeniyle refere edilen, takipte FMF ve sekonder amiloidoz saptanan olgudan bahsedilecektir.

Vaka: Hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği tanıları olan, anemi nedeniyle hematoloji kliniğinde izlenen hasta, uzun süredir devam eden CRP ve sedimentasyon yüksekliği nedeniyle yönlendirildi. Hastanın CRP seyri 2017'den beri yüksekti. Başvuru anında CRP: 40, sedimentasyonu ise 94'tü. Serolojik testlerden ANA, ENA, ANCA tetkikleri negatif sonuçlanmıştı. Hastanın yapılan romatolojik sorgulamasında abide FMF öyküsü dışında özellik yoktu. Karın ağrısı, ateş, eklem ağrısı, göğüs ağrısı ile seyreden tipik bir FMF kliniği yoktu. 2022 den bu yana kreatin yüksekliği olan hastadan MEFV gen mutasyonu ile birlikte 24 saatlik idrarda proteinüri istendi. 24 saatlik idrarda 5,8 gr proteinürisi olması üzerine amiloidoz ön tanısı ile renal biyopsi planlandı. Hastanın biyopsi sonucu; Renal amiloidoz; Amiloid A ile uyumlu, sekonder amiloidoz düşünülmüştür şeklinde sonuçlandı. MEFV gen testinde M694V homozigot mutasyonu saptanan hastaya FMF tanısı konuldu. Kolşisin ve anakinra başlanan hasta takibe alındı.

Sonuç: Uzun süreli akut faz reaktanlarında yükseklik durumunda hasta asemptomatik olsa da FMF tanısı akılda bulundurulmalıdır.

PP25

Nadir Bir Olgu: Maffucci Sendromu

Hacer Gözde Gül Elgöl¹, Ömer Faruk Ekici², Kenan Orhanlı¹, Ekrem Karakaya¹, Funda Erbasan¹, Veli Yazısız¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

Giriş:

Maffucci sendromu, yumuşak doku venöz malformasyonları ve/veya iç hücreli hemanjiomları olan multiple enkondromlarla karakterize, konjenital, sporadik, nadir bir kemik ve yumuşak doku bozukluğudur 1. Enkondromlar deformite ve kırıklara yol açabileceği gibi özellikle kondrosarkomlar, gliomalar, over tümörleri ve diğer sarkomlara malign transformasyon riski de bulunmaktadır 2. Olgumuz:

53 yaşında kadın hasta, yaklaşık 25 yıldır sol elinde başlayıp zaman içinde büyüyüp çoğalan iri nodüler lezyonlar ile başvurmuştu. Fizik muayenede sol el dorsal yüzde 1-2-3-4. parmaklarda, volar yüzde 4-5. parmaklar ile avuç içinde, ve sol el bileğinden 4 cm proksimale kadar uzanan en büyüğü 4x4 cm boyutlu mobil, yumuşak kıvamlı çok sayıda kitlesel-vasküler görünümlü lezyonlar mevcuttu. Romatolojik sistem sorgulamasında aktif semptom yoktu. Tetkiklerinde akut faz reaktanları negatif, ANA, DFS paterninde 1/320 pozitif idi. Diğer otoantiklorları negatifti. Kalp damar cerrahisince istenen BT-anjiyografide bu lezyonlar 'kalsifikasyon içeren, arteriel yapılarla ilişkisi net seçilemeyen, venöz yapı ile ilişkili çok sayıda nodüler yumuşak doku dansitesi (yumuşak doku venöz malformasyonu?)'olarak rapor edilmiştir. Literatür incelemesi yaparak vakamıza Maffucci Sendromu tanısı koyduk.

Tartışma:

Maffucci sendromu, dermis, subkütan doku veya iç organların çoklu enkondromatozis ve kavernöz hemanjiyomları ile karakterize çok nadir bir hastalıktır 3. İzositrat dehidrogenaz (IDH) 1 ve 2'nin somatik mutasyonlarının Maffucci Sendromu patogenezi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir 4. En sık görüldüğü yerler metakarpal kemikler ve falankslardır, ancak femur, humerus, tibia ve metatarsal kemikler de etkilenebilir. Hasta asemptomatik ise tıbbi müdahaleye gerek yoktur, kırık veya ilişkili neoplazmların tedavisinde cerrahi müdahale düşünülmelidir. Hem enkondromların sarkomatöz dejenerasyonu hem de pankreas, meme ve CNS maligniteleri için önemli ölçüde artmış bir risk vardır.

Görsel 1: sol elde kalsifikasyon da içeren enkondromların X-Ray görüntüsü ve klinik hasta fotoğrafı



Görsel 1: klinik hasta fotoğrafı

Görsel 2: sol elde kalsifikasyon da içeren enkondromların X-Ray görüntüsü ve klinik hasta fotoğrafı



Görsel 2: sol elde kalsifikasyon da içeren enkondromların X-Ray görüntüsü

PP26

Takayasu Sendromunda Azatioprin Kullanımına Bağlı Görülen Nadir Yan Etki Pankreatit; Olgu Sunumu

Zeynep Dünder Ök¹, Halil Yılmaz²

¹Denizli Devlet Hastanesi,Romatoloji Ana Bilim Dalı

²Denizli Devlet Hastanesi,Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı

Akut pankreatit,pankreasın enflamatuvar bir bozukluğudur.Akut pankreatitin en yaygın nedenleri safra taşı ve alkoldür.Nadiren ilaçlardan kaynaklanır(1).Azatioprinin(AZA) neden olduğu pankreatit nadirdir.Bizde Takayasu Arteriti(TA) olan bir hastada nadir görülen bir azatioprin kaynaklı pankreatit vakası sunuyoruz.

OLGU

28 Yaşında kadın hasta 5 aydır devam eden ates yüksekliği,halsizlik ve yorgunluğu,6 kilo kaybı vardı.Yapılan muayenesinde sağ kolda kan basıncı 160/90 mmHg,sol kolda kan basıncı 110/90 mmHg olarak ölçüldü.Sol supraklavikular bölgede oskültasyonla üfürüm saptandı.Kardiyak ve nörolojik muayeneleri normaldi.Laboratuvar incelemesi,sedimentasyon yüksekliği (35 mm/saat) dışında normaldi.Bilateral karotis ve vertebral arter doppler ultrasonografi incelemesi normaldi.Hastanın transtorasik EKO'su normaldi.Hastanın ANA ve vaskülit markerleri negatifti, antifosfolipid antikor titreleri normal sınırlardaydı.Hastanın onayı alınmadığından,damar biyopsisi yapılamadı.American College of Rheumatology (ACR) 2022 Tanı Kriterleri kullanılarak, hastaya TA tanısı konuldu ve 3 gün pulse steroid tedavisi uygulandı.Ardından, immunosupresif tedavi olarak metotreksat 15mg/hft tedavisi başlandı.steroid tedavisi kademeli şekilde azaltılarak 5 mg/gün metilprednizolon olacak şekilde azaltıldı.Hastanın 3.ay kontrolünde halsizlik ve yorgunluğunu tekrar başladığı,subfebril ates yüksekliğinin olduğu görüldü.Hastanın metotreksat tedavisi kesildi.AZA 2mg/kg/gün başlandı.AZA başladıktan 1 gün sonra hastanın şiddeli bulantı,kusma ve karın ağrısı şikayeti başladı.Batın muayenesinde karın üst kadranda hassasiyet vardı.Yapılan tetkiklerinde amilaz:1000 lipaz:1000 ast:75 IU/L, alt:80 IU/L idi.Crp,sedimentasyon,bilirubin,ggt,alp testleri,ipid profili normaldi.Viral testleri negatif idi.Batın Bilgisayar Tomografisinde pankreas ödematöz görünümde idi.Karaciğer, safra kesesi ve intrahepatik-ekstrahepatik safra yolları normal izlendi.Hasta gastroenterolji bölümüne danışıldı.İlaça bağlı pankeatit olarak değerlendirildi ve AZA kesildi.Oral alımı kapatılan ve intravenöz hidrasyonu sağlanan hastanın şikayetleri geriledi ve laboratuvar değerleri normale geldi.Takiplerinde inflksimab 5mg/kg/6 hft başlandı.Hasta remisyondadır.Kliniğimizde takip edilmektedir.

Tartışma

AZA kaynaklı pankreatit gelişimi için risk faktörleri sigara,HLA gen varyantları,eş zamanlı budesonid kullanmak,Chron hastalığıdır ve Chron hastalığı bunların içinde en sık karşılaşılan durumdur (2)İlaç ilişkili pankreatiti kanıtlamak için diğer olası pankreatit nedenleri ekarte edilmelidir,sorumlu ilaca maruz kaldıktan sonra pankreatit gelişmeli ve ilacın kesilmesiyle düzelmeli ve ilaca tekrar maruz kalındığında pankreatit tekrarlanmalıdır(3).Bildiğimiz kadarıyla, Takayasu Arteritli hastalar arasında sadece bir dozdan sonra kanıtlanmış AZA kaynaklı pankreatit vakası olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: azatioprin, pankreatit, takayasu

Sjögren Hastalığında Nadir Bir Durum: Üreter Tutulumu

Utku Şentosun, Kürşat Barış, Nurçin Öğreten Yadiğaroğlu, Göksel Tuzcu, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Radyoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Sjögren Hastalığı (SjH), başta tükürük ve gözyaşı bezleri olmak üzere ekzokrin bezlerin immun aracılı hasarı ile karakterize, kronik sistemik otoimmün bozukluktur. Hastalıkta %80-90 oranında glandüler tutulum ve %20 oranda ekstras glandüler tutulum (kas-eklem, cilt, pulmoner, gastrointestinal, renal, genitoüriner) görülür. Renal, mesane ve üreter tutulumu sıklığı az olup en sık tübülointertisyel nefrit olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Biz burada kliniğimizde üreter tutulumu ile takip ettiğimiz hastayı sunarak genitoüriner sistem tutulumuna dikkat çekmeyi amaçladık.

Vaka: SjH neden ile takip edilmekte olan 52 yaşında kadın hasta yan ağrısı nedeniyle üroloji polikliniğinde değerlendirilmiştir. Hastanın yapılan ultrasonografide sol böbrekte grade 1 hidronefroz ve sol üreterdedilatasyontespit edilmiştir. Çekilen kontrastlı batın tomografisinde üreterkalibrasyonunda belirgin daralma, 18x7 mm boyutunda üreter lümeninde olduğu düşünülen yumuşak doku dansitesive iletimde gecikme gözlenmiştir (Şekil 1) Hastada hidronefroz olması nedeni ile üreteralstent yerleştirmiş ve işlem esnasında bu bölgeden biyopsi alınmıştır. Biyopsi materyalinin sonucunda fibrin yanısırainflamatuar hücreler içeren bağ doku izlenmiştir. Durumu açıklayacak ek nedenler dışlandıktan sonra hastadaki mevcut durum SjH ile ilişkilendirilerek hastaya kortikostreoid ve mikofenolatmofetil başlanarak hasta takibe alınmıştır.

Tartışma: SjH'de renal tutulum sıklıkla renal tübüler asidoz ve glomerülo nefrit şeklinde olup üreter tutulumu nadiren bildirilmiştir (2). Yan ağrısı ve sık üriner sistem enfeksiyon öyküsü olan SjH hastalarında üriner sistem tutulumu akılda tutulması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Tromby F, Manfrè V, Chatzis LG, et al. Clinical manifestations, imaging and treatment of Sjögren's disease: one year in review 2024. Clin Exp Rheumatol. 2024;42:2322-35.
2. Yuhara T, Sakauchi M, Akama T, Suzuki H, Yamane K, Kashiwagi H. Sjögren's syndrome with hydronephrosis caused by pseudolymphoma. Intern Med. 1992;31:474-7.

Şekil-1.



Kontrastlı batın tomografisinde üreter kalibrasyonunda belirgin daralma ve 18x7 mm boyutunda üreter lümeninde olduğu düşünülen yumuşak doku dansitesi

PP28

Polimiyozit Tanılı Hastada Orak Hücreli Anemi: Görüntülemeye Yaygın Osteonekroz

Hasan Bayındır¹, Ziya Gül¹, Dalga Avcı¹, Tolgahan Akca⁴, Göksel Tuzcu³, Reyhan Köse Çobanoğlu², Gökhan Sargın²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın

⁴Antalya Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Antalya

Giriş: İnflamatuar miyopatiler kas güçsüzlüğü, deri bulguları ve kas enzim yükseklikleri ile seyreden otoimmün romatizmal bir hastalık grubudur. Kas enzimleri, elektromiyografi (EMG), manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve kas biyopsisi tanıda yardımcıdır (1). Orak hücreli anemi anormal Hb S oluşumu ile seyreden sık hemoglobinopatilerden biridir. Sarılık, solukluk, hepato-splenomegali ve krizler görülebilir. Sık krizlerde kemik dokuda avasküler nekroz gelişebilir (2).

Vaka: 39 yaşında erkek hasta proksimal kas güçsüzlüğü, ağrı ve yürümede güçlük nedeni ile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 10gr/dl, lökosit: 6.710/μL, trombosit: 205.000/μL, glukoz: 100 mg/dl, idrar tetkiki: olağan, kompleman C4: 0,35 g/L, kompleman C3: 1,23g/L, CK:1114 U/L, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, ANA, romatoid faktör, antiCCP, EMG ve kas biyopsi normal sınırlardaydı. Simetrik proksimal kas güçsüzlüğü ve kas enzim yüksekliği olan hasta olası polimiyozit ile takibe alındı. Metilprednizolon ve metotreksata rağmen proksimal kaslarda güçsüzlük ve CK yüksekliği devam etti. Omuz ve kalça MR'da humerus ve femurda yaygın osteonekroz alanları gözlemlendi (Şekil 1 ve 2). Anemi ve ağrı atakları olan hastada Na-metabisülfid testinde orak hücreleri görüldü. Hemoglobin elektroforezinde %67 oranında HbS görüldü ve hastaya orak hücreli anemi tanısı konuldu. Hidroksiüre ve indometazin ile tedavi edilen hastanın takipleri devam etmektedir.

Tartışma: Görüntülemeye görülen yaygın avasküler nekroz alanları ayırıcı tanısında travma, alkol, diyabet, kronik böbrek hastalığı, steroid kullanımı ve orak hücreli anemi düşünülmelidir.

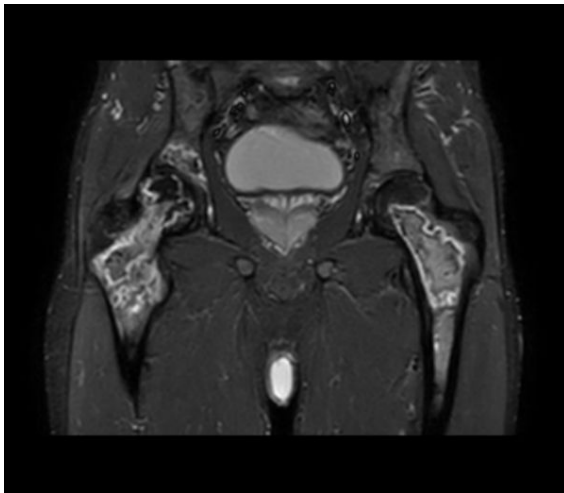
Kaynaklar

1. Harrison's Principles of Internal Medicine 21th Edition page:2819-2825

2. Piccin A, O'Connor-Byrne N, Daves M, et al. Autoimmune disease and sickle cell anaemia:

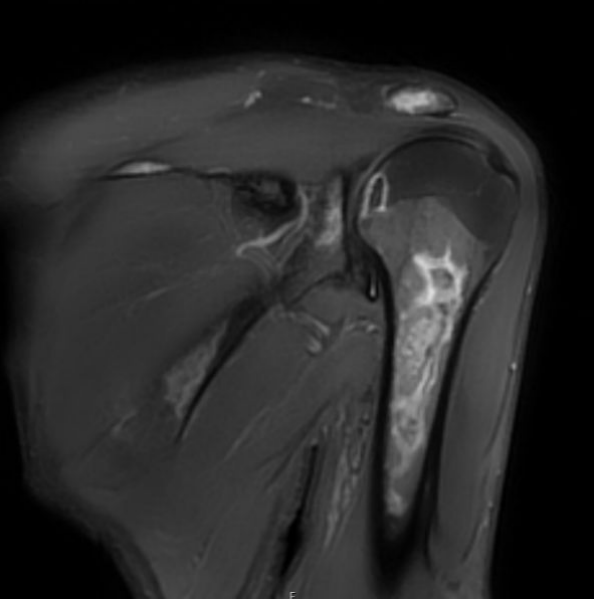
'Intersecting pathways and differential diagnosis. Br J Haematol. 2022;197:518-528.

Şekil 1



Şekil 1. Kalça MRI görüntülemesinde bilateral femurda yaygın osteonekroz alanları

şekil 2



Şekil 2. Sol omuz MRI görüntülemesinde humerusta yaygın osteonekroz alanları

PP29

Dekompanse Kalp Yetmezliği ile Prezente Olan Kardiyak Sarkoidoz Vakası

Nurçin Öğreten Yadiğaroğlu, Utku Şentosun, Kürşat Barış, Göksel Tuzcu, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Sarkoidoz, etiyolojisi bilinmeyen multisitemik granümatöz inflamatuvar bir hastalıktır. Akciğer, lenf nodu, deri, göz, eklem, karaciğer, gastrointestinal ve kardiyak tutulum görülebilir. Kardiyak tutulum %2-7 oranında olup hastalar kalp yetersizliği, aritmi ve ani kardiyak ölüm ile karşımıza çıkabilir. Biz burada dekompanse kalp yetmezliği ile presente olan kardiyak sarkoidoz olgusunu sunmayı amaçladık.

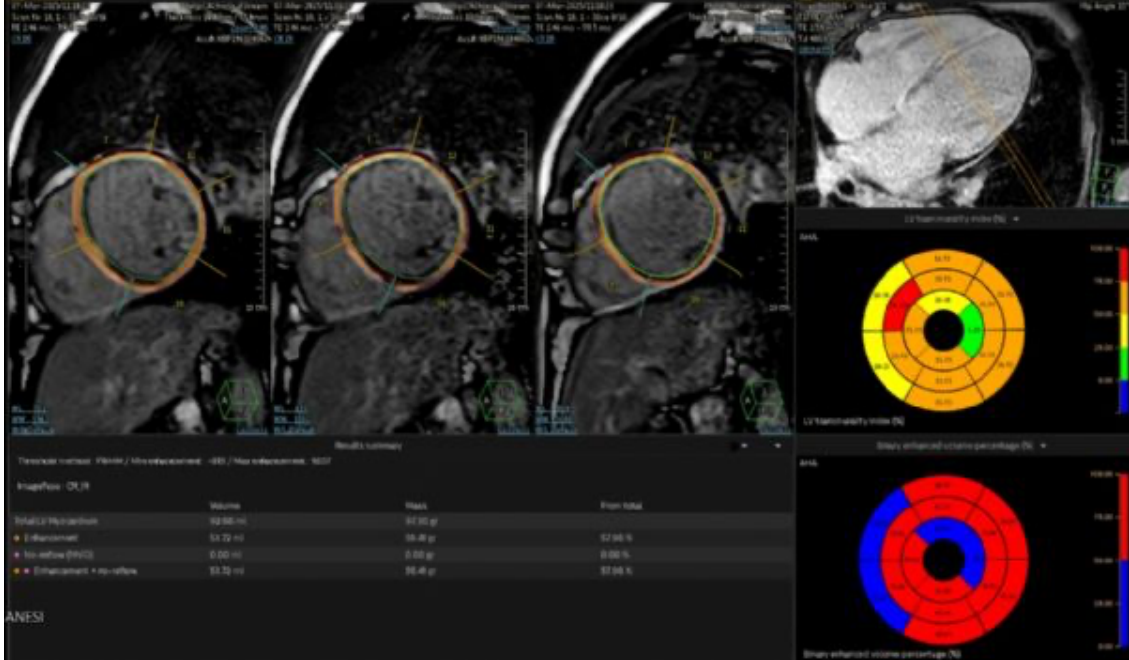
Olgu: 30 yaşında erkek hasta, iki haftadan beri olan göğüs ağrısı, efor dispnesi, karında şişlik ve bacaklarda ödem şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde sarkoidoz ve çölyak hastalığı vardı. Kaşektik görünümde olan hastada bilateral akciğer bazallerde ince raller, batında grade 3 asit, alt ekstremitelerde bilateral eritema nodosum ve 3+ gode bırakan ödem mevcuttu. Hastada transuda vasfında bilateral plevral efüzyon mevcuttu. Elektrokardiyografisi sinüs ritmindeydi.

Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %25 olup global hipokinezi gözlemlendi. Sarkoidoz tanısı anında transtorasik ekokardiyografi olağandı. Kardiyak MR geç kontrast dinamik görüntülerde subendokardiyal diffüz kontrastlanma izlendi. (Şekil 1-2) Hastada mikofenolat mofetil tedavisi yanında pulse steroid uygulandı. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir.

Tartışma: Bu olgu görüntüleme tekniklerinin kardiyak sarkoidoz tanısındaki önemini vurgulamaktadır. Kardiyak sarkoidoz, miyokardın granümatöz inflamasyonundan kaynaklanan infiltratif bir kardiyomyopati olup erken tanı önemlidir. Kardiyak MRG, miyokardiyal ödem ve fibrozisi tespit etmekte yüksek duyarlılığa sahip olup kardiyak sarkoidoz tanısında altın standarttır.

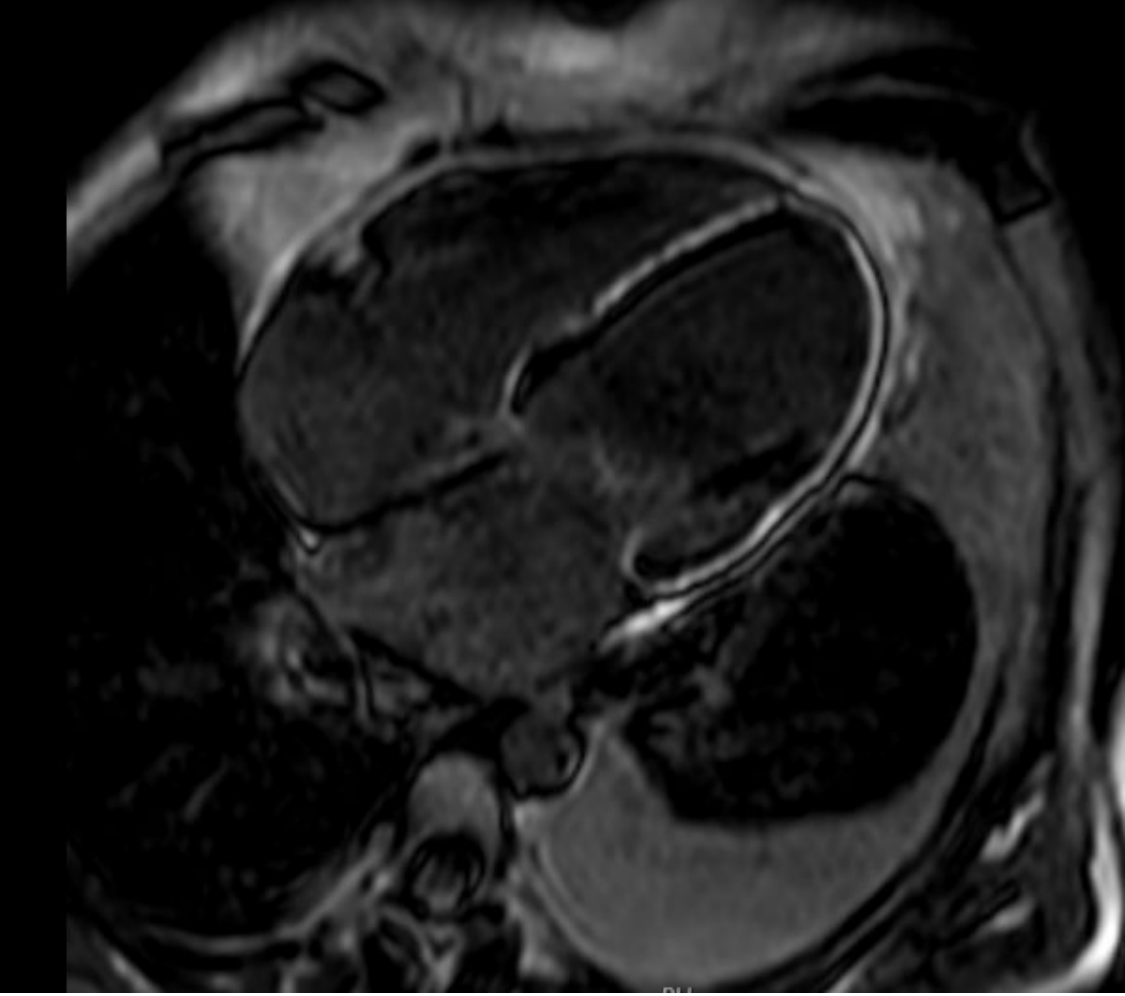
Anahtar Kelimeler: eritema nodosum, ödem, kardiyak sarkoidoz

kontrastlı kardiyak mrg



Şekil 1. Geç kontrast dinamik görüntülerde subendokardiyal diffüz kontrastlanma (myokardiyal %57 oranında kontrast tutulumu)

kontrastlı kardiyak mrg



Şekil 2. Subendokardiyal diffüz kontrastlanma

Sistemik Skleroz tanılı hastada Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

Dalga Avşar¹, Hasan Bayındır¹, Ziya Gül¹, Nurçin Öğreten Yadigarolu², Utku Şentosun², Kürşat Barış², Göksel Tuzcu³, Reyhan Köse Çobanoğlu², Gökhan Sargin²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Sistemik Skleroz (SSc), vaskülopati, deri ve iç organların fibrozisi ile karakterize kronik multisistemik bir hastalıktır. SSc'de akciğer, meme, karaciğer, mesane ve hematolojik kanserlerde artmış risk vardır. Anti-RNA Pol III, anti-topoizomeraz I, anti-sentromer antikolları malignite ile ilişkilidir (1) Biz burada SSc tanılı hastada kanser gelişme riskini ve diffüz büyük B hücreli lenfomayı sunmayı amaçladık.

Vaka: Sistemik skleroz tanısıyla takip edilmekte olan hasta son bir yıldan beri olan kilo kaybı olması nedeni ile başvurdu. Hasta Raynaud fenomeni, sklerodaktili, dijital ülser, pulmoner hipertansiyon, telenjektazi, kalsinozis ve ANA 1/1000 titrede sentromer paternde olması nedeni ile sistemik skleroz tanısı almıştı. Hemogloblin 12,4 gr/dL, lökosit 6.180 mkrL, nötrofil 2.700 mkrL, lenfosit 2.710 mkrL, trombosit 190.000 mkrL, CRP 11,45 mg/dl, sedimantasyon 55 mm/h idi.

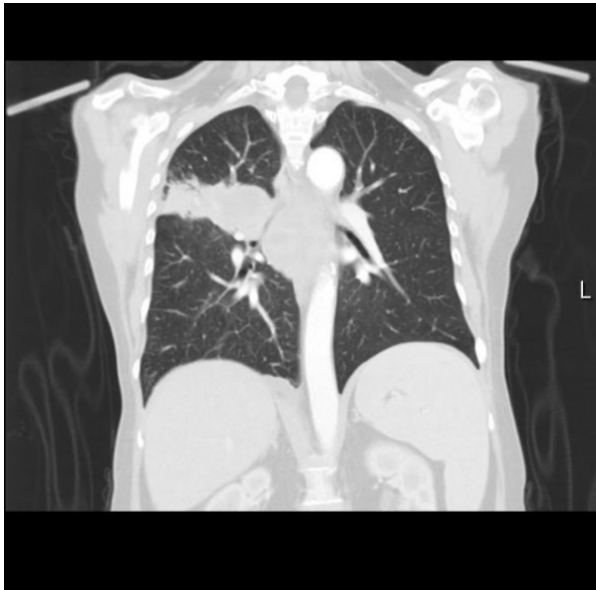
Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipotiroidi vardı. Hasta SSc yönelik asetil salisilik asit, nifedipin, metotreksat ve düşük doz metilprednizolon almaktaydı. Çekilen toraks BT'de sağ akciğer orta segmentte bronşa yakın konsalide alan ve kitle gözlemlendi (Şekil 1). Bronkoskopi ile yapılan lenf nodu ince iğne biyopsisi benign olarak geldi. Takiplerde yüksek akut faz reaktanları nedeni ile tekrardan çekilen BT'de akciğerdeki konsolide alan, kitle ve lenf nodlarında progresyon izlendi. Tekrardan yapılan biyopide diffüz büyük B hücreli lenfoma saptandı. Hastaya rituksimab, siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin ve prednizolon başlandı. Romatolojik olarak hasta asetil salisilik asit, nifedipin ve bosentan kullanmaktadır.

Tartışma: Romatizmal hastalıklarda, hastalığın kendisine bağlı, tedavide kullanılan ajanlara bağlı malignite gelişebilir. Konstisyonel semptomları, kilo kaybı ve alarm semptomları olan romatizmal hastalığı olan hastalarda uygun taraması yapılmalı, hematolojik maligniteler ve solid tümörler akla getirilmelidir.

Kaynaklar:

1. Lepri G, Catalano M, Bellando-Randone S, et al. Systemic Sclerosis Association with Malignancy. Clin Rev Allergy Immunol. 2022;63:398-416.

Şekil 1



Toraks BT'de sağ akciğer orta segmentte bronşa yakın konsalide alan ve kitle

PP31

Sakroiliak Eklem Manyetik Rezonans Görüntülemesinde Akut Lenfoblastik Lösemi

Ziya Gül, Hasan Bayındır, Dalga Avsar, Nurçin Öğreten Yedigaroğlu, Utku Sentosun, Göksel Tuzcu, Ayşe Hilal Eroğlu Küçükçiller, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Aksiyel spondiloartrit, omurgayı ve sakroiliak eklemleri tutan, inflamatuvar bel ağrısı ve ilerleyici omurga tutukluğuna neden olan kronik inflamatuvar romatolojik bir hastalıktır. Tipik olarak subkondral veya periartiküler kemik iliği etkilenmektedir. Eklem genişliğinde değişiklikler, erozyon, skleroz ve ankiloz olabilir. Manyetik rezonans (MR) inflamatuvar, yağlı değişiklikleri ve yapısal anormallikleri gösterir. Osteoporoz, osteoartrit, hiperparatiroidizm, mekanik stres, solid organ tümörleri ve hematolojik malignite tutulumları ayırıcı tanıda düşünülmelidir (1)

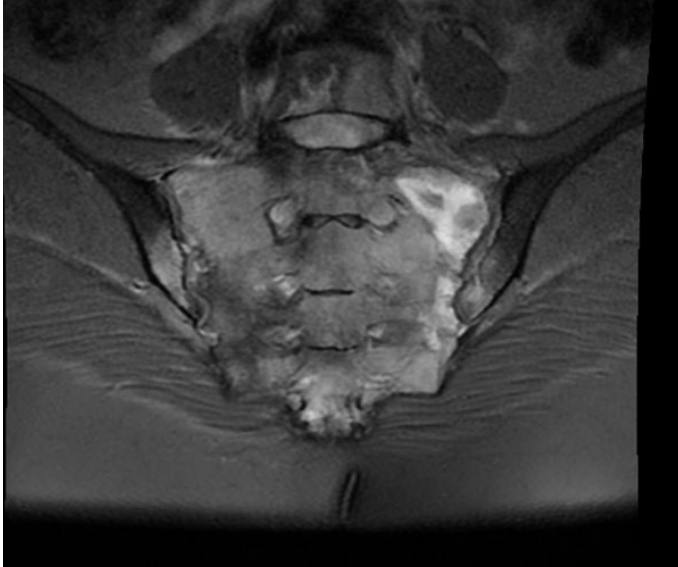
Olgu: 28 yaş kadın hasta sabah tutukluğu, bel ağrısı ve kilo kaybı ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvarında sedimantasyon: 64 mm/h, CRP: 15 mg/L, hemoglobin: 9,9 gr/dL, lökosit: 5910/µL, lenfosit: 4230/µL, nötrofil:1320/µL, trombosit:28000/µL ve HLA-B27 negatifti. Sakroiliak eklem MR'de periartiküler alanda subkondral kemik iliğinde her iki sakrum yüzde ve iliak kemikte bilateral heterojen sinyal artışı gözlemlendi (Şekil 1-2). Hastaya bel ağrısı nedeniyle indometazin ve parasetamol başlandı. Periferik yayma bulgularına göre hastaya kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Biyopside kemik iliğinde blastik karakterde hücreler gözlemlendi. Akut lenfoblastik lösemi tanısı ile hastaya Hyper-CVAD tedavisi uygulandı. Hastanın sakroiliak eklem MR'deki subkondral kemik iliği, sakrum ve iliak kemiklerdeki sinyal artışı akut lökoma bağlı kemik iliği tutulumu olarak değerlendirildi.

Tartışma: Aksiyel spondiloartrit klinik ve radyolojik bulgular ile tanı konulan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Görüntülemenin tanıda önemli bir yeri olmakla birlikte fokal kemik ağrısı, patolojik kırık, sakrum ve geniş yüzey tutulumu olan hastalarda lösemi tablosu akılda bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Antonelli MJ, Magrey M. Sacroiliitis mimics: a case report and review of the literature. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18:170.

Şekil 1



Sakroiliak eklem MR'de periartiküler alanda subkondral kemik iliğinde her iki sakrum yüzde ve iliak kemikte bilateral heterojen sinyal artışı

PP32

Erişkin Başlangıçlı Still Hastasında Döküntü: Hastalık Aktivasyonu mu, İlaç Yan Etkisi mi?

Emine Büşra Ata, Emre Tekgöz, Seda Çolak, Ebru Karaçalı, Fatih Mehmet Doğan, Muhammet Çınar, Sedat Yılmaz
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

Giriş: Erişkin başlangıçlı Still hastalığı, lenfadenopati, ateşe eşlik eden somon renkli döküntü, boğaz ağrısı ile karakterizedir. Tedavisinde kullanılan IL-1 antagonistlerinden anakinra enjeksiyonu sonrasında lokalize eritem ve kaşıntı görülebilmekte ancak generalize eritem ve döküntü bildirilmemiştir.

Vaka: 26 yaşında kadın hasta, boğaz ağrısı, tekrarlayan ateşle birlikte boyun bölgesinde somon renkli döküntüler ve eklem ağrısı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Enfeksiyöz nedenlere yönelik yapılan etiyolojik değerlendirmede müspet bulgu saptanmadı. Hastanın takibinde 38 üzerinde tekrarlayan ateşi, ferritin 13303 mcg/L, ALT 72 U/L AST 112 U/L olması üzerine Still hastalığı ön tanısıyla servisimize yatışı yapıldı. 64 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Oral steroid tedavisi altında ateşi, eşlik eden döküntüsü, hiperferritinemisi ve karaciğer enzim yüksekliği devam etmesi üzerine 3 gün pulse steroid tedavisi planlandı. Tedavi yanıtı olması üzerine Anakinra 100 mg ve 60 mg deflazokort tedavisine geçildi. Anakinra tedavisi altında ateşinin düşmesi, ferritin ve karaciğer fonksiyon testlerinin normalize olmasına karşın kaşıntı şikayetinin eklenmesi ve döküntülerinin yaygınlaşması üzerine antihistaminik ve montelukast tedavileri başlandı. Hastanın anakinra enjeksiyon yerlerinde reaksiyon görüldü ve tedavi kesildi ancak el ve ayak içlerinde, sırtında, bacaklarında, kollarında döküntü ve kaşıntılarının aşırı artması nedeniyle 1 kez 500 mg pulse steroid verildi, klinik yanıt elde edilmemesi sebebi devam edilmedi. (Resim 1,2) Hasta dermatoloji tarafından anakinraya bağlı ilaç erupsiyonu olarak değerlendirildi. 3 doz 0,2 joule UVA tedavisi sonrasında 200 mg/gün siklosporin tedavisi başlandı. Alınan cilt biyopsisi ilaç erupsiyonu ile uyumlu, lenfosit ağırlıklı minimal perivasküler dermatit, likenoid dermatit, eritema multiforme olarak raporlandı. Siklosporin tedavisi altında cilt lezyonları gerileyen hasta Still hastalığı açısından da remisyonda takip edilmektedir.

Tartışma: Erişkin Still hastalığında döküntüler hem hastalık aktivasyonunda hem de eşlik eden enfeksiyon, ilaç erupsiyonları gibi durumlarda da görülebilir. Anakinra ilişkili ilaç reaksiyonları lokal olabileceği gibi tüm vücudu kaplayan genişlikte de olabileceği unutulmamalıdır. Still hastalığında gelişen cilt döküntüleri, hastalığın patognomonik klinik ve laboratuvar bulgularının yokluğunda Still hastalığına atfetmeden önce ayırıcı tanılar mutlaka düşünülmelidir.

Resim 1



Lokal enjeksiyon yeri reaksiyonu

Resim 2



Sırtta görülen generalize eritem

PP33

Ankilozan spondilit tanısı ile takipli bir hastada akciğer grafisi ile tanı konulan mide hiatal hernisi

Zeynep Tüzün

Adana şehir eğitim ve araştırma hastanesi

AS tanısı ile 20 yıldır takipli hasta NSAİD yanıtızsız olması üzerine biyolojik başlanılmak istendi. Hastanın çekilen AKC grafisinde sol tarafta çeperi belirgin hava sıvı seviyesi veren 8 cm civarı abse ile uyumlu görüntü mevcuttu. Hastaya göğüs hastalıkları önerisiyle toraks BT istendi ve görüntülemeye tip 3 mide hiatal hernisi saptandı.

Sonuç olarak abse tanısı dışlandıktan sonra biyolojik tedavisi başlandı. Akciğer grafisinde nadir de olsa hiatal herninin abse gibi değerlendirilebileceği akılda tutulmalıdır. rk

BT



PAAC



PP34

Glomus tümörü olgusu

Recep Yılmaz

Gaziantep Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Gaziantep

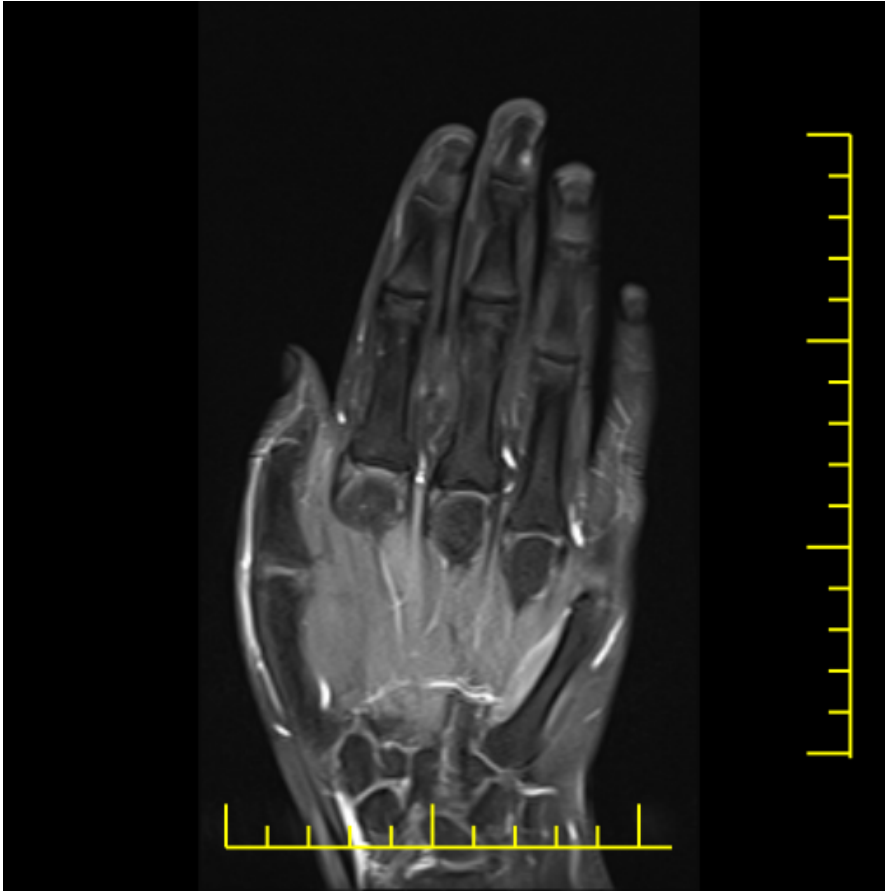
Giriş: Glomus tümörü subungual yerleşimli elin nadir görülen tümörlerindedir. En sık 30-50 yaş arasında ve daha çok kadınlarda gözlenmektedir. El distal ucunda keskin ağrı ve noktasal hassasiyet ile başvuru sıktır. Bu yazıda izole ağrı ile başvuran glomus tümörü vakası sunuldu.

Olgu: Bilinen bir tanısı olmayan 25 yaşında kadın hastanın 3 ay önce sağ el 3. parmak ucunda ağrısı başlamış. Şişlik, kızarıklık, ısı artışı olmamış. Ağrısı son 1 ayda giderek artmış. Son zamanlarda sürekli karakterde ve soğukla artan şekildeymiş. Arada hayat kalitesini bozacak düzeyde şiddetlenmiş. Travma öyküsü yokmuş. Diğer parmaklarında sorun yokmuş. Hastanın ağrısı analjeziklere yanıt verirmiş.

Fizik muayenede sağ el 3. distal tırnak civarında lokalize aşırı hassasiyeti saptandı. Bakılan rutinlerinde sedimentasyon ve CRP değerleri normal aralıkta görüldü. Glomus tümörü ön tanısıyla çekilen kontrastlı el MRG' de 3. parmak distal falanks dorsal yüzde tırnak yatağında yalnızca aksiyel yağ baskılı T1A ve T2A görüntülerde seçilebilen sinyal artışı izlendi (Resim1). El cerrahisi bölümünce opere edildi. Cerrahi materyalde glomus tümörü ile uyumlu bulgular saptandı.

Sonuç: Elin glomus tümörü izole ağrı ile başvuran kişilerde akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanı için bu hastalarda görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır.

Resim 1



PP35

Büyük Çaplı Damar Vaskülit Ayırıcı Tanısında Aort Diseksiyonu

Kürsat Baris, Nurçin Öğreten Yadigaroğlu, Utku Şentosun, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Aort diseksiyonu, aortun intimal tabakasında yırtık ve duvar içinde kanama ile karakterize yaşamı tehdit eden bir durumdur. Aort diseksiyonundainflamasyonun önemli bir rolü olup C-reaktif protein (CRP), sedimentasyon ve fibrinojen düzeyleri artmıştır. Biz burada büyük çaplı damar vaskülitini ön tanısı ile tetkik edilen ve ayırıcı tanıda vasküler diseksiyon, anevrizma, rüptür ve kanama durumlarını gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu: 57 yaş kadın hasta, 3 haftadan beri olan ateş yüksekliği, halsizlik, yorgunluk, göğüs ağrısı ve akut faz yüksekliği nedeni ile başvurdu. Öyküsünde diabetes mellitus dışında özellik yoktu. Fizik muayenede ateş 38,5°C, nabız 110/dk ve sağ ve sol üst ekstremitelerde tansiyon (sistolik/diyastol) farkı sırasıyla 110/70mmHg ve 90/60 mmHg idi. Laboratuvarında hemoglobin: 7,5 g/dl, lökosit: 8.200/µL,trombosit: 339.000/µL, sedimentasyon: 72 mm/h ve CRP:209 mg/L idi. ANA, Rf, AntiCCP, komplemanlar, hepatit markerları negatifti. Tam idrar analizi normal ve kan kültürlerinde üreme yoktu. Büyük çaplı damar vaskülit ön tanısıyla çekilen tomografide aortik valv düzeyinden başlayarak arkus aortaya uzanan 12 cm'lik bir segmentte ve en geniş yerinde 44 mm çapa ulaşan anevrizmatik görünüm izlendi. Anevrizma komşuluğunda en kalın yerde 20 mm kalınlıkta hemorajik ile uyumlu koleksiyon alanı izlendi (Şekil 1). EKO'da aort kökünün 2 cm distalindediseksiyon flebi ile uyumlu görünüm saptandı. Hasta acilen cerrahi işlem ile vasküler onarım yapıldı.Vasküler patoloji raporu aort anevrizması ve hematoma ile uyumlu geldi.

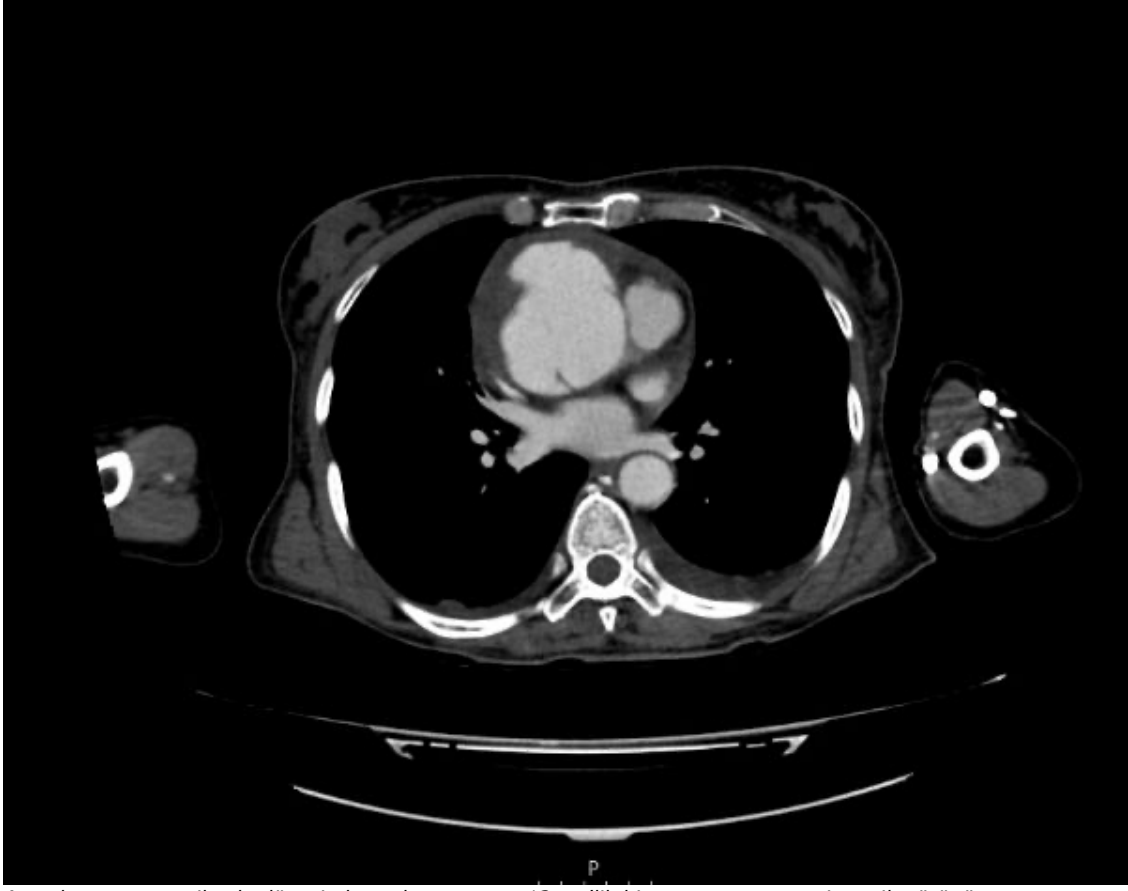
Tartışma: Konstitüsyonel bulgular,göğüs ağrısı, sağ/sol kol tansiyon farkı ve akut faz yüksekliği olan hastalarda ayırıcı tanıda büyük çaplı damar vaskülitini ve taklitçilerini ayırıcı tanıda düşünmek tedavi farklılıkları, mortalite ve prognoz açısından önemlidir.

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ AORT DİSEKSİYON,ANEVRİZMA GÖRÜNTÜLERİ



Asendan aorta aortik valv düzeyinden arkus aortaya 12 cm'lik bir segmentte anevrizmatik görünüm

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ AORT DİSEKSİYON, ANEVRİZMA GÖRÜNTÜLERİ



Asendan aorta aortikvalv düzeyinden arkus aortaya 12 cm'lik bir segmentte anevrizmatik görünüm

Sjögren Hastalığında Nadir Bir Durum: Üreter Tutulumu

Utku Şentosun¹, Kürşat Barış¹, Nurçin Öğreten Yadigaroglu¹, Göksel Tuzcu², Reyhan Köse Çobanoğlu¹, Gökhan Sargin¹, Taşkın Şentürk¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Radyoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Sjögren Hastalığı (SjH), başta tükürük ve gözyaşı bezleri olmak üzere ekzokrin bezlerin immun aracılı hasarı ile karakterize, kronik sistemik otoimmün bozukluktur. Hastalıkta %80-90 oranında glandüler tutulum ve %20 oranda ekstras glandüler tutulum (kas-eklem, cilt, pulmoner, gastrointestinal, renal, genitoüriner) görülür. Renal, mesane ve üreter tutulumu sıklığı az olup en sık tübülointertisyel nefrit olarak karşımıza çıkmaktadır (1). Biz burada kliniğimizde üreter tutulumu ile takip ettiğimiz hastayı sunarak genitoüriner sistem tutulumuna dikkat çekmeyi amaçladık.

Vaka: SjH neden ile takip edilmekte olan 52 yaşında kadın hasta yan ağrısı nedeniyle üroloji polikliniğinde değerlendirilmiştir. Hastanın yapılan ultrasonografide sol böbrekte grade 1 hidronefroz ve sol üreterdedilatasyontespit edilmiştir. Çekilen kontrastlı batın tomografisinde üreterkalibrasyonunda belirgin daralma, 18x7 mm boyutunda üreter lümeninde olduğu düşünülen yumuşak doku dansitesive iletimde gecikme gözlenmiştir (Şekil 1) Hastada hidronefroz olması nedeni ile üreteralstent yerleştirmiş ve işlem esnasında bu bölgeden biyopsi alınmıştır. Biyopsi materyalinin sonucunda fibrin yanısırainflamatuar hücreler içeren bağ doku izlenmiştir. Durumu açıklayacak ek nedenler dışlandıktan sonra hastadaki mevcut durum SjH ile ilişkilendirilerek hastaya kortikostreoid ve mikofenolatmofetil başlanarak hasta takibe alınmıştır.

Tartışma: SjH'de renal tutulum sıklıkla renal tübüler asidoz ve glomerülonefrit şeklinde olup üreter tutulumu nadiren bildirilmiştir (2). Yan ağrısı ve sık üriner sistem enfeksiyon öyküsü olan SjH hastalarında üriner sistem tutulumu akılda tutulması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Tromby F, Manfrè V, Chatzis LG, et al. Clinical manifestations, imaging and treatment of Sjögren's disease: one year in review 2024. Clin Exp Rheumatol. 2024;42:2322-35.
2. Yuhara T, Sakauchi M, Akama T, Suzuki H, Yamane K, Kashiwagi H. Sjögren's syndrome with hydronephrosis caused by pseudolymphoma. Intern Med. 1992;31:474-7.

Şekil-1.



Kontrastlı batın tomografisinde üreter kalibrasyonunda belirgin daralma ve 18x7 mm boyutunda üreter lümeninde olduğu düşünülen yumuşak doku dansitesi

PP37

Dekompanse Kalp Yetmezliği ile Prezente Olan Kardiyak Sarkoidoz Vakası

Nurcin Öğreten Yadigaroğlu¹, Utku Şentosun¹, Kürşat Barış¹, Göksel Tuzcu², Reyhan Köse Çobanoğlu¹, Gökhan Sargin¹, Taşkın Şentürk¹

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

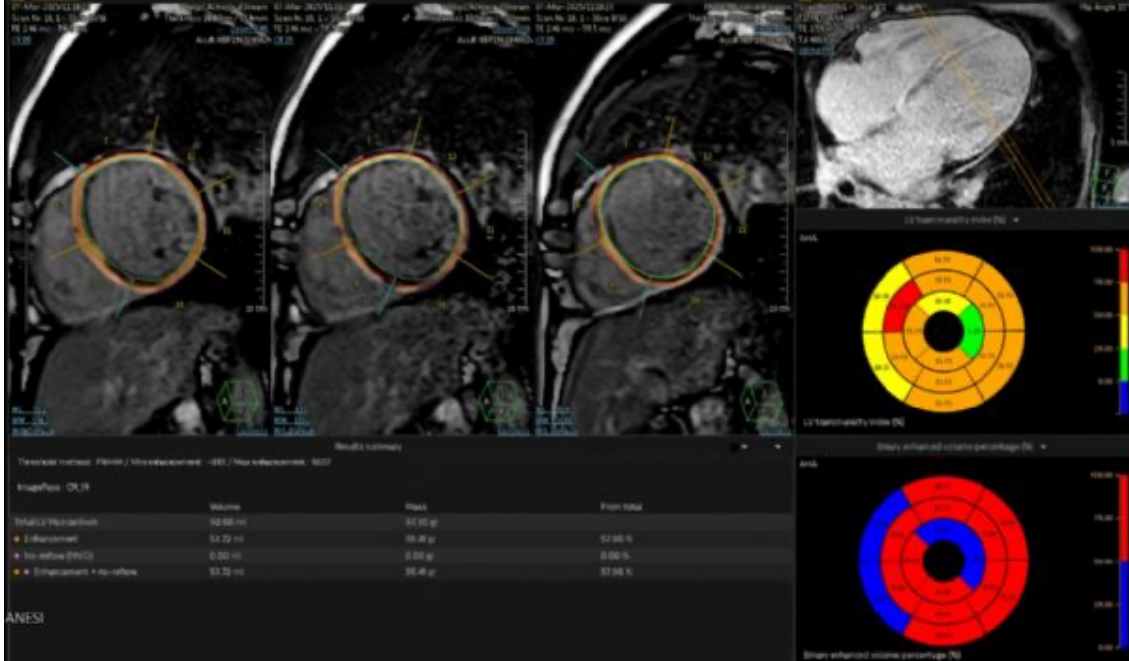
²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Sarkoidoz, etiyolojisi bilinmeyen multisistemik granülomatöz inflamatuvar bir hastalıktır. Akciğer, lenf nodu, deri, göz, eklem, karaciğer, gastrointestinal ve kardiyak tutulum görülebilir. Kardiyak tutulum %2-7 oranında olup hastalar kalp yetersizliği, aritmi ve ani kardiyak ölüm ile karşımıza çıkabilir. Biz burada dekompanse kalp yetmezliği ile presente olan kardiyak sarkoidoz olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta, iki haftadan beri olan göğüs ağrısı, efor dispnesi, karında şişlik ve bacaklarda ödem şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde sarkoidoz ve çölyak hastalığı vardı. Kaşektik görünümde olan hastada bilateral akciğer bazallerde ince raller, batında grade 3 asit, alt ekstremitelerde bilateral eritema nodosum ve 3+ gode bırakan ödem mevcuttu. Hastada transuda vasfında bilateral plevral efüzyon mevcuttu. Elektrokardiyografisi sinüs ritmindeydi. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %25 olup global hipokinezi gözlemlendi. Sarkoidoz tanısı anında transtorasik ekokardiyografi olağandı. Kardiyak MR geç kontrast dinamik görüntülerde subendokardiyal diffüz kontrastlanma izlendi. (Şekil 1-2) Hastada mikofenolat mofetil tedavisi yanında pulse steroid uygulandı. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir.

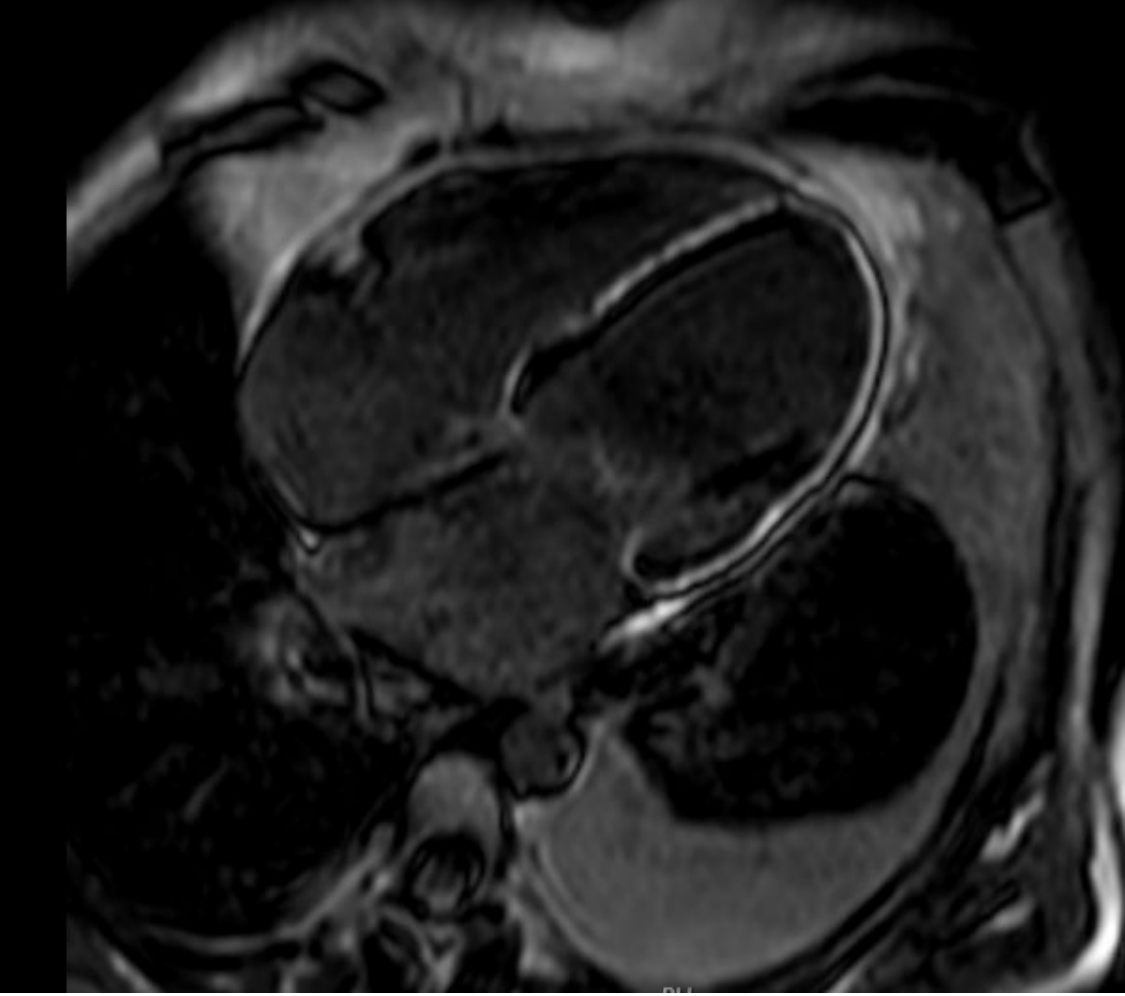
Tartışma: Bu olgu görüntüleme tekniklerinin kardiyak sarkoidoz tanısındaki önemini vurgulamaktadır. Kardiyak sarkoidoz, miyokardın granülomatöz inflamasyonundan kaynaklanan infiltratif bir kardiyomyopati olup erken tanı önemlidir. Kardiyak MRG, miyokardiyal ödem ve fibrozisi tespit etmekte yüksek duyarlılığa sahip olup kardiyak sarkoidoz tanısında altın standarttır.

Şekil 1.



Geç kontrast dinamik görüntülerde subendokardiyal diffüz kontrastlanma (miyokardiyal %57 oranında kontrast tutulumu)

Sekil 2.



Subendokardiyal diffüz kontrastlanma

PP38

Sakroiliak Eklem Manyetik Rezonans Görüntülemesinde Akut Lenfoblastik Lösemi

Ziya Gül¹, Hasan Bayındır¹, Dalga Avşar¹, Nurçin Öğreten Yadigaroğlu², Utku Şentosun², Göksel Tuzcu³, Reyhan Köse Çobanoğlu², Gökhan Sargın², Taşkın Şentürk²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Aksiyel spondiloartrit, omurgayı ve sakroiliak eklemleri tutan, inflamatuvar bel ağrısı ve ilerleyici omurga tutukluğuna neden olan kronik inflamatuvar romatolojik bir hastalıktır. Tipik olarak subkondral veya periartiküler kemik iliği etkilenmektedir. Eklem genişliğinde değişiklikler, erozyon, skleroz ve ankiloz olabilir. Manyetik rezonans (MR) inflamatuvar, yağlı değişiklikleri ve yapısal anormallikleri gösterir. Osteoporoz, osteoartrit, hiperparatiroidizm, mekanik stres, solid organ tümörleri ve hematolojik malignite tutulumları ayırıcı tanıda düşünülmelidir (1)

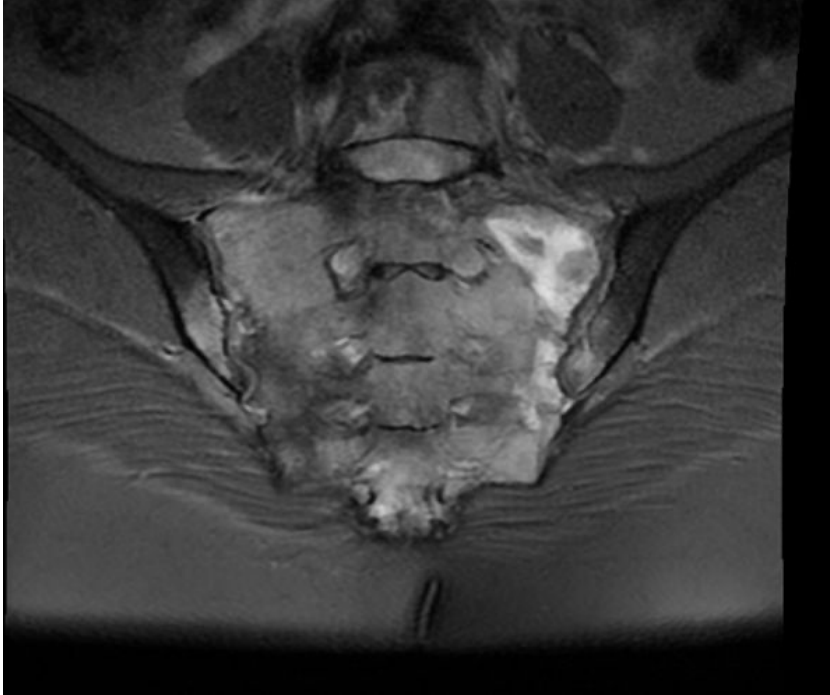
Olgu: 28 yaş kadın hasta sabah tutukluğu, bel ağrısı ve kilo kaybı ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvarında sedimantasyon: 64 mm/h, CRP: 15 mg/L, hemoglobin: 9,9 gr/dL, lökosit: 5910/µL, lenfosit: 4230/µL, nötrofil:1320/µL, trombosit:28000/µL ve HLA-B27 negatifti. Sakroiliak eklem MR'de periartiküler alanda subkondral kemik iliğinde her iki sakrum yüzde ve iliak kemikte bilateral heterojen sinyal artışı gözlemlendi (Şekil 1-2). Hastaya bel ağrısı nedeniyle indometazin ve parasetamol başlandı. Periferik yayma bulgularına göre hastaya kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı. Biyopside kemik iliğinde blastik karakterde hücreler gözlemlendi. Akut lenfoblastik lösemi tanısı ile hastaya Hyper-CVAD tedavisi uygulandı. Hastanın sakroiliak eklem MR'deki subkondral kemik iliği, sakrum ve iliak kemiklerdeki sinyal artışı akut lökoza bağlı kemik iliği tutulumu olarak değerlendirildi.

Tartışma: Aksiyel spondiloartrit klinik ve radyolojik bulgular ile tanı konulan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Görüntülemenin tanıda önemli bir yeri olmakla birlikte fokal kemik ağrısı, patolojik kırık, sakrum ve geniş yüzey tutulumu olan hastalarda lösemi tablosu akılda bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Antonelli MJ, Magrey M. Sacroiliitis mimics: a case report and review of the literature. BMC Musculoskelet Disord. 2017;18:170.

Şekil 1



Sakroiliak eklem MR'de periartiküler alanda subkondral kemik iliğinde her iki sakrum yüzde ve iliak kemikte bilateral heterojen sinyal artışı

PP39

Polimiyozit Tanılı Hastada Orak Hücreli Anemi: Görüntülemeye Yaygın Osteonekroz

Hasan Bayındır, Dalga Avşar, Ziya Gül, Nurçin Öğreten Yadigaroğlu, Utku Şentosun, Tolgahan Akca, Göksel Tuzcu, Ayşe Hilal Eroğlu Küçükdiller, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın

⁴Antalya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları, Romatoloji Bölümü, Antalya

Giriş: İnflamatuar miyopatiler kas güçsüzlüğü, deri bulguları ve kas enzim yükseklikleri ile seyreden otoimmün romatizmal bir hastalık grubudur. Kas enzimleri, elektromiyografi (EMG), manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve kas biyopsisi tanıda yardımcıdır (1). Orak hücreli anemi anormal Hb S oluşumu ile seyreden sık hemoglobinopatilerden biridir. Sarılık, solukluk, hepato-splenomegali ve krizler görülebilir. Sık krizlerde kemik dokuda avasküler nekroz gelişebilir (2).

Vaka: 39 yaşında erkek hasta proksimal kas güçsüzlüğü, ağrı ve yürümede güçlük nedeni ile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 10gr/dl, lökosit: 6.710/µL, trombosit: 205.000/µL, glukoz: 100 mg/dl, idrar tetkiki: olağan, kompleman C4: 0,35 g/L, kompleman C3: 1,23g/L, CK:1114 U/L, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, ANA, romatoid faktör, antiCCP, EMG ve kas biyopsi normal sınırlardaydı. Simetrik proksimal kas güçsüzlüğü ve kas enzim yüksekliği olan hasta olası polimiyozit ile takibe alındı. Metilprednizolon ve metotreksata rağmen proksimal kaslarda güçsüzlük ve CK yüksekliği devam etti. Omuz ve kalça MR'da humerus ve femurda yaygın osteonekroz alanları gözlemlendi (Şekil 1 ve 2). Anemi ve ağrı atakları olan hastada Na-metabisülfid testinde orak hücreleri görüldü. Hemoglobin elektroforezinde %67 oranında HbS görüldü ve hastaya orak hücreli anemi tanısı konuldu. Hidroksiüre ve indometazin ile tedavi edilen hastanın takipleri devam etmektedir.

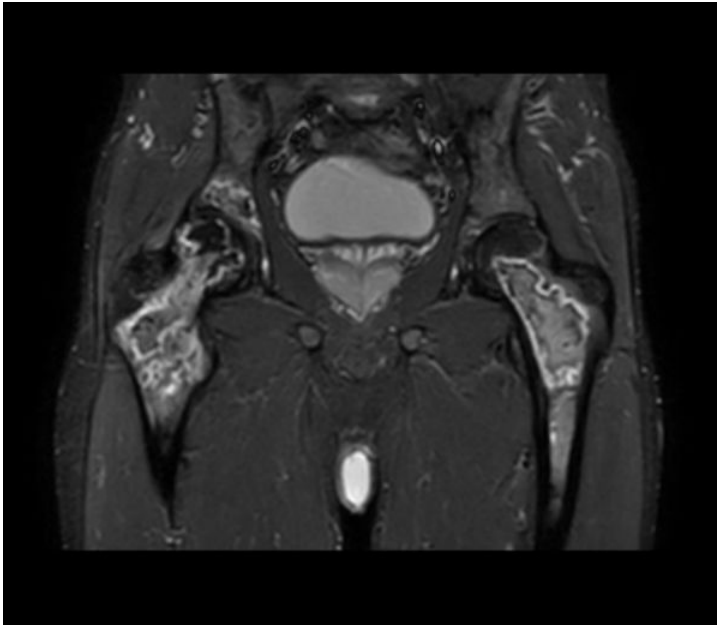
Tartışma: Görüntülemeye görülen yaygın avasküler nekroz alanları ayırıcı tanısında travma, alkol, diabet, kronik böbrek hastalığı, steroid kullanımı ve orak hücreli anemi düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Harrison's Principles of Internal Medicine 21th Edition page:2819-2825

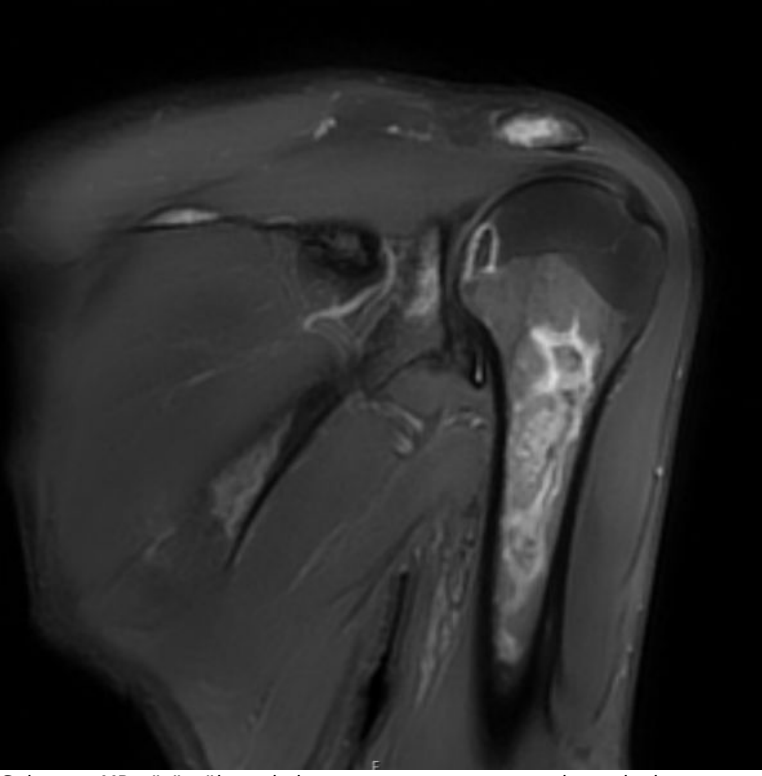
2. Piccin A, O'Connor-Byrne N, Daves M, et al. Autoimmune disease and sickle cell anaemia: 'Intersecting pathways and differential diagnosis. Br J Haematol. 2022;197:518-528.

Şekil 1



Kalça MR görüntülemeye bilateral femurda yaygın osteonekroz alanları

Sekil 2



Sol omuz MR görüntülemesinde humerusta yaygın osteonekroz alanları

Sistemik Skleroz Tanılı Hastada Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

Dalga Avşar, Hasan Bayındır, Ziya Gül, Nurçin Öğreten Yadiğaroğlu, Utku Şentosun, Göksel Tuzcu, Atakan Turğutkaya, Reyhan Köse Çobanoğlu, Gökhan Sargın, Taşkın Şentürk

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

³Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Sistemik Skleroz (SSc), vaskülopati, deri ve iç organların fibrozisi ile karakterize kronik multisistemik bir hastalıktır. SSc'de akciğer, meme, karaciğer, mesane ve hematolojik kanserlerde artmış risk vardır. Anti-RNA Pol III, anti-topoizomeras I, anti-sentromer antikorları malignite ile ilişkilidir (1) Biz burada SSc tanılı hastada kanser gelişme riskini ve diffüz büyük B hücreli lenfomayı sunmayı amaçladık.

Vaka: Sistemik skleroz tanısıyla takip edilmekte olan hasta son bir yıldan beri olan kilo kaybı olması nedeni ile başvurdu. Hasta Raynaud fenomeni, sklerodaktili, dijital ülser, pulmoner hipertansiyon, telenjiyektazi, kalsinozis ve ANA 1/1000 titrede sentromer paternde olması nedeni ile sistemik skleroz tanısı almıştı. Hemoglobin 12,4 gr/dL, lökosit 6.180 mkrL, nötrofil 2.700 mkrL, lenfosit 2.710 mkrL, trombosit 190.000 mkrL, CRP 11,45 mg/dl, sedimantasyon 55 mm/h idi.

Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipotiroidi vardı. Hasta SSc yönelik asetil salisilik asit, nifedipin, metotreksat ve düşük doz metilprednizolon almaktaydı. Çekilen toraks BT'de sağ akciğer orta segmentte bronşa yakın konsalide alan ve kitle gözlemlendi (Şekil 1). Bronkoskopi ile yapılan lenf nodu ince iğne biyopisi bening olarak geldi. Takiplerde yüksek akut faz reaktanları nedeni ile tekrardan çekilen BT'de akciğerdeki konsolide alan, kitle ve lenf nodlarında progresyon izlendi. Tekrardan yapılan biyopide diffüz büyük B hücreli lenfoma saptandı. Hastaya rituksimab, siklofosamid, doksorubisin, vinkristin ve prednizolon başlandı. Romatolojik olarak hasta asetil salisilik asit, nifedipin ve bosentan kullanmaktadır.

Tartışma: Romatizmal hastalıklarda, hastalığın kendisine bağlı, tedavide kullanılan ajanlara bağlı malignite gelişebilir. Konstisyonel semptomları, kilo kaybı ve alarm semptomları olan romatizmal hastalığı olan hastalarda uygun taraması yapılmalı, hematolojik maligniteler ve solid tümörler akla getirilmelidir.

Kaynaklar:

1. Lepri G, Catalano M, Bellando-Randone S, et al. Systemic Sclerosis Association with Malignancy. Clin Rev Allergy Immunol. 2022;63:398-416.

Şekil 1



Toraks BT'de sağ akciğer orta segmentte bronşa yakın konsalide alan ve kitle

ROMATOLOJİ GÖRÜNTÜLEME SEMPOZYUMU

**ORGANİZASYON
SEKRETERYASI**



D Event Turizm Organizasyon

İçerenköy Mah. Çayır Cad. No:5 Bay Plaza Kat:12

Ataşehir, İstanbul

Tel: +90 216 573 18 36

E-mail: kongre@devent.com.tr

Web: www.devent.com.tr



www.romatolojigoruntuleme.com