

İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026

12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026

June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



Sempozyum Eş Başkanları

Prof. Dr. Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi FTR AD. ve Romatoloji BD. Başkanı
TRASD İstanbul Şubesi Başkanı

Prof. Dr. Abrar A. Qureshi

Brown Üniversitesi Dermatoloji AD. Başkanı
Rhode Island-ABD



ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Multidisipliner sempozyumumuz, “İstanbul Dermato-Gastro-Romatoloji Güncelleme Zirvesi”ni 7. defa 12-14 Haziran 2026 tarihlerinde Point Otel Barbaros’ta düzenlemenin heyecanını sizinle paylaşmak istiyoruz. Birinci toplantımızı 2020 yılında pandemi sebebiyle online olarak düzenlediğimiz sempozyumumuza her yıl ilgi ve katılım artarak devam etmekte olup, ilk yüz yüze sempozyumumuzu 2022 yılında 8 yabancı, 40 yerli konuşmacının katkılarıyla gerçekleştirdik.

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği (TRASD) İstanbul Şubesi’nin, Brown Üniversitesi ile birlikte düzenlediği sempozyumumuzu, Türkiye’nin tarih, kültür ve doğal güzelliği ile eşsiz şehri İstanbul’da gerçekleştirecek olmamız ayrıca mutluluk kaynağıdır.

Sempozyum sonrası hastalıkların farklı uzmanlık alanlarının birlikte değerlendirilmesinin çok yararlı olduğu geri bildirimleri bu toplantıların multidisipliner olarak düzenlenmesinde bizleri motive etmektedir.

Güncelleme zirvesinde ulusal ve uluslararası bilimsel tanınırlığı olan konuşmacılar, dermatoloji, gastroenteroloji ve romatolojinin birlikte ilgilenmesini gerektiren, tanı, tedavi ve hasta yönetimi ile ilgili sunumlar yapacaktır. Sunumların yanı sıra, uzmanına danış oturumları ve kursların tamamen pratik bilgi kullanımına yönelik, gerçek dünya klinik çalışmalarını temel alan ve vaka tabanlı tartışmalara ağırlık verilecektir.

İnteraktif bilimsel programı ile beğeninizi kazanacağını düşündüğümüz toplantımızda, siz değerli meslektaşlarımızın katılım ve bilimsel katkıları kongremizi zenginleştirecektir.

Sizleri “Asya ve Avrupa’yı birleştiren efsane şehrinde” ağırlamayı heyecanla bekliyoruz!

Saygılarımızla,

Sempozyum Eş Başkanları

Prof. Dr. Tuncay Duruöz
Marmara Üniversitesi FTR AD ve
Romatoloji BD Başkanı
TRASD İstanbul Şubesi Başkanı

Prof. Dr. Abrar A. Qureshi
Brown Üniversitesi Dermatoloji
AD. Başkanı
Rhode Island - ABD



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



KURULLAR

Sempozyum Eş Başkanları

Prof. Dr. Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi, FTR AD, Romatoloji BD Başkanı
TRASD İstanbul Şubesi Başkanı

Prof. Dr. Abrar Qureshi

Brown Üniversitesi, Dermatoloji AD
Başkanı Rhode Island – A.B.D.

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi, FTR AD, Romatoloji BD Başkanı
TRASD İstanbul Şubesi Başkanı

Prof. Dr. Hakan Gündüz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Abrar A. Qureshi

Brown Üniversitesi, ABD, Dermatoloji AD Başkanı

Prof. Dr. Nilay Şahin

Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, FTR AD Başkanı

Prof. Dr. Betül Sözeri

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. İlkin Zindancı

SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, Haydarpaşa Numune Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Doç. Dr. Savaş Şencan

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Canan Şanal

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Erkingül Birday

Medipol Sağlık Grubu, Nöroloji Ana Bilim Dalı

Doç. Dr. Halise Hande Gezer

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi



KURULLAR

Bilimsel Kurul

- Prof. Dr. Abdou Rajack Ndiaye**
Senegal Silahlı Kuvvetleri, Sağlık Hizmetleri Direktörlüğü, Dakar
- Doç. Dr. Abdullah Demirbaş**
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD
- Prof. Dr. Abrar Qureshi**
Brown Üniversitesi Warren Alpert Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD
- Uzm. Dr. Ahmet Kıvanç Cengiz**
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD
- Prof. Dr. Algün Polat Ekinci**
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD
- Doç. Dr. Anthony M. Reginato**
Brown Üniversitesi Warren Alpert Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD
- Doç. Dr. Armen Yuri Gasparyan**
Birmingham Üniversitesi Eğitim Vakfı / Dudley Group NHS Foundation Trust, Birleşik Krallık
- Dr. Assia Haddouche**
Romatoloji AD, Ben Aknoun Uzman Hastanesi (EHS) / Bilim ve Sağlık Üniversitesi, Cezayir
- Uzm. Dr. Aygün Özer**
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal EAH, Romatoloji
- Prof. Dr. Ayhan Kamanlı**
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD
- Uzm. Dr. Begüm Işık Özak**
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği
- Prof. Dr. Belgin Erhan**
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, FTR Kliniği
- Prof. Dr. Betül Sözeri**
SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD / Çocuk Romatolojisi BD
- Doç. Dr. Birgül Özkesici Kurt**
İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji
- Dr. Öğr. Üyesi Bora Uzuner**
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Algoloji
- Doç. Dr. Canan Şanal**
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD
- Prof. Dr. Cihan Aksoy**
Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Liv Hospital, FTR Kliniği
- Dr. Davletova Fotima Otabekovna**
Taşkent Tıp Akademisi, Pediatri AD
- Uzm. Dr. Didem Erdem Gürsoy**
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi / Romatoloji
- Prof. Dr. Duygu Geler Külcü**
SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, FTR AD / Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği
- Uzm. Dr. Ebru Atalar**
Ankara Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi / Romatoloji
- Prof. Dr. Erkingül Birday**
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD / Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Nöroloji Kliniği
- Dr. Faisal Parlindungan**
Endonezya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD
- Doç. Dr. Fariz Yahya**
Malaya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



KURULLAR

Prof. Dr. Feyza Ünlü Özkan

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği

Prof. Dr. Filiz Cebeci

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Galymzhan Togizbayev

Kazak Ulusal İç Hastalıkları Araştırma Enstitüsü, Romatoloji Merkezi / Kazak Romatoloji Koleji Başkanı

Doç. Dr. Gizem Cengiz

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Uzm. Dr. Gözde Ulutaş Demirbaş

Kocaeli Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. Hakan Gündüz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Algoloji BD

Doç. Dr. Halise Hande Gezer

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Uzm. Dr. Hatice Şule Baklacioğlu

Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastanesi, FTR Kliniği / Romatoloji

Doç. Dr. İbrahim Halil Erdem

SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, FTR AD / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, FTR Kliniği

Prof. Dr. İlkin Zindancı

SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD / İstanbul EAH, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Prof. Dr. İlknur Altunay

SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD / Şişli Hamidiye Etfal EAH,
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Dr. Ines Cherif

Mohamed Kassab Ortopedi Enstitüsü, Romatoloji Birimi / Tunus El Manar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. İsmihan Sunar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Dr. Kadir Ulu

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH, Çocuk Romatoloji

Doç. Dr. Kemal Erol

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Doç. Dr. Kevser Orhan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Doç. Dr. Kübra Öztürk

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Romatolojisi BD

Prof. Dr. Muhammed Ahmed Saeed

Central Park Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD / Romatoloji BD

Uzm. Dr. Nesrin Şen

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, FTR Kliniği / Romatoloji

Prof. Dr. Nilay Şahin

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD

Doç. Dr. Nuran Öz

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR / Romatoloji BD

Doç. Dr. Nurşad Çiftçi

SBÜ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Nur Filiz Ok

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR / Romatoloji BD

Prof. Dr. Özge Keniş Coşkun

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD

Prof. Dr. Özgür Akgül

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**İSTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



KURULLAR

Prof. Dr. Rifkiye Küçüköğlü

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları AD

Prof. Dr. Salih Özgöçmen

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Dr. Samar Al-Emadi

Hamad Medical Corporation, İç Hastalıkları / Romatoloji Bölümü (Romatoloji Bölüm Başkanı)

Prof. Dr. Sami Hizmetli

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Doç. Dr. Savaş Şencan

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Algoloji BD

Uzm. Dr. Selin Cilli Hayiroğlu

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, FTR Kliniği / Romatoloji

Doç. Dr. Serdar Kokar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Algoloji BD

Doç. Dr. Sertaç Ketenci

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD

Doç. Dr. Sevcan Uğur

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR AD / Romatoloji BD

Doç. Dr. Sinem Sağ

İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği / Romatoloji

Dr. Şahla Hادیeva

Azerbaycan Tıp Üniversitesi, İç Hastalıkları III AD / INCI Clinic Bakü, Romatoloji

Prof. Dr. Şule Poturoğlu

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları AD / Gastroenteroloji BD

Prof. Dr. Tefik Ecdar

İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD / Nefroloji BD / Liv Hospital Vadistanbul, Nefroloji Bölümü

Prof. Dr. Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi, FTR AD, Romatoloji BD Başkanı, TRASD İstanbul Şubesi Başkanı

Doç. Dr. Tülay Yıldırım

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD

Dr. Umida Khojakulova

Güney Kazakistan Tıp Akademisi, Acil Tıp ve Hemşirelik Bölümü (Shymkent, Kazakistan)

Doç. Dr. Ümit Yalçın

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, FTR Kliniği

Doç. Dr. Yeliz Bahar Özdemir

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD

Uzm. Dr. Yusuf Karabulut

Özel Doruk Yıldırım Hastanesi, İç Hastalıkları / Romatoloji

Prof. Dr. Zafer Günendi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD / Romatoloji BD



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



ANA KONULAR

Behçet Hastalığı
Miyozit
İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
Kutanöz Lupus
Mikrobiyota ve Disbiyozis
Psoriasis
Psöriyatik Artrit
Romatoid Artrit
Sistemik Lupus Eritematozus
Skleroderma
Osteoporoz
Ankilozan Spondilit
Juvenil İdiopatik Artrit
Ağrı Yönetimi
Fibromiyalji
Üveit
Osteoartrit

KURSLAR

Punch Biopsi Kursu (İngilizce)
Miyofasiyal Ağrı Tedavisinde Kuru İğneleme Kursu
Kapilleroskopi Kursu
Makale Yazma Kursu (İngilizce)
Olgularla Nöro-Romatolojik Yaklaşım Kursu
Görsellerle Dermato-Romatoloji Kursu



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



BİLİMSEL PROGRAM

12 HAZİRAN 2026, CUMA		
	SALON A	SALON B
09:00-12:00	Kurs Kronik Miyofasiyal Ağrılarda Santral Sensitizasyon ve Kuru İğneleme Kursu Tuncay Duruöz, Canan Şanal	Kurs Kapilleroskopi Kursu Sami Hizmetli, Nuran Öz, Kadir Ulu, Nur Filiz Ok
12:00-12:45	Öğle Yemeği	
12:45-13:00	Açılış Töreni Tuncay Duruöz, Abrar Qureshi (Sempozyum Eş Başkanları)	
13:00-14:00	Oturum Başkanları: Hakan Gündüz, Özgür Akgül	
13:00-13:15	Aksiyel Spondiloartritlerde Tanıya Yaklaşımda Yeni Kriterler Sertaç Ketenci	
13:15-13:30	Aksiyel Spondiloartritlerde Tedaviye Güncel Yaklaşım İsmihan Sunar	
13:30-13:45	Biyolojik ve Hedefe Yönelik DMARD Kullanımında Nelere Dikkat Etmeliyiz? Nilay Şahin	
13:45-14:00	Tartışma	
14:00-15:15	Oturum Başkanları: Ayhan Kamanlı, Abdullah Demirbaş	
14:00-14:15	Klinik Yönleriyle Psoriasis Algün Polat Ekinci	
14:15-14:30	Psöriasissten Psoriatik Artrite Geçiş Engellenebilir mi? Sinem Sağ	
14:30-14:45	Psoriasisli Gebe Hastanın Yönetimi Birgül Özkesici Kurt	
14:45-15:00	Tedavisi Zor PsA'ya Klinik Yaklaşım Özgür Akgül	
15:00-15:15	Tartışma	
15:15-15:45	Kahve Molası	
15:45-17:00	Oturum Başkanları: Didem Erdem Gürsoy, Savaş Şencan	
15:45-16:00	Systemic Lupus Erythematosus, Hematological Abnormalities and New Approaches to Treatment Şehla Hadiyeva	
16:00-16:15	Obezite, Metabolik Sendrom ve Romatizmal Hastalıklar Ebru Atalar	
16:15-16:30	Romatolojik Hastalıklarda Komorbidite Yönetimi Kıvanç Cengiz	
16:30-16:45	Sistemik Romatizmal Hastalıklarla İlişkili İAH: Tanı ve Tedavide Kılavuzlar Kemal Erol	
16:45-17:00	Tartışma	



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



BİLİMSEL PROGRAM

12 HAZİRAN 2026, CUMA		
	SALON A	SALON B
17:00-18:15	Oturum Başkanları: Belgin Erhan, Tülay Yıldırım	
17:00-17:15	Early Detection of Rheumatoid and Psoriatic Arthritis: Can Ultrasound Make the Difference? Assia Haddouche	
17:15-17:30	Osteoporoz Görüntülemeye Tuzaklar ve İpuçları Canan Şanal	
17:30-17:45	Romatizmal Hastalıklarda Tamamlayıcı Tıp Yaklaşımı Cihan Aksoy	
17:45-18:00	Hidraadenitis Süpürativada Beslenmenin Önemi Begüm Işık Özak	
18:00-18:15	Tartışma	

13 HAZİRAN 2026, CUMARTESİ

	SALON A	SALON B
08:00-09:00	Sözel Sunum Oturumları Oturum Başkanları: Nuran Öz, Gizem Cengiz	Sözel Sunum Oturumları Oturum Başkanları: Didem Erdem Gürsoy, Yeliz Bahar Özdemir
	SS-002 Fibromiyalji Benzeri Klinik Tablo ile Başvuran Bir Olguda Ayırıcı Tanı Yaklaşımı: Farklı Lyme Kılavuzlarının Tanısal Yorumları Mert Sancar SS-003 Unilateral Transtibial Ampütasyonu Olan Bireylerde Diz Osteoartriti Radyografik Şiddeti, Fonksiyonel Mobilite ve Protez Memnuniyeti Arasındaki İlişki Muhsin Doran SS-004 Psoriatik Artrit Tanılı Hastalarda 2D/4D Oranı Hastalık Aktivitesini Etkiliyor mu? Ön Sonuçlar Merve Tunç SS-005 Pediatrik Başlangıçlı Behçet Hastalığında CALLY ve HALP İndekslerinin Hastalık Aktivitesi ile İlişkisi Ufuk Furkan Özdemir SS-006 Sistemik Hastalık Eşliğinde Lomber Disk Herniasyonunda Spontan Rezorpsiyon: Multidisipliner Yaklaşımın Önemi – Olgu Sunumu İbrahim Ok SS-007 Gut Hastalarında Healthy Eating Index-2020 (HEI-2020) ile Son 1 Haftadaki Akut Atak Varlığı Arasındaki İlişki Selin Cilli Hayiroğlu SS-008 Çocukluk Çağı IgA Vaskülitinde Gastrointestinal Tutulum: Mevsimsel Dağılım ve Klinik Özellikler Eda Nur Dizman SS-016 Aksiyel spondilartiritli hastalarda D Vitamini eksikliği ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Gizem Cengiz	SS-009 Çocuklarda IgA Vaskülitinde Visseral Tutulum ile Sistemik İnflamatuvar İndekslerin İlişkisi Zelal Aydın SS-011 Juvenil İdiopatik Artritli Çocuklarda Tırnak Kıvrımı Videokapillaroskopi Paternlerinin Değerlendirilmesi Elif Küçük SS-012 Heterozigot MEFV Varyantı Olan Çocuklarda Kolşisin Gereksinimini Öngören Faktörler Lütfiye Kuru SS-013 Psoriasis Hastalarında IL-17 ve IL-23 Hedefli Biyolojik Tedavi Seçiminde Psoriatik Artrit ve Başlangıç PASI Skorunun Rolü Adil Öncel SS-014 FMF’li Adolesan Hastalarda Menstrüasyon İlişkili Gastrointestinal Yakınmalar Ferah Kaya SS-015 Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında film kaplı ve sıkıştırılmış tablet kolşisinin gastrointestinal yan etkilerinin karşılaştırılması Elif Dinçses Nas SS-017 Aksiyel Spondilartiritte Akdeniz Diyetine Uyumun Hastalık Aktivitesi ve Klinik Sonuçlar ile İlişkisinin Değerlendirilmesi Nur Filiz Ok
09:00-10:00	Oturum Başkanları: Sami Hizmetli, Samar Al-Emadi	
09:00-09:20	Yıla Bakış 2025: Romatoloji Tuncay Duruöz	
09:20-09:40	Yıla Bakış 2025: Dermatoloji Abrar Qureshi	
09:40-10:00	Yıla Bakış 2025: Romatolojide Görüntüleme Halise Hande Gezer	
10:00-10:40	Oturum Başkanları: Salih Özgöçmen, Zafer Günendi	
10:00-10:40	Rheumatolog and Dermatology Case Discussions Abrar Qureshi Antony Reginato	
10:40-11:00	Kahve Molası	



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



13 HAZİRAN 2026, CUMARTESİ

	SALON A	SALON B
11:00-11:40	Uydu Sempozyumu SANDOZ Spondiloartropatiler ve İnflamatuar Barsak Hastalıklarında Olgular Eşliğinde Adalimumab'ın Etkinlik ve Güvenlilik Verileri Moderatör: Tuncay Duruöz Konuşmacılar: Şule Poturoğlu, Halise Hande Gezer	
11:40-12:50	Oturum Başkanları: Halise Hande Gezer, İbrahim Erdem	
11:40-12:00	Diagnosing Sjögren's Syndrome: Challenges, Pitfalls and New Insights Ines Cherif	
12:00-12:20	Reproductive Health in Patients with Rheumatic Disease Samar Al-Emadi	
12:20-12:40	Bağ Doku Hastalıklarında Karaciğer Tutulumu: Otoimmün Hepatit Ne Zaman Düşünülmeli? Şule Poturoğlu	
12:40-12:50	Tartışma	
12:50-13:30	Öğle Yemeği	
13:30-14:10	Uydu Sempozyumu abbvie Ankilozan Spondilit Tedavisinde Standart ve Sonrası Moderatör: Tuncay Duruöz Konuşmacılar: Feyza Ünlü Özkan, Duygu Geler Külcü	
14:10-15:20	Oturum Başkanları: Armen Gasparyan, Assia Haddouche	
14:10-14:30	Early Diagnosis in SLE: Clinical Clues and Red Flags Antony Reginato	
14:30-14:50	Current Approach to the Diagnosis and Treatment of Lupus Nephritis Muhammad Ahmed Saeed	
14:50-15:10	Renoprotection in Patients with Rheumatologic Disases Tevfik Ecder	
15:10-15:20	Tartışma	
15:20-15:40	Kahve Molası	
15:40-16:50	Oturum Başkanları: Abrar Qureshi, Ümit Yalçın	
15:40-16:00	Tedavisi Zor RA'ya Klinik Yaklaşım Kevser Orhan	
16:00-16:20	Rheumatoid Arthritis and Oral and Dental Diseases Abdou Rajack Ndiaye	
16:20-16:40	Personalized Medicine in Rheumatoid Arthritis: Case-Based Discussions Fariz Yahya	
16:40-16:50	Tartışma	



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



13 HAZİRAN 2026, CUMARTESİ

	SALON A	SALON B
16:50-18:00	Oturum Başkanları: Kemal Erol, İsmihan Sunar	
16:50-17:10	Crystal Arthritis: Challenges in Diagnosis and Management Faisal Parlindungan	
17:10-17:30	Kolşisin Dirençli FMF Tedavisi: IL-1 Blokerleri ve Diğerleri Sevcan Uğur	
17:30-17:50	Gout in Central Asia: Key Factors Driving Clinical Outcomes Galymzhan Togizbayev	
17:50-18:00	Tartışma	
18:00-19:00	KURS Advance Scholarly Writing in Rheumatology Armen Gasparyan, Umida Khojakulova	Kurs Punch Biyopsi Abrar Qureshi



14 HAZİRAN 2026, PAZAR

	SALON A	SALON B
08:00-09:00	Sözel Sunum Oturumları Oturum Başkanları: Selin Cilli Hayıroğlu, Şule Baklacioğlu	Sözel Sunum Oturumları Oturum Başkanları: Nur Filiz Ok, Aygün Özer
	SS-001 Henoch-Schönlein Purpurasının Nadir Bir Komplikasyonu: Derin Ven Trombozuyla Seyreden İki Olgu Sunumu Selin Tambora	SS-025 Behçet Hastalarında Duruöz El İndeksinin Geçerliliği ve Psikometrik Özellikleri: Ön Çalışma Reihaneh Houshyar Zarnaghi
	SS-010 Pernio Spektrumunda Klinik-Histopatolojik Değerlendirme: Üç Olguluk Seri Selin Tambora	SS-026 Yaşlı Erişkinlerde D Vitamini Eksikliği, Artmış Sarkopeni Şiddeti ve Fonksiyonel Kayıp ile İlişkilidir: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma Tulay Yıldırım
	SS-018 Fibromiyalji Hastalarında Kullanılan Gabapentinoid (Pregabalin) Vitamin B12 ve Folat Düzeylerini Etkiler mi? Retrospektif Bir Çalışma Deniz Öke	SS-027 Kronik Bel Ağrısı Olan Hastalarda TENS Tedavisinin Gerçek Dünya Klinik Sonuçları: Öncesi-Sonrası Çalışma Tulay Yıldırım
	SS-019 Sistemik Skleroz Hastalarında Diyafram Mobilitesi ve Kalınlığının Klinik Parametreler ve Akciğer Tutulumu ile olan ilişkisinin incelenmesi Münire Nazlı Höbek Başer	SS-028 Ürtikeryal Vaskülit Eşlik Eden Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Anifrolumab Kullanımı: Bir Olgu Sunumu Zeynep Melis Kurt
	SS-020 Ankilozan Spondilit Hastalarında Santral Sensitizasyonun İrritabl Barsak Sendromu ve Gastrointestinal Semptomlar ile ilişkisi: Ön Sonuçlar Merve Uysal	SS-029 Diyabetik Polinöropatili Hastalarda Pregabalin Tedavisine Eklenen İntermitan Pnömatik Kompresyonun Nöropatik Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Nilay Şahin
	SS-021 Pediatrik FMF Ataklarında Akut Apandisit ile Örtülebilen İnflamatuvar Belirteçler Merve Özen Balcı	SS-030 Tekrarlayan Atakların Ötesinde: Uzun Dönem Takipte Bir Ailevi Akdeniz Ateşi Olgusunda Multidisipliner Yaklaşımın Önemi Furkan Seçil
	SS-022 Romatoid Artrit Tanılı Hastalarda Kraniyal Sinir Fonksiyonları ve Bunun Klinik, Otonomik Parametrelerle ilişkisi Ayşegül Geyik Yıldırım	SS-031 Tedavisi Zor (D2T) Romatoid Artrit, Spondiloartrit ve Psöriatik Artrit Hastalarının Hastalık Prevelansı, Klinik Özellikleri ve Tedaviye Yanıt Paternlerinin incelenmesi: Ön Rapor Betül Türkan
	SS-023 Kronik İnflamatuvar Bel Ağrısı ile Başvuran Multifokal Vertebral ve Pelvik Osseöz Sarkoidoz: Olgu Sunumu Ahmet Hakan Gürdal	
	SS-024 Sjögren Sendromunda Komorbidite Yüğü ve Hastalık Aktivitesi Arasındaki ilişki Şeymanur Karacaoğlu	
09:00-10:00	Oturum Başkanları: Betül Sözeri, Kevser Orhan	
09:00-09:15	Erken Evre Sistemik Sklerozun Önemi ve Progresyon Önlenebilir mi? Nuran Öz	
09:15-09:30	Dermatomiyozit Deri Bulguları ve Ayırıcı Tanı Rıfkiye Küçükoğlu	
09:30-09:45	Juvenil Dermatomyozitte Tanı Tedavi ve Uzun Dönem Takipte Dikkat Edilecekler Kübra Öztürk	
09:45-10:00	Tartışma	



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



14 HAZİRAN 2026, PAZAR

	SALON A	SALON B
10:00-11:00	Uydu Sempozyumu FARMANOVA Oturum Başkanları: İlkin Zindancı, Tuncay Duruöz Psöriatik Artrit Tedavisinde Secukinumabın Etkililiği ve Güvenliliği Yusuf Karabulut Plak Psöriasis Tedavisinde Secukinumabın Etkililiği ve Güvenliliği Gözde Ulutaş Demirbaş	
11:00-11:15	Kahve Molası	
11:15-12:15	Oturum Başkanları: İlkin Zindancı, Nuran Öz	
11:15-11:30	Nekrozla Giden Vaskülitler Nurşad Çiftçi	
11:30-11:45	Vasküler Behçet'te Tedavi Stratejileri: Antikoagülasyonun Rolü ve Biyolojik Tedaviler Zafer Günendi	
11:45-12:00	Nörobeğçette Güncelleme Erkingül Birday	
12:00-12:15	Tartışma	
12:15-13:00	Öğle Yemeği	
13:00-14:00	Oturum Başkanları: Özge Keniş Coşkun, Bora Uzuner	
13:00-13:15	Romatolojik Hastalıklarda Egzersiz ve Rehabilitasyon Prensipleri Yeliz Bahar Özdemir	
13:15-13:30	Romatolojik Hastalıklarda Santral Sensitizasyonun Tanı ve Tedavisine Klinik Yaklaşım Savaş Şencan	
13:30-13:45	Koksikodini Tanı ve Tedavisine Güncel Yaklaşım Serdar Kokar	
13:45-14:00	Tartışma	
14:00-16:00	KURS Olgularla NöroRomatolojik Yaklaşım Kursu Moderatör: Erkingül Birday Tartışmacılar: Erkingül Birday, Halise Hande Gezer, Nesrin Şen	KURS Görsellerle Dermato- Romatoloji Kursu Moderatör: Filiz Cebeci Kahraman Tartışmacılar: Filiz Cebeci Kahraman, İlknur Altunay, İlkin Zindancı
	Romatolojik Hastalıklarda Nörolojik Tutulum ve MS Ayırıcı Tanıda Yeri ve MRG -Nörolog Görüşü	Olgularla Behçet Hastalığı Filiz Cebeci Kahraman
	MS Ayırıcı Tanıda Romatolojik Biyobelirteçlerin Akılcı Kullanımı-Romatolog Gözüyle	Olgularla Lupus ve Skleroderma İlknur Altunay
	Ortak kullanım: Steroid	Olgularla Dermatomyozit İlkin Zindancı
16:00	Kapanış	



SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

Henoch-Schönlein Purpurasının Nadir Bir Komplikasyonu: Derin Ven Trombozuyla Seyreden İki Olgu Sunumu

Begüm Işık Özak¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Selin Tambora¹, Ayşe Nur Yüksel²

¹Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kartal Dr.Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Henoch-Schönlein purpurası (HSP), diğer adıyla IgA vaskülit, küçük damarları tutan immün kompleks aracılı bir vaskülitir. Klinik olarak palpabl purpura, artralji, gastrointestinal ve renal tutulum ile karakterizedir. Çoğunlukla çocukluk çağında görülse de erişkinlerde daha atipik seyredebilir ve komplikasyon riski artar (1). Bu durum tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. Derin ven trombozu (DVT), HSP'nin nadir görülen önemli bir komplikasyonudur (2). Bu sunumda, HSP tanısı almış ve eş zamanlı DVT gelişen iki olgu paylaşılmakta ve bu nadir birlikteliğe dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

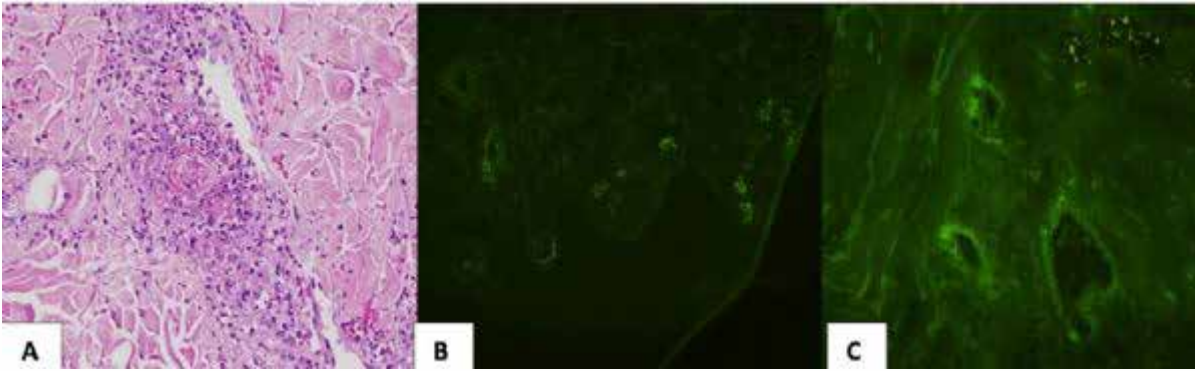
Olgu: 26 yaşında kadın hasta, alt ekstremitelerde yaygın purpura, şiddetli eklem ağrısı ve sağ bacakta ağrı, şişlik ve uyuşma şikayetleriyle başvurdu. Bir ay önce geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Muayenede bacaklarda yaygın palpabl purpura ile belirgin çap farkı tespit edildi. Biyopside papiller dermiste küçük damar duvarında nötrofil ağırlıklı infiltrasyon, lökositoklazi ve fibrinoid nekroz izlendi (Figür 1a). Direkt immünfloresan (DIF) incelemede damar duvarında belirgin IgA, eşlikeden IgM birikimi saptandı (Figür 1b). Doppler USG'de sağ popliteal vende tromboz tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde gaitada gizli kan, ENA profili ve antifosfolipid antikor testleri negatifti. İdrar tahlilinde mikroskopik hematüri ve proteinüri mevcuttu. HSP tanısı konularak sistemik steroid (0.5 mg/ kg/gün), kolşisin ve DMAH başlandı; bacak elevasyonu ile tedavi desteklendi. 2 haftalık izlemde trombozun gerilediği, vaskülitik döküntülerin azaldığı gözlemlendi. 65 yaşında erkek hasta, sağ bacakta ağrı ve kızarıklık döküntüler nedeniyle başvurdu. Geçirilmiş enfeksiyon öyküsü veya bilinen sistemik hastalığı yoktu. Muayenede sağ alt ekstremitede yaygın peteşi ve purpura ile birlikte belirgin ödem ve çap farkı mevcuttu (Figür 2). Biyopside dermoepidermal ayrışma ve papiller mikroapseler gözlemlendi; ancak DIF incelemede immün depozisyon izlenmedi; bu durum klinik ve histopatolojik bulgularla birlikte değerlendirildi. Doppler USG'de sağ safen venindeki tromboz doğrulandı. HSP tanısı konularak sistemik steroid, kolşisin, antikoagülan tedavi başlandı ve bacak elevasyonu ile tedavi desteklendi. Klinik seyirde lezyonlar ve trombozda regresyon izlendi. Her iki olguda da ekstremitte ağrısı, ekstremiteler arası çap farkı ve vaskülitik döküntü birlikteliği, vaskülit-tromboz etkileşimine işaret eden önemli klinik bulgularıdır.

Sonuç: Henoch-Schönlein purpurası (HSP), diğer adıyla IgA vaskülit, klasik olarak çocukluk çağında görülse de erişkin olgularda da tanı giderek artan sıklıkla konulmaktadır. DIF incelemesinde damar duvarında IgA birikimi, önemli bir tanı kriteridir. Ancak bu bulgunun her zaman saptanamayabileceği, literatürde vurgulanmaktadır (3). DIF negatifliği; örnekleme zamanı, teknik yetersizlik veya geç faz biyopsisi gibi nedenlerle ortaya çıkabilir (4). 2012 yılında güncellenen 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides sınıflamasına göre IgA vaskülit, küçük damarları tutan immün kompleks aracılı bir vaskülitir ve tanı yalnızca histopatolojik paterne değil klinik bulguların bütüncül değerlendirilmesine dayanır. Bu nedenle lökositoklastik vaskülit paterni izlenen ancak sistemik bulgularla seyreden olgular yalnızca deriye sınırlı lökositoklastik vaskülit olarak değil küçük damar vaskülit (KDv) kapsamında değerlendirilmelidir (5). Literatürde, HSP'de tromboz gelişiminin nadir olduğu, ancak koagülasyon aktivasyonu ve fibrinolizin baskılanması ile ilişkili pro-trombotik bir durumun patogeneze rol oynayabileceği bildirilmektedir (6). Sunulan iki erişkin olguda eş zamanlı venöz tromboz gelişmesi bu mekanizmalarla uyumludur. Tanı anında yapılan iyi bir dermatolojik muayene ve vasküler değerlendirme, nadir fakat ciddi komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. HSP'de nadiren de olsa venöz tromboz gelişebileceği unutulmamalı, erken tanı ve tedaviyle başarılı sonuçlar alınabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (7,8,9).

Anahtar Kelimeler: derin ven trombozu, komplikasyon, vaskülit

Figür 1

Figür 1a: Papiller dermiste küçük damar duvarında nötrofil ağırlıklı infiltrasyon, lökositoklasis ve fibrinoid nekroz (H&E x400) Figür 1b:DIF IgM birikimi(x200) Figür 1c:DIF IgA birikimi(x400)



Figür 2

Sağ alt ekstremitede yaygın peteşi ve purpura ile birlikte belirgin ödem ve çap farkı





SS-002

Fibromiyalji Benzeri Klinik Tablo ile Başvuran Bir Olguda Ayırıcı Tanı Yaklaşımı: Farklı Lyme Kılavuzlarının Tanısal Yorumları

Mert Sancar

İstanbul Atlas Üniversitesi

Amaç: Yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı ve yorgunluk ile başvuran hastalarda fibromiyalji sendromu en sık tanıdır (1,2). Ancak gezici ağrı paterni, nöropatik semptomlar ve laboratuvarda düşük dereceli inflamasyon bulguları varlığında ayırıcı tanıda diğer hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır (3,4). Bu olguda fibromiyalji sendromu ile uyumlu klinik tabloya rağmen atipik bulgular nedeniyle enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu planlandı ve farklı Lyme kılavuzlarının tanısal yaklaşımları karşılaştırıldı. **Olgu:** 41 yaşında kadın hasta yaklaşık altı aydır devam eden yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, belirgin yorgunluk, uykuyu alamama ve konsantrasyon güçlüğü yakınmaları ile başvurdu. Depresif duygudurum, anhedoni veya anksiyete tariflemedi. Özgeçmişinde ek hastalık öyküsü yoktu. Klinik bulgular American College of Rheumatology 2016 fibromiyalji kriterleri ile uyumlu bulundu (1). İlk değerlendirmede ayırıcı tanı amacıyla yapılan laboratuvar incelemelerinde hemogram, tiroid stimulan hormon ve ferritindüzeyleri normal saptandı. 25-OH vitamin D düzeyi 21 ng/mL, vitamin B12 düzeyi 383 pg/mL olarak ölçüldü. Eritrosit sedimentasyon hızı 12 mm/saat ve C-reaktif protein normal sınırlarda bulundu. Bu bulgular fibromiyalji sendromutanasını destekler nitelikteydi (1,2). Hastaya duloksetin 30 mg/gün başlandı ve kademeli egzersiz programı kapsamında reformer pilates önerildi (5). Dördüncü haftadaki kontrolde uyku kalitesinde kısmi düzelme olmakla birlikte ağrıların gezici özellik gösterdiği, dermatomdağılımı ile uyumsuz nöropatik yakınmalar ve kalpte çarpıntı geliştiği öğrenildi. Tekrarlanan laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı 31 mm/saat ve C-reaktif protein 6.2 mg/L olarak saptandı. Fizik muayenede 18 hassas noktanın 10'unda pozitiflik mevcuttu, eklem şişliği veya sinovit bulgusu saptanmadı. Hasta tedaviye yanıtızsızlık, kalpte çarpıntı, laboratuvardeğerlerinde enflamatuvar parametrelerde hafif yüksekliksebebiyle enfeksiyon hastalıklarına konsulte edildi. Enfeksiyon hastalıkları hastanın kamp öyküsünün de olması sebebiyle ön tanıda kronik Lyme düşünüldü. Hastadan istenen enzim bağlı immünosorbent analiz (ELISA) testi negatif, western blot incelemesinde immünoglobulin G p41 ve p39 bantları pozitif bulundu (6). Lenfosit transformasyon testi pozitif, CD57 natural killer (NK) hücre düzeyi düşük ve karanlık saha mikroskopisinde spiroket morfolojisi raporlandı (7,8). Büyük eklem artrit, nöroborreliosis veya akrodermatitis kronika atrofikans saptanmadı. Deutsche Borreliose-Gesellschaft (DBG) yaklaşımına göre uzun süreli kombine antibiyotik tedavisi başlandı (9). Üçüncü ayda gezici ağrı kayboldu, altıncı ayda yorgunluk minimal düzeye indi ve hassas nokta sayısı 10/18'den 3/18'e düştü. Ana akım kılavuzlara göre iki basamaklı serolojinin negatif olması ve objektif organ tutulumu bulunmaması Lyme tanısını desteklememektedir (6,10). Buna karşılık klinik ağırlıklı yaklaşımlarda gezici ağrı paterni, nöropatik bulgular ve tedaviye klinik yanıt tanıyı destekleyici kabul edilmektedir (9,11). Bu olgu aynı klinik tablonun farklı kılavuzlara göre farklı yorumlanabileceğini göstermektedir. **Sonuç:** Fibromiyalji sendromu benzeri semptomlarla başvuran ve standart tedaviye yanıtızsız hastalarda gezici ağrı paterni ve inflamasyon varlığında ayırıcı tanı genişletilmeli ve uygun olgularda enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ayırıcı tanı, fibromiyalji sendromu, gezici ağrı, kronik yaygın ağrı, lyme hastalığı



IDSA ve ILADS/DBG tanı kriterlerinin karşılaştırılması

Tanı Bileşeni	IDSA / CDC Yaklaşımı	ILADS / DBG Yaklaşımı
Tanısal temel	Klinik + iki basamaklı seroloji + objektif organ tutulumu	Klinik ağırlıklı değerlendirme
Semptom ve bulguların rolü	Tanı için yeterli değildir, destekleyicidir	Tanıda belirleyici kabul edilir
Eritema migrans	Tanı koydurucu	Tanı koydurucu
Seronegatif olgular	Geç dönemde kabul edilmez	Mümkün kabul edilir
İki basamaklı seroloji (ELISA + Western blot)	Zorunlu	Destekleyici
Western blot sınırlı bant	Yetersiz	Destekleyici olabilir
CD57 NK hücre düzeyi	Tanısal değeri yok	Destekleyici kabul edilebilir
Lenfosit transformasyon testi (LTT)	Önerilmez	Destekleyici kabul edilebilir
Karanlık saha mikroskopisi	Tanısal değil	Destekleyici kabul edilebilir
Objektif organ tutulumu	Gerekli	Gerekli değildir
Tedaviye klinik yanıt	Tanı kriteri değildir	Tanıyı destekleyici kabul edilir

Kisaltmalar: IDSA, Infectious Diseases Society of America; CDC, Centers for Disease Control and Prevention; ILADS, International Lyme and Associated Diseases Society; DBG, Deutsche Borreliose-Gesellschaft; ELISA, Enzyme-Linked Immunosorbent Assay; WB, Western Blot; NK, Natural Killer; CD57, Cluster of Differentiation 57; LTT, Lymphocyte Transformation Test.

Fibromiyaljiden sapma bulguları

Klinik/Lab Bulgusu	Fibromiyalji için Beklenen	Olguda	Yorum
Gezici ağrı	Sabit yaygın ağrı	Var	Atipik
Dermatom dışı parestezi	Nadiren	Var	Nöropatik süreç
ESR / CRP yüksekliği	Normal	Yüksek	Enflamasyon var
Duloksetine yanıtı	Kısmi yanıt beklenir	Yanıtı	Tanıyı sorgulatır
Otonom semptom (çarpıntı)	Beklenmez	Var	Disotonomi olası

AuthorToEditor: Bu olgu, fibromiyalji sendromu benzeri klinik tablo ile başvuran hastalarda ayırıcı tanının önemini ve farklı Lyme kılavuzlarının tanısal yorum farklılıklarını göstermeyi amaçlamaktadır.



SS-003

Unilateral Transtibial Ampütasyonu Olan Bireylerde Diz Osteoartriti Radyografik Şiddeti, Fonksiyonel Mobilite ve Protez Memnuniyeti Arasındaki İlişki

Muhsin Doran¹, Nazire Bağatır²

¹Liv Hospital Vadistanbul, İstanbul

²Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara

Amaç: Unilateral transtibial ampütasyonu olan bireylerde protez kullanımı sırasında ortaya çıkan asimmetrik yüklenme, özellikle sağlam ekstremitte ve diz eklemi üzerinde artmış mekanik strese yol açarak diz osteoartriti gelişimine katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, radyografik osteoartrit şiddetinin fonksiyonel mobilite, protez kullanımı, protez memnuniyeti ve yaşam kalitesi ile ilişkisi her zaman net değildir. Bu çalışmada unilateral transtibial ampütasyonu olan bireylerde diz osteoartriti radyografik şiddeti ile fonksiyonel mobilite, protez kullanım düzeyi, protez memnuniyeti, düşme korkusu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Kesitsel ve gözlemsel olarak tasarlanan çalışmaya, unilateral transtibial ampütasyonu olan, en az 1 yıldır protez kullanan ve değerlendirme testlerini tamamlayabilecek bilişsel/fonksiyonel yeterliliğe sahip 49 hasta dahil edildi. Diz osteoartriti şiddeti bilateral diz grafileri üzerinden Kellgren–Lawrence sınıflamasına göre değerlendirildi. Fonksiyonel ambulasyon düzeyi K düzeyi ile, protez kullanımı ve fonksiyonel mobilite Houghton skoru ile, fonksiyonel mobilite ve denge Timed Up and Go testi ile değerlendirildi. Protez deneyimi ve memnuniyeti Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales ile, yaşam kalitesi ise SF-12 ölçeği ile ölçüldü. Değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizleriyle, diz osteoartriti şiddeti ve protez memnuniyetini etkileyen faktörler ise çok değişkenli doğrusal regresyon analizleriyle incelendi. Sürekli değişkenler dağılım özelliklerine göre ortalama±standart sapma veya medyan değerlerle ifade edildi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $52,1\pm14,7$ yıl olup, %75'i erkekti. Ortalama vücut kitle indeksi $25,7\pm5,2$ kg/m², ampütasyon süresi medyan 6 yıl olarak saptandı. Ampütasyon tarafı %47 sağ ve %53 sol olarak dağıldı. En sık ampütasyon nedeni vasküler etyoloji idi (%78); bunu travmatik nedenler ve maligniteye bağlı ampütasyonlar izledi. Katılımcıların büyük çoğunluğu aktif vakum sistemli modüler diz altı protez kullanmaktaydı. Radyografik değerlendirmede her iki dizde de Kellgren–Lawrence Evre 2 en sık görülen osteoartrit evresi olarak belirlendi. Sağ dizde Evre 2 oranı %55, sol dizde Evre 2 oranı %41'ti. Sağ diz osteoartriti şiddetinin bağımsız belirleyicileri Timed Up and Go süresi, vücut kitle indeksi, ampütasyon tarafı ve ampütasyon etyolojisi olarak saptandı. Sol diz osteoartriti şiddeti için ise ampütasyon tarafı bağımsız belirleyici olarak bulundu. Protez memnuniyetini etkileyen faktörler incelendiğinde, sol diz Kellgren–Lawrence evresi protez memnuniyetinin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı; sol diz osteoartriti şiddeti arttıkça TAPES protez memnuniyet skorları anlamlı düzeyde azaldı. Korelasyon analizlerinde Timed Up and Go süresi, SF-12 fiziksel skor ve Houghton skoru ile negatif ilişkiliydi. TAPES protez memnuniyeti SF-12 fiziksel skor ile pozitif, Timed Up and Go süresi ile negatif ilişki gösterdi. Ampütasyon süresi sağ diz Kellgren–Lawrence evresi ve Houghton skoru ile pozitif ilişkili bulundu.

Sonuç: Unilateral transtibial ampütasyonu olan bireylerde diz osteoartriti şiddeti, fonksiyonel mobilite, ampütasyon tarafı ve ampütasyonla ilişkili klinik faktörlerle ilişkili bulunmuştur. Özellikle sol diz osteoartriti şiddetinin protez memnuniyetini olumsuz etkilemesi, ampute bireylerde yalnızca protez uyumu ve fonksiyonel kapasitenin değil, uzun dönem diz eklem sağlığının da rehabilitasyon ve takip süreçlerinde dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Radyografik osteoartrit şiddeti ile fonksiyonel durum arasındaki ilişkinin sınırlı olması, bu hasta grubunda değerlendirmelerin yalnızca görüntüleme bulgularına dayandırılmaması; performans testleri, protez memnuniyeti ve yaşam kalitesi ölçümleriyle birlikte çok boyutlu olarak yapılması gerektiğini düşündürmektedir.



Bulgular, unilateral transtibial amputasyonu olan bireylerde kontralateral dizin düzenli izlenmesi, yürüme biyomekaniğinin değerlendirilmesi, kilo yönetimi, protez uyumunun gözden geçirilmesi ve bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programlarının planlanması açısından klinik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartriti, Protez memnuniyeti, Transtibial amputasyon

Tablo 1: Sağ ve Sol Osteoartrit şiddetini etkileyen faktörler

Diz	Değişken	Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients	t	p
		B		Beta		
Sağ	(Constant)	4,403	,813		5,414	,000
	Ampütasyon süresi (yıl)	,014	,008	,208	1,761	,086
	Timed Up and Go (sn)	,138	,036	,500	3,813	,000
	Houghton skoru	,074	,041	,219	1,792	,081
	Yaş (yıl)	,007	,007	,129	1,045	,302
	Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	-,076	,018	,484	-4,229	,000
	Ampütasyon tarafı	-,828	,187	-,510	-4,435	,000
	Ampütasyon etyolojisi	-,705	,215	-,393	-3,284	,002
Sol	(Constant)	,739	1,099		,672	,505
	Ampütasyon süresi (yıl)	-,005	,011	-,067	-,434	,667
	Timed Up and Go (sn)	,082	,049	,286	1,665	,103
	Houghton skoru	,110	,056	,318	1,980	,054
	Yaş (yıl)	-,009	,009	-,151	-,932	,357
	Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	-,013	,024	-,079	-,526	,602
	Ampütasyon tarafı	,756	,252	,451	2,998	,005
	Ampütasyon etyolojisi	-,241	,290	-,130	-,831	,411

Dependent Variable: kellgren sağ ve sol ayrı ayrı

Tablo2: TAPES protez memnuniyetini etkileyen faktörler

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	p
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	63,874	11,069			5,771	,000
amputasyon sene	,157	,137	,173		1,143	,259
timed up and go	-,462	,604	-,122		-,764	,449
Houghton	,780	,762	,169		1,023	,312
kellgren sag	-1,060	2,008	-,077		-,528	,600
kellgren sol	-3,932	1,894	-,296		-2,076	,044

Dependent Variable: TAPES protez



SS-004

Psoriatik Artrit Tanılı Hastalarda 2D/4D Oranı Hastalık Aktivitesini Etkiliyor mu? Ön Sonuçlar

Arda Can Kasap¹, Merve Tunç¹, Halise Hande Gezer², Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Psoriatik artrit (PsA), artrit, spondilit, entezit ve daktilit ile karakterize kronik, inflamatuvar bir spondiloartropatidir. PsA patogenezi tam olarak aydınlatılamamış olup, hastalık gelişiminde etkin faktörlerden biri de hormonal dengedir. Östrojenler TNF, IL-1 ve IL-6 gibi proinflamatuvar sitokinleri artırırken, testosteron ve progesteron ise IL-4, IL-5 ve IL-10'u artırarak anti-inflamatuvar etki göstermektedir. Erkek hastalarda testosteron düzeyleri ile PsA aktivitesi arasında negatif korelasyon gösterilmiştir. İkinci-Dördüncü parmak (2D:4D) oranı, prenatal testosteron-östrojen dengesinin bir göstergesidir. 2. parmak uzunluğunun, 4. parmak uzunluğuna bölünmesi ile elde edilir. Oranın yüksek olması yüksek fetal östrojen ve düşük fetal testosteron seviyesiyle ilişkilidir. Erkek hastalarda psoriasis için bağımsız risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Ankilozan spondilit tanılı kadınlarda düşük 2D:4D oranı yüksek hastalık aktivitesi ve azalmış spinal mobilite ile ilişkili bulunmuştur.

Bu çalışmanın amacı, PsA tanılı hastalarda 2D:4D oranının hastalık aktivitesi ve fonksiyonel durum üzerine etkisinin kesitsel olarak araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konan 24 hasta dahil edildi. Hastalık aktivitesi Psoriatik Artrit Hastalık Aktivitesi Endeksi (DAPSA), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel Endeksi (BASFI), Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi Endeksi (BASDAI), PsA Minimal Hastalık Aktivitesi (MDA) ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) skorları ile, fonksiyonel durum ise Duruöz el indeksi ile değerlendirildi. 2D:4D oranı direkt grafiden Proksimal falanksın proksimalinin orta noktasından, distal falanksın distalinin orta noktasına (PFD) ve metakarpın proksimalinin orta noktasından, metakarpın distalinin ortasına noktasına (MPMD) olmak üzere iki farklı yöntem ile ölçüldü.

Bulgular: Ortalama yaş $50,38 \pm 16,96$ yıl, BKM $30,24 \pm 5,69$ kg/m², semptom süresi ise $9,42 \pm 7,8$ yıldır. Her iki elde 2D:4D oranları ile hastalık aktivitesi ve fonksiyonel durum arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$) Duruöz el indeksi ile BASFI, BASDAI ve HAQ arasında pozitif, MDA arasında negatif korelasyon saptandı. Hastalık aktivite ölçütleri ve 2D:4D oranları tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: PsA tanılı hastalarda, 2D:4D oranı ile hastalık aktivitesi ve fonksiyonel durum arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir. Ön sonuçları sunulan bu çalışmada hasta alımı devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psoriasis, Sedef, 2D:4D



Hastalık Aktivitesi ve 2D:4D Oranları

	DAPSA	BASFI	BASDAI	MDA	HAQ	Duruöz EI İndeksi	Sağ PFDF 2D:4D	Sol PFDF 2D:4D	Sağ MPMD 2D:4D	Sol MPMD 2D:4D
Ort ± SS	24,12 ±18.49	4,81 ±2,95	5,59 ±2.80	4,77 ±3,01	1,11 ±0,74	13,92 ±19.37	0,90 ±0,04	0,91 ±0,03	1,2 ±0,06	1,2 ±0,4
%95 CI	16,16- 31,48	3,57- 6,06	4,53- 6,91	3,36- 4,47	0,81- 1,43	5,74- 22,1	0,88- 0,92	0,89- 0,92	1,17- 1,22	1,19- 1,22
Min -Max	5-69	0-8,6	0-10	2-7	0-2,4	0-73	0,74- 0,96	0,82- 0,95	0,96- 1,31	1,15- 1,35
Sağ PFDF 2D:4D	p=0,710	p=0,223	p=0,166	p=0,457	p=0,258	p=0,357	-	-	-	-
Sol PFDF 2D:4D	p=0,662	p=0,707	p=0,467	p=0,532	p=0,774	p=0,773	-	-	-	-
Sağ MPMD 2D:4D	p=0,586	p=0,926	p=0,955	p=0,744	p=0,465	p=0,289	-	-	-	-
Sol MPMD 2D:4D	p=0,826	p=0,498	p=0,827	p=0,198	p=0,303	p=0,104	-	-	-	-
Duruöz EI İndeksi	p=0,634	p<0,001 r=0,69	p=0,026 r=0,45	p=0,005 r=-0,55	p<0,001 r=0,71	-	-	-	-	-

DAPSA: Psoriatik Artrit Hastalık Aktivitesi Endeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel, BASDAI: Endeksi Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi Endeksi, MDA: Psoriatik Artrit Hastalık Aktivitesi, HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, PFDF: Proksimal Falanks – Distal Falanks Ölçümü, MPMD: Metakarp Proksimali – Metakarp Distali Ölçümü, 2D:4D: İkinci-Dördüncü Parmak Oranı, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maksimum, CI: Güven Aralığı, İstatistiksel analizde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.



SS-005

Pediyatrik Başlangıçlı Behçet Hastalığında CALLY ve HALP İndekslerinin Hastalık Aktivitesi ile İlişkisi

Ufuk Furkan Özdemir, Kübra Öztürk

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Behçet hastalığı, tekrarlayan mukokutanöz bulguların yanı sıra oküler, vasküler, gastrointestinal ve kas-iskelet sistemi tutulumları ile seyreden sistemik inflamatuvar bir vaskülitir. Son yıllarda hemogram ve biyokimyasal parametrelerden türetilen immün-nütrisyonel indekslerin romatolojik hastalıklarda hastalık aktivitesini ve inflamatuvar yükü yansıtabileceği gösterilmiştir. C-reaktif protein-albümin-lenfosit (CALLY) indeksi ve hemoglobin-albümin-lenfosit-trombosit (HALP) skoru erişkin romatolojik hastalıklarda değerlendirilmiş olmakla birlikte, pediatrik Behçet hastalığında bu indekslerin rolü bilinmemektedir. Bu çalışmada, pediatrik başlangıçlı Behçet hastalarında CALLY ve HALP indekslerinin hastalık aktivite skorları ile birlikte demografik, klinik ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya pediatrik başlangıçlı Behçet hastalığı tanısı ile izlenen 15 yaş ve üzeri 46 hasta dahil edildi. HALP ve CALLY indekslerinin hemogram parametreleri içermesi ve hematolojik parametrelerin ergenlik döneminde erişkin değerlere ulaştığını gösteren literatür verileri nedeniyle alt yaş sınırı 15 olarak belirlendi. CALLY ve HALP indeksleri eş zamanlı laboratuvar verileri kullanılarak hesaplandı. Hastalık aktivitesi hasta global aktivite skoru (hasta GAS), hekim global aktivite skoru (hekim GAS), Pediatrik Vaskülit Aktivite Skoru (PVAS), İran Behçet Hastalığı Dinamik Aktivite Ölçeği (IBDDAM) ve Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu (BDCAF) ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile, kategorik değişkenlere göre indeks değerleri ise uygun parametrik olmayan testlerle analiz edildi.

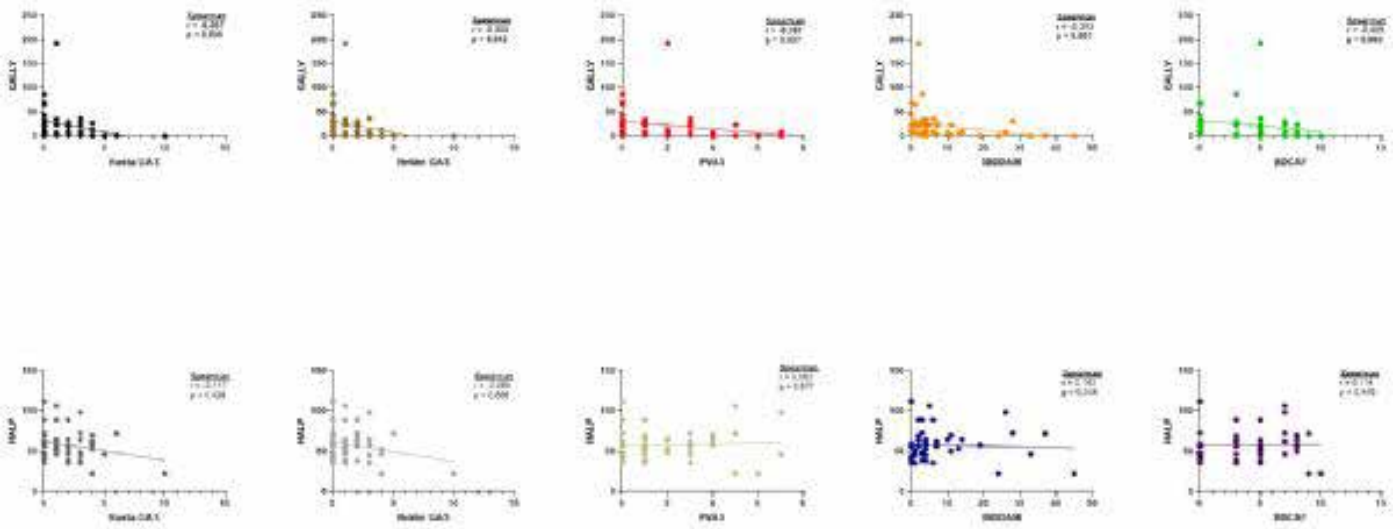
Bulgular: CALLY indeksi ile hasta GAS ($r=-0,387$, $p=0,008$), hekim GAS ($r=-0,366$, $p=0,012$), PVAS ($r=-0,391$, $p=0,007$), IBDDAM ($r=-0,393$, $p=0,007$) ve BDCAF ($r=-0,425$, $p=0,003$) arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı. Buna karşılık HALP skoru hiçbir hastalık aktivite skoru ile anlamlı korelasyon göstermedi. CALLY ve HALP arasında da anlamlı korelasyon saptanmadı ($r=0,205$, $p=0,171$). CALLY indeksi ayrıca ESH ($r=-0,404$, $p=0,005$), SAA ($r=-0,502$, $p=0,012$), lökosit ($r=-0,382$, $p=0,009$), nötrofil ($r=-0,441$, $p=0,002$) ve monosit sayısı ($r=-0,355$, $p=0,016$) ile anlamlı negatif korelasyon gösterdi. Klinik bulgular açısından CALLY indeksi; akneiform lezyonlar ($p<0,001$), psödofolikülit ($p=0,025$), kas-iskelet sistemi tutulumu ($p=0,012$) ve gastrointestinal tutulum ($p=0,037$) ile anlamlı olarak ilişkili bulundu.

Sonuç: Bu çalışma, pediatrik başlangıçlı Behçet hastalığında CALLY ve HALP indekslerini birlikte değerlendiren ilk çalışmalardan biridir. HALP skoru hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmazken, düşük CALLY değerleri hem artmış inflamatuvar yük hem de klinik hastalık aktivitesi ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. CALLY indeksi, kolay hesaplanabilir ve maliyetsiz bir parametre olarak pediatrik Behçet hastalığında hastalık aktivitesini ve inflamatuvar yükü yansıtabilecek potansiyel bir biyobelirteç olabilir. Ancak bu bulguların daha geniş ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, C-reaktif Protein, Pediatri, Romatoloji



Resim 1. CALLY ve HALP indekslerinin Hastalık Aktivite Skorları ile Korelasyonunun Karşılaştırmalı Gösterimi



Kısaltmalar: BDCAF, Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu; CALLY, C-reaktif protein-albümin-lenfosit indeksi; GAS, Global Aktivite Skoru; HALP, hemoglobin-albümin-lenfosit-trombosit skoru; IBDDAM, İran Behçet Hastalığı Dinamik Aktivite Ölçeği; PVAS, Pediatrik Vaskülit Aktivite Skoru.



Tablo 1. Pediatrik Başlangıçlı Behçet Hastalarında CALLY İndeksinin Demografik, Klinik ve Laboratuvar Parametreleri ile İlişkisi

Değişken	CALLY (medyan [min-maks] veya r)	p değeri
Demografik özellikler		
Cinsiyet (kadın vs erkek)	15,3 (0,05-86,1) vs 13,8 (0,06-191,6)	0,849
Yaş (yıl)	r = 0,113	0,456
Hastalık süresi (yıl)	r = 0,135	0,370
Semptom başlangıç yaşı (yıl)	r = -0,155	0,304
Tanı yaşı (yıl)	r = -0,130	0,389
Hastalık tipi (inkomplet vs komplet)	20,6 (0,05-191,6) vs 11,5 (0,06-69,3)	0,850
Ailede romatolojik hastalık öyküsü (yok vs var)	23,4 (1-69,3) vs 8 (0,05-191,6)	0,043
Mukokutanöz bulgular		
Oral aft (yok vs var)	19,6 (0,9-86,1) vs 11,5 (0,05-191,6)	0,178
Genital ülser (yok vs var)	19,2 (0,05-191,6) vs 11,5 (0,8-26,1)	0,769
Akneiform lezyonlar (yok vs var)	22,2 (0,1-191,6) vs 1 (0,05-21,4)	<0,001
Psödofolikülit (yok vs var)	20,1 (0,1-191,6) vs 3,5 (0,05-22,7)	0,025
Eritema nodozum (yok vs var)	19,2 (0,05-191,6) vs 8 (5,9-26,1)	0,967
Paterji testi (negatif vs pozitif)	11 (0,05-191,6) vs 24,5 (19,6-29,4)	0,464
Sistemik tutulum		
Oküler tutulum (yok vs var)	15,5 (0,05-191,6) vs 13,6 (0,1-36,2)	0,962
Vasküler tutulum (yok vs var)	19,4 (0,05-191,6) vs 6,2 (0,09-29,7)	0,462
Kas-iskelet sistemi tutulumu (yok vs var)	20,6 (0,06-86,1) vs 1 (0,05-191,6)	0,012
Gastrointestinal tutulum (yok vs var)	19,4 (0,09-191,6) vs 0,56 (0,05-22,7)	0,037
Laboratuvar parametreleri		
ESH (mm/saat)	r = -0,404	0,005
SAA (mg/L)	r = -0,502	0,012
Lökosit sayısı	r = -0,382	0,009
Nötrofil sayısı	r = -0,441	0,002
Monosit sayısı	r = -0,355	0,016
Eozinofil sayısı	r = 0,071	0,639
Trombosit sayısı	r = -0,001	0,993
Hemoglobin	r = -0,097	0,521

Kısaltmalar: CALLY, C-reaktif protein-albümin-lenfosit indeksi; ESH, Eritrosit sedimentasyon hızı; SAA, Serum amiloid A; r, Spearman korelasyon katsayısı.



SS-006

Sistemik Hastalık Eşliğinde Lomber Disk Herniasyonunda Spontan Rezorpsiyon: Multidisipliner Yaklaşımın Önemi – Olgu Sunumu

İbrahim Ok, Serhat Pusat

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamid Han EAH Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı İstanbul

Amaç:

Bel ağrısı, fizik tedavi, romatoloji ve beyin cerrahisi pratiğinde sık karşılaşılan, heterojen etiyolojiye sahip bir semptomdur. Özellikle sistemik otoimmün hastalığı bulunan bireylerde ayırıcı tanı daha karmaşık hale gelmekte ve multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu çalışmada, antifosfolipit antikor sendromu (AFAS) eşlik eden lomber disk herniasyonu olgusunda konservatif yaklaşım ve spontan disk rezorpsiyonunun klinik önemi sunulması amaçlandı.

Olgu:

Kırk beş yaşında kadın hasta, bir haftadır artan bel ve sol alt ekstremiteye yayılan ağrı şikâyeti ile başvurdu. Nörolojik muayenesinde motor, duyu ve refleks muayeneleri normal sınırlardaydı. Lomber manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol parasantral yerleşimli herniye nükleus pulpozus (HNP) saptandı. Hastanın özgeçmişinde meme kanseri ve antifosfolipit antikor sendromu (AFAS) tanısı mevcuttu. Sistemik hastalık varlığı nedeniyle hasta multidisipliner olarak değerlendirildi. Nörolojik defisit bulunmaması ve klinik stabilite göz önüne alınarak cerrahi tedavi yerine konservatif yaklaşım ve yakın takip planlandı. Birinci ay kontrolünde klinik ve radyolojik olarak anlamlı değişiklik izlenmezken, altıncı ayda yapılan kontrol MR incelemesinde disk materyalinin belirgin şekilde rezorbe olduğu saptandı. Bu bulguya paralel olarak hastanın semptomlarının tamamen gerilediği gözlemlendi.

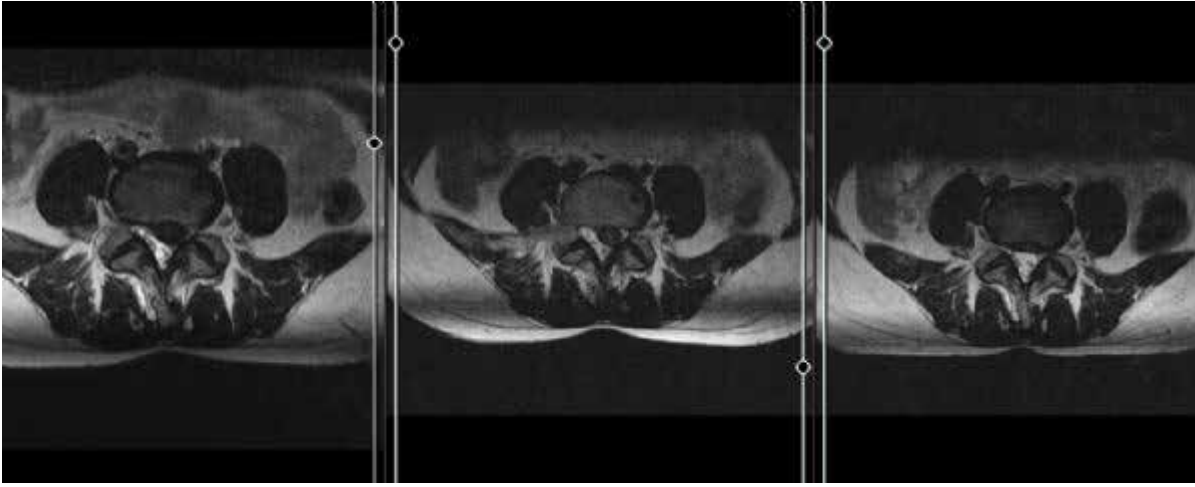
Bulgular ve Tartışma:

Lomber disk herniasyonlarında spontan rezorpsiyon; inflamatuvar yanıt, neovaskülarizasyon ve makrofaj aracılı fagositoz gibi mekanizmalarla açıklanmaktadır. Özellikle ekstrüde disklerde bu sürecin daha belirgin olduğu bilinmektedir. Sistemik otoimmün hastalığı bulunan olgularda inflamatuvar süreçlerin farklı seyredebilmesi, disk rezorpsiyon dinamiklerini de etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu olgu, nörolojik defisit olmayan ve düzenli takip edilebilen hastalarda konservatif yaklaşımın güvenli ve etkin bir seçenek olduğunu göstermektedir. Ayrıca sistemik hastalık varlığında gereksiz cerrahi girişimlerin önlenmesi açısından multidisipliner değerlendirme kritik öneme sahiptir. Sonuç: Bel ağrısının değerlendirilmesinde, özellikle sistemik hastalığı olan bireylerde multidisipliner yaklaşım esastır. Lomber disk herniasyonlarında uygun hasta seçimi ile konservatif tedavi başarılı sonuçlar verebilmekte ve spontan rezorpsiyon gözlenebilmektedir. Cerrahi karar sürecinde yalnızca radyolojik bulgular değil, klinik durum ve sistemik hastalık varlığı da dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bel Ağrısı, Antifosfolipid Sendromu, Spontan Regresyon, Multidisipliner Yaklaşım



T2 Aksiyel MR Görüntüleri



Sırasıyla Hastanın Geliş, 1. ay. 6. ay T2 Aksiyel MR Görüntüleri

T2 Sagittal MR Görüntüleri



Sırasıyla Hastanın Geliş, 1. ay. 6. ay T2 Sagittal MR Görüntüleri

AuthorToEditor: Emegi geçenlere teşekkür ederim.



SS-007

Gut Hastalarında Healthy Eating Index-2020 (HEI-2020) ile Son 1 Haftadaki Akut Atak Varlığı Arasındaki İlişki

Selin Cilli Hayroğlu

Göztepe Süleyman Yalçın Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, gut tanılı hastalarda diyet kalitesini gösteren Healthy Eating Index-2020 (HEI-2020) skoru ile son 1 hafta içindeki akut gut atağı varlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya gut tanısı olan toplam 82 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda başvuru sırasında HEI-2020 skoru hesaplandı. Hastalar, son 1 hafta içinde akut gut atağı varlığına göre iki gruba ayrıldı: atak var (n=15) ve atak yok (n=67). Demografik, klinik ve biyokimyasal veriler ile HEI-2020 toplam ve alt bileşen skorları karşılaştırıldı. Son 1 haftadaki gut atağı ile ilişkili değişkenleri değerlendirmek amacıyla univariable ve multivariable lojistik regresyon analizleri yapıldı. **Bulgular:** Toplam 82 hastanın yaş ortalaması yaklaşık 61 yıl olup hastaların yaklaşık dörtte üçü erkekti. Atak var ve atak yok grupları arasında yaş (62.4 ± 9.8 'e karşı 60.9 ± 10.3 yıl, $p=0.584$) ve erkek cinsiyet oranı (73.3% 'e karşı 74.6% , $p=0.912$) açısından anlamlı fark saptanmadı. Atak olan hastalarda vücut kitle indeksi, serum ürik asit ve C-reaktif protein düzeyleri daha yüksekti. Toplam HEI-2020 skoru atak olan grupta daha düşük olmasına rağmen fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (41.5 ± 11.8 'e karşı 53.1 ± 12.4 , $p=0.061$). HEI-2020 alt bileşenlerinden yalnızca total vegetables skoru atak grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (2.4 ± 1.1 'e karşı 3.1 ± 1.2 , $p=0.044$). Lojistik regresyon analizinde HEI-2020 toplam skorundaki her 5 puanlık artış, gut atağı olasılığında azalma eğilimi gösterdi; ancak bu ilişki hem univariable analizde (OR 0.82, %95 CI 0.66–1.01, $p=0.061$) hem de multivariable analizde (OR 0.84, %95 CI 0.68–1.04, $p=0.098$) istatistiksel olarak anlamlı değildi. Multivariable analizde serum ürik asit ve CRP düzeyleri bağımsız belirleyiciler olarak bulundu. **Sonuç:** Gut hastalarında daha düşük HEI-2020 skoru, son 1 haftadaki akut atak varlığı ile ters yönlü bir ilişki eğilimi göstermiştir; ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Daha büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Gut, Healthy Eating Index-2020, diyet kalitesi, akut atak, beslenme

tablo3-4

Table 3. Son 1 haftada gut atağı için univariable ve multivariable lojistik regresyon analizi

Değişken	Univariable p	OR (95% CI)	Multivariable p	OR (95% CI)
Yaş (1 yıl artışı)	0.584	1.01 (0.97–1.06)	—	—
VKI (kg/m ²)	0.048	1.15 (1.00–1.32)	0.112	1.11 (0.98–1.27)
Serum ürik asit (mg/dL)	0.018	1.52 (1.08–2.14)	0.041	1.44 (1.02–2.04)
CRP (mg/L)	<0.001	1.18 (1.07–1.30)	0.003	1.14 (1.05–1.25)
HEI-2020 toplam skoru (her 5 puan artışı)	0.061	0.82 (0.66–1.01)	0.098	0.84 (0.68–1.04)

Multivariable modele VKİ, serum ürik asit, CRP ve toplam HEI-2020 skoru dahil edilmistir.

Table 4. HEI-2020 kategorisine göre son 1 haftada gut atağı dağılımı

HEI-2020 kategorisi	Atak var (n=15)	Atak yok (n=67)	Toplam
Düşük diyet kalitesi (<50 puan)	10	31	41
Yeterli diyet kalitesi (≥50 puan)	5	36	41
p değeri			0.218
OR (95% CI)			2.32 (0.71–7.60)

Table 3. Son 1 haftada gut atağı için univariable ve multivariable lojistik regresyon analizi Table 4. HEI-2020 kategorisine göre son 1 haftada gut atağı dağılımı



Son 1 haftada gut atağı varlığına göre temel klinik özellikler

Değişken	Atak var (n=15)	Atak yok (n=67)	p değeri
Yaş, yıl	62.4 ± 9.8	60.9 ± 10.3	0.584
Erkek cinsiyet, n (%)	11 (73.3)	50 (74.6)	0.912
Vücut kitle indeksi, kg/m ²	30.1 ± 4.2	28.0 ± 3.7	0.048
Hipertansiyon, n (%)	9 (60.0)	24 (35.8)	0.074
Diabetes mellitus, n (%)	5 (33.3)	12 (17.9)	0.163
Serum ürik asit, mg/dL	8.9 ± 1.6	7.8 ± 1.5	0.018
CRP, mg/L	12.4 ± 6.1	6.9 ± 4.8	<0.001
Trigliserid, mg/dL	188 ± 62	172 ± 55	0.312
HDL-kolesterol, mg/dL	41 ± 9	44 ± 10	0.241
Açlık kan şekeri, mg/dL	108 ± 19	103 ± 16	0.287
eGFR, mL/min/1.73m ²	78 ± 17	84 ± 16	0.178
Ürat düşürücü tedavi, n (%)	7 (46.7)	39 (58.2)	0.393
Kolşisin profilaksisi, n (%)	6 (40.0)	35 (52.2)	0.381

Son 1 haftada gut atağı varlığına göre HEI-2020 bileşen skorları

HEI-2020 Bileşeni	Maks. Puan	Atak var (n=15)	Atak yok (n=67)	p değeri
Total Fruits	5	2.1 ± 1.3	2.8 ± 1.4	0.082
Whole Fruits	5	1.5 ± 1.2	2.3 ± 1.4	0.057
Total Vegetables	5	2.4 ± 1.1	3.1 ± 1.2	0.044
Greens and Beans	5	1.3 ± 1.0	1.9 ± 1.2	0.071
Whole Grains	10	3.8 ± 2.0	5.0 ± 2.2	0.058
Dairy	10	4.1 ± 2.2	5.0 ± 2.4	0.163
Total Protein Foods	5	3.7 ± 1.1	4.0 ± 0.9	0.274
Seafood and Plant Proteins	5	1.8 ± 1.1	2.4 ± 1.3	0.096
Fatty Acids	10	4.2 ± 2.3	5.4 ± 2.5	0.079
Refined Grains	10	4.5 ± 2.3	5.5 ± 2.4	0.131
Sodium	10	3.5 ± 2.0	4.8 ± 2.3	0.052
Added Sugars	10	4.0 ± 2.2	5.4 ± 2.5	0.053
Saturated Fats	10	4.6 ± 2.1	5.5 ± 2.3	0.128
Toplam HEI-2020 Skoru	100	41.5 ± 11.8	53.1 ± 12.4	0.061

Not: Atak olan grupta tüm bileşenler ve toplam skor daha düşük olmakla birlikte, istatistiksel anlamlılık eşğine ulaşamamıştır (p=0.061).



SS-008

Çocukluk Çağı IgA Vaskülitinde Gastrointestinal Tutulum: Mevsimsel Dağılım ve Klinik Özellikler

Eda Nur Dizman, Fatih Haşlak

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: İmmünoglobulin A vaskülit (IgAV), çocukluk çağında en sık görülen küçük damar vaskülit olup gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu hafif karın ağrısından hematokezya ve invaginasyona uzanan geniş bir klinik spektrumda karşımıza çıkabilmektedir. GİS tutulumunun mevsimsel dağılımına ve klinik özelliklerine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada IgAV'de GİS tutulumu olan hastaların mevsimsel dağılımının ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2015–Aralık 2024 tarihleri arasında bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunun pediatrik romatoloji kliniğinde takip edilen ve GİS tutulumu saptanan IgAV tanılı 291 pediatrik hasta dahil edildi. Hastalar tanı mevsimine göre gruplandırılarak demografik özellikler, tetikleyici faktörler, klinik bulgular ve laboratuvar parametreleri karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler için Ki-Kare veya Fisher-Freeman-Halton Exact testi, sürekli değişkenler için Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahiledilen 291 hastanın %58,8'i erkek olup tanısının ortalama yaşı 7,9 yıl (1,5–16,4) idi. GİS tutulumu en sık sonbaharda (%31,6), ardından ilkbaharda (%27,8) ve kışın (%26,5) görüldü; yaz mevsimi en düşük sıklığa sahipti (%14,1). Hastaların %67'sinde tanımlanabilir bir tetikleyici bulunmadı; en sık tetikleyici ÜSYE idi (%28,5). Hematokezya 30 (%10,3), invaginasyon 14 (%4,8) hastada saptandı; %12,7'si ağır GİS tutulumu olarak değerlendirildi. Hastaların %48,8'i hastaneye yatırıldı, %55,3'üne steroid tedavisi uygulandı. Mevsimlere göre demografik özellikler, tetikleyici faktörler, klinik ve laboratuvar bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hematokezya ilkbaharda diğer mevsimlere kıyasla daha yüksek oranda görüldü; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (%17,3, p=0,071).

Sonuç: GİS tutulumlu IgAV hastaları sonbahar ve ilkbaharda daha sık başvurdu. ÜSYE bu hasta grubunda en sık tetikleyici faktör olarak belirlendi. Mevsimlere göre klinik bulgular açısından anlamlı farklılık saptanmadı; ancak hematokezyanın ilkbaharda daha sık gözlemlenmesi dikkat çekici bir bulgu olarak öne çıktı. Konuya ilişkin daha kapsamlı verilerin elde edilebilmesi için geniş kohortlu ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Gastrointestinal tutulum, IgA vaskülit, Mevsimsellik, Tetikleyici faktör



GİS Tutulumlu IgAV Hastalarında Mevsimlere Göre Klinik Bulgular

Klinik Bulgu	Kış (n=77)	İlkbahar (n=81)	Yaz (n=41)	Sonbahar (n=92)	p
Demografik Özellikler					
Erkek cinsiyet, n (%)	47 (%61,0)	49 (%60,5)	23 (%56,1)	52 (%56,5)	0,902
Tanı yaşı (yıl), ortanca (min-maks)	8,0 (2,1–16,2)	8,0 (2,8–16,4)	7,7 (1,5–15,3)	7,3 (2,3–16,0)	0,123
Tetikleyici Faktörler, n (%)					
Tetikleyici yok	52 (%67,5)	49 (%60,5)	30 (%73,2)	65 (%70,7)	0,420
Üst solunum yolu enfeksiyonu	24 (%31,2)	28 (%34,6)	10 (%24,4)	21 (%22,8)	0,318
Diğer†	1 (%1,3)	4 (%4,9)	1 (%2,4)	6 (%6,5)	0,344†
Hastalık Başlangıç Klinik Bulguları, n (%)					
Purpura	57 (%74,0)	54 (%66,7)	30 (%73,2)	61 (%66,3)	0,626
Karın ağrısı	20 (%26,0)	21 (%25,9)	10 (%24,4)	33 (%35,9)	0,354
Eklem tutulumu	14 (%18,2)	10 (%12,3)	7 (%17,1)	9 (%9,8)	0,390
Subkutan ödem†	3 (%3,9)	2 (%2,5)	4 (%9,8)	2 (%2,2)	0,186†
Hematokezya†	0 (%0)	2 (%2,5)	2 (%4,9)	1 (%1,1)	0,207†
Döküntü Özellikleri, n (%)					
Büllöz döküntü†	6 (%7,8)	6 (%7,4)	6 (%14,6)	2 (%2,2)	0,066†
Nekrotik döküntü†	2 (%2,6)	2 (%2,5)	3 (%7,3)	3 (%3,3)	0,564†
Döküntü yeri alt ekstremitte†	72 (%93,5)	78 (%96,3)	38 (%92,7)	91 (%98,9)	0,229†
Döküntü yeri üst ekstremitte	15 (%19,5)	18 (%22,2)	9 (%22,0)	14 (%15,2)	0,655
Döküntü yeri gluteal bölge	10 (%13,0)	8 (%9,9)	4 (%9,8)	17 (%18,5)	0,346
Döküntü yeri gövde†	5 (%6,5)	7 (%8,6)	3 (%7,3)	6 (%6,5)	0,966†
Döküntü yeri yüz†	3 (%3,9)	1 (%1,2)	2 (%4,9)	1 (%1,1)	0,435†
Tanı Klinik Bulguları, n (%)					
Subkutan ödem	27 (%35,1)	27 (%33,3)	16 (%39,0)	28 (%30,4)	0,794
Artralji	22 (%28,6)	14 (%17,3)	8 (%19,5)	13 (%14,1)	0,114
Artrit	15 (%19,5)	12 (%14,8)	7 (%17,1)	15 (%16,3)	0,887
Miyalji†	5 (%6,5)	4 (%4,9)	2 (%4,9)	2 (%2,2)	0,593†
Kusma	20 (%26,0)	16 (%19,8)	7 (%17,1)	20 (%21,7)	0,676
Hematokezya	8 (%10,4)	14 (%17,3)	3 (%7,3)	5 (%5,4)	0,071
İnvaginasyon†	3 (%3,9)	5 (%6,2)	2 (%4,9)	4 (%4,3)	0,941†
Orşit†	2 (%2,6)	1 (%1,2)	0 (%0)	5 (%5,4)	0,217†
Renal tutulum	13 (%16,9)	17 (%21,0)	9 (%22,0)	18 (%19,6)	0,896
Tedavi ve Takip, n (%)					
Hastane yatışı	36 (%46,8)	43 (%53,1)	19 (%46,3)	44 (%47,8)	0,835
Steroid tedavisi	41 (%53,2)	47 (%58,0)	22 (%53,7)	51 (%55,4)	0,936
Döküntü nüksü	8 (%10,4)	11 (%13,6)	4 (%9,8)	12 (%13,0)	0,880
Hastalık nüksü	14 (%18,2)	19 (%23,5)	4 (%9,8)	18 (%19,6)	0,336
Nefrolojiye refere	9 (%11,7)	11 (%13,6)	6 (%14,6)	10 (%10,9)	0,906



Laboratuvar Verileri, ortanca (min–maks)					
Döküntü süresi (gün)	20,5 (7–77)	14,0 (7–56)	21,0 (7–28)	14,0 (7–56)	0,309
Steroid süresi (hafta)	1,5 (0–5)	2,0 (0–8)	1,5 (0–5)	1,8 (0–10)	0,245
WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	11,8 (5,5–29,0)	11,3 (4,6–25,9)	10,6 (5,2–36,9)	11,2 (5,3–30,8)	0,645
ANC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	7,3 (2,5–23,0)	7,3 (2,0–21,8)	7,0 (2,1–30,8)	7,2 (2,8–25,6)	0,734
ALC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	2,7 (0,8–6,4)	2,6 (1,1–5,8)	2,5 (0,7–8,1)	2,7 (1,1–7,2)	0,730
HGB (g/dL)	12,5 (9,6–14,9)	12,5 (9,1–16,8)	12,6 (8,6–14,7)	12,6 (9,0–15,5)	0,992
PLT ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	346 (189–702)	352 (212–808)	358 (157–562)	360 (148–922)	0,704
Kreatinin (mg/dL)	0,5 (0,2–0,9)	0,4 (0,2–0,7)	0,5 (0,3–0,7)	0,4 (0,2–0,7)	0,489
AST (U/L)	22,0 (5–39)	19,0 (11–37)	21,0 (12–74)	20,5 (7–113)	0,482
ALT (U/L)	13,0 (4–39)	10,0 (5–26)	11,0 (6–125)	11,0 (1–143)	0,188
CRP (mg/L)	5,4 (0,1–158,0)	4,0 (0,1–115,0)	3,3 (0,1–42,2)	2,3 (0,1–94,2)	0,073

† Fisher-Freeman-Halton Exact testi uygulanmıştır (Monte Carlo simülasyonu, 10.000 örneklem). IgAV: İmmünglobulin A vaskülit; GİS: Gastrointestinal sistem; ÜSYE: Üst solunum yolu enfeksiyonu; WBC: Beyaz küre; ANC: Mutlak nötrofil sayısı; ALC: Mutlak lenfosit sayısı; HGB: Hemogloblin; PLT: Trombosit; CRP: C-reaktif protein



SS-009

Çocuklarda IgA Vaskülitinde Visseral Tutulum ile Sistemik İnflamatuvar İndekslerin İlişkisi

Zelal Aydın, Kübra Öztürk

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı

Amaç: İmmünoglobulin A (IgA) vaskülit, çocukluk çağında en sık görülen sistemik vaskülitir. Visseral tutulum, hastalığın prognozunu belirleyen en önemli faktördür. Son yıllarda sistemik inflamasyonu değerlendirebilen ucuz ve kolay ulaşılabilir laboratuvar parametreleri birçok hastalıkta prognozu öngörmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu çalışmada, çocuklarda IgA vaskülitinde visseral tutulum ile sistemik inflamatuvar indeksler arasındaki ilişki ve bu indekslerin visseral tutulumu öngörmedeki değerinin değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2024-Nisan 2026 tarihleri arasında merkezimizde, Avrupa Romatizma Birliği/Pediyatrik Romatoloji Avrupa Derneği (EULAR/PreS) kriterlerine göre IgA vaskülit tanısı alan çocuk hastalar dahil edildi. Gastrointestinal, renal veya testiküler tutulumu olan hastalar visseral tutulum olarak kabul edildi. Hastalık aktivitesi, Pediyatrik Vaskülit Aktivite Skoru (PVAS) ile değerlendirildi. Tanı anındaki tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreler kullanılarak nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), sistemik immün-inflamatuvar indeks (SII; nötrofil $\times$ trombosit / lenfosit), C-reaktif protein/albumin oranı (CAR) ve panimmün-inflamatuvar değer (PIV; nötrofil $\times$ trombosit $\times$ monosit / lenfosit) hesaplandı. Hastalar visseral tutulum varlığına göre iki gruba ayrıldı ve gruplar arasında özellikler karşılaştırıldı. İnflamatuvar indeksler ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Visseral tutulumun öngörülmesinde inflamatuvar indekslerin rolü univaryant lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. **Bulgular:** Toplam 82 hastanın 52'sinde (%63,4) visseral tutulum saptandı (kadın/erkek=37/45). Visseral tutulum bulunan hastalarda PVAS ($p<0,001$), C-reaktif protein (CRP) ($p=0,015$), CAR ($p=0,020$), SII ($p=0,033$) ve PIV ($p=0,037$) anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Korelasyon analizinde, hastalık aktivitesi (PVAS) ile CAR ($r=0,285$, $p=0,010$), SII ($r=0,322$, $p=0,003$) ve PIV ($r=0,324$, $p=0,003$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Univaryant lojistik regresyon analizinde CAR (OR: 1,094, %95 CI: 1,004–1,193; $p=0,040$), SII (OR: 1,001, %95 CI: 1,000–1,002; $p=0,031$) ve PIV'in (OR: 1,001, %95 CI: 1,000–1,002; $p=0,023$) visseral tutulum ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterildi. **Sonuç:** IgA vaskülitli çocuklarda değerlendirilen sistemik inflamatuvar indeksler arasında CAR, SII ve PIV'in visseral tutulum ve hastalık aktivitesi ile anlamlı ilişki gösterdiği saptandı. Bu indeksler, visseral tutulumun değerlendirilmesinde kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli yardımcı inflamatuvar biyobelirteçler olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: IgA vaskülit, Sistemik inflamatuvar indeksler, Visseral tutulum



Tablo 1

	Tüm hastalar (n=82)	Visseral tutulumu olan hastalar (n=52)	Visseral tutulumu olmayan hastalar (n=30)	p
Demografik özellikler				
Cinsiyet (erkek); n (%)	45 (%54.9)	26 (%50)	19 (%63.3)	0.243
Tanı yaşı (yıl); ortalama ± SS	9.2 ± 3.4	9.5 ± 3.7	8.5 ± 3.0	0.217
Son 4 haftada enfeksiyon öyküsü; n (%)				
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	28 (%34.1)	20 (%38.5)	8 (%26.7)	0.011
Akut gastroenterit	6 (%7.3)	3 (%5.7)	3 (%10)	0.664
PVAS; medyan (min-maks)	4 (1-15)	5 (2-15)	3 (1-5)	<0.001
Laboratuvar bulguları, n (%)				
Total Lökosit (10 ⁹ /µL); medyan (min-maks)	10.57 (4-25.9)	11.1 (4-25.9)	9.95 (6.2-15.6)	0.115
Nötrofil (10 ⁹ /µL); medyan (min-maks)	6.7 (1.9-19.2)	6.8 (1.9-19.2)	5.9 (3.2-11.7)	0.118
Lenfosit (10 ⁹ /µL); medyan (min-maks)	2.8 (1-9.9)	2.6 (1-9.9)	2.9 (1.2-5.1)	0.217
Monosit (10 ⁹ /µL); medyan (min-maks)	0.9 (0.3-2.5)	0.9 (0.3-2.5)	0.9 (0.3-2.2)	0.385
Trombosit (10 ⁹ /µL); medyan (min-maks)	373.5 (224-666)	378 (224-613)	356 (256-666)	0.317
Hemoglobin (g/dL); ortalama ± SS	12.6 ± 1.2	12.7 ± 1.3	12.4 ± 1.03	0.343
CRP (mg/L); medyan (min-maks)	9 (0.3-132)	10.8 (0.3-132)	6.7 (0.7-50)	0.015
Albumin (g/dL); ortalama ± SS	3.2 (2.5-5)	3.2 (2.5-4.7)	3.2 (2.6-5)	0.985
CAR; medyan (min-maks)	2.6 (0.08-47)	3.1 (0.08-47)	1.9 (0.26-15)	0.020
ESR (mm/saat); medyan (min-maks)	12 (2-120)	10.5 (2-48)	13.5 (2-120)	0.350
PLR; medyan (min-maks)	142.5 (34.7-308)	150 (34.7-308)	122 (63.5-287.5)	0.050
NLR; medyan (min-maks)	2.1 (0.31-17.7)	2.6 (0.31-17.7)	1.89 (0.83-6.1)	0.087
MLR; medyan (min-maks)	0.32 (0.08-1.04)	0.34 (0.1-0.86)	0.3 (0.08-1.04)	0.115
SII; medyan (min-maks)	881.3 (107.7-3976)	1053.8 (107.7-3976)	690.7 (263-2127.5)	0.033
PIV; medyan (min-maks)	801.3 (118.4-3969)	987 (118.4-3969)	622 (236.9-2253)	0.037

CAR: C-reaktif protein/albumin oranı; CRP: C-reaktif protein; ESR: Eritrosit sedimentasyon hızı; MLR: Monosit/lenfosit oranı; NLR: Nötrofil/lenfosit oranı; PIV: Paninmün-inflamatuvar indeks; PLR: Trombosit/lenfosit oranı; PVAS: Pediatrik vaskülit aktivite skoru; SII: Sistemik immün-inflamatuvar indeks

Tablo 1. IgAV hastalarında visseral tutulum varlığına göre özelliklerin karşılaştırılması

IgAV hastalarında visseral tutulum varlığına göre özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 2

	Univaryant Analiz			PVAS*	
	OR	95% CI	p	r	p
Tanı yaşı	1.088	0.952-1.242	0.215		
Cinsiyet	1.727	0.688-4.335	0.244		
CAR	1.094	1.004-1.193	0.040	0.285	0.010
SII	1.001	1.000-1.002	0.031	0.322	0.003
PIV	1.001	1.000-1.002	0.023	0.324	0.003

* Spearman testi

CAR: C-reaktif protein/albumin oranı; PIV: Paninmün-inflamatuvar değer; PVAS: Pediatrik vaskülit aktivite skoru; SII: Sistemik immün-inflamatuvar indeks

Tablo 2. IgAV'de visseral tutulumla ilişkili belirteçlerin univaryant analizi ve PVAS ile korelasyonu

IgAV'de visseral tutulumla ilişkili belirteçlerin univaryant analizi ve PVAS ile korelasyonu



SS-010

Pernio Spektrumunda Klinik-Histopatolojik Değerlendirme: Üç Olguluk Seri

Selin Tambora¹, Filiz Cebeci Kahraman¹, Begüm Işık Özak¹, Gülname Fındık²

¹Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Pernio (chilblains), soğuk ve nemli hava maruziyeti sonrası gelişen inflamatuvar bir akral dermatozdur[1]. Klinik olarak distal akral bölgelerde simetrik yerleşimli eritemli-livediren makül, papülyadan nodüller şeklinde ortaya çıkar[2]. Lezyonlar genellikle kış aylarında görülür ve çoğu olguda 1–3 hafta içinde spontan gerileme eğilimindedir[3]. Vakaların önemli bir kısmı idiyopatik olmakla birlikte, %20–40 oranında sistemik lupus eritematozus, kriyoglobulinemi ve antifosfolipid sendrom gibi altta yatan hastalıklarla ilişkili olabileceği bildirilmiştir[3]. İdiyopatik chilblain özellikle kadınlarda ve düşük beden kitle indeksine sahip bireylerde daha sık bildirilmektedir[4]. Histopatolojik olarak dermal ödem ve yüzeysel-derin perivasküler ve periekrin lenfosit infiltrasyonu tipik bulgular arasındadır[1]. Chilblain lupus ise idiyopatik benzeri klinik tabloya eşlik eden, histopatolojik olarak vakuoler interfaz dermatiti, perivasküler lenfosit infiltrasyonu ve immün floresan incelemede dermoepidermal bileşkede immün kompleks birikimi ile karakterize lupus varyantıdır[5]. Son yıllarda pernio benzeri akral lezyonların SARS-CoV-2 enfeksiyonu ile ilişkili olabileceği de gösterilmiştir[2,6]. Bu çalışmada kliniğimizde pernio ön tanısı ile değerlendirilen üç olgunun klinik, laboratuvar ve histopatolojik özellikleri sunulmuştur.

Olgu 1

22 yaş kadın hasta, üç haftadır devam eden ve soğuk maruziyeti sonrası el ve ayak parmaklarında ortaya çıkan pembe-mor şişlikler nedeniyle başvurdu. Muayenede interfalangeal eklem düzeylerinde eritemli yama lezyonlar izlendi. ANA (++) , diğer laboratuvar incelemeleri normaldi. Histopatolojide bazal tabakada dejeneratif değişiklikler ve likenoid paternde perivasküler lenfosit infiltrasyonu saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda chilblain lupus eritematosus düşünüldü. Pentoksifilin ve aspirin tedavisi başlanan hastada bir yıllık izlem süresince nüks gözlenmedi.

Olgu 2

24 yaş kadın hasta, kış aylarında tekrarlayan bilateral el şişlikleri nedeniyle başvurdu. Muayenede el parmaklarında metatarsofalangeal eklem düzeyinden distale uzanan eritemli-viyolase hassas yama ve nodüller izlendi[Figür1]. Laboratuvar incelemeleri normaldi. Histopatolojide vaskülopatik değişiklikler ile perivasküler ve periekrin lenfosit infiltrasyonu saptandı. Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde idiyopatik chilblain tanısı konuldu. Pentoksifilin ve aspirin tedavisi sonrası bir aylık kontrolde belirgin regresyon izlendi.

Olgu 3

20 yaş kadın hasta, kış aylarında ortaya çıkan ayak parmaklarında morarma şikâyeti ile başvurdu. Muayenede distal ayak parmaklarında belirginleşen eritem ile distal interfalangeal eklem düzeyinde eritemli hassas makül ve yama lezyonlar görüldü[Figür2]. Laboratuvar incelemeleri normaldi. Histopatolojide yüzeysel dermiste perivasküler lenfosit infiltrasyonu ve papiller dermiste vasküler belirginleşme izlendi. Bu bulgular doğrultusunda idiyopatik chilblain tanısı konuldu. Pentoksifilin tedavisi sonrası bir aylık kontrolde belirgin düzelme gözlemlendi.



Tartışma

Pernio (idiopatik chilblain) çoğunlukla benign seyirli, kendini sınırlayan bir tablo olmakla birlikte sekonder nedenler açısından dikkatli değerlendirme gerektirir[3]. Chilblain lupus, klinik olarak idiopatik perniodan ayırt edilmesi güç olup histopatolojik olarak bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve dermoepidermal bileşkede immükompleks birikimi ile ayrılır[5]. Serimizde özellikle ANA pozitifliği ve interfaz değişikliklerin varlığı, pernio spektrumunda klinik-patolojik korelasyonun tanısal değeri olduğunu göstermektedir. Tedavide temel yaklaşım soğuktan korunmadır. Mevcut literatür, sistemik tedavide nifedipin ve pentoksifilin kullanımını destekleyen orta düzey kanıt sunmaktadır[2]. Pentoksifilin, perfüzyonu artırıcı ve antiinflamatuvar özellikleri nedeniyle idiopatik perniyo tedavisinde sistemik bir seçenek olarak değerlendirilebilir[2]. Bununla birlikte hastalığın spontan gerileme eğilimi, tedavi etkinliğinin yorumlanmasını güçleştirmektedir[2]. Sonuç olarak, pernio spektrumu klinik olarak benzer görünüm sergilese de altta yatan patolojiler açısından heterojen bir grubu temsil etmektedir. Sekonder nedenler dikkatle dışlanmalı, gerekli durumlarda histopatolojik değerlendirme yapılmalı ve tedavi hasta bazında planlanmalıdır. Bu olgu serisi, pernio benzeri akral lezyonlarda otoimmünite açısından değerlendirme ve klinik-patolojik korelasyonun önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akral lezyonlar, Chilblain lupus, Pernio

Figür 1



El dorsumlarında özellikle metakarpofalangeal ve interfalangeal eklemler üzerinde yerleşimli, yer yer erozyon ve krutlanmanın eşlik ettiği eritemli-viyolase yama ve plak lezyonlar

Figür 2



Figür 2a: Ayak dorsumunda bilateral simetrik dağılım gösteren, ayak parmak distallerine doğru belirginleşen eritemli-viyolase renk değişikliği ve distal interfalangeal eklem düzeylerinde yer yer infiltratif eritemli makül ve plaklar. Figür 2b: Plantar yüzlerde özellikle ayak parmak ucunda belirginleşen, bilateral simetrik yerleşimli eritemli-viyolase yama lezyonlar



SS-011

Juvenil İdiopatik Artritli Çocuklarda Tırnak Kıvrımı Videokapillaroskopi Paternlerinin Değerlendirilmesi

Elif Küçük, Fatih Haşlak

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Juvenil İdiopatik Artrit (JİA), 16 yaşından önce başlayan, en az altı hafta süren ve nedeni bilinmeyen kronik eklem iltihabı ile karakterize heterojen bir hastalık grubudur. JİA'da tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α), interlökin-1 beta (IL-1 β) ve interlökin-6 (IL-6) gibi proinflamatuvar sitokinlerin etkisiyle ortaya çıkan endotelial disfonksiyon ve mikrovasküler değişikliklerin, inflamasyonun sürdürülmesinde ve hastalık patogenezinde önemli rol oynadığı gösterilmiş olup, bu durum mikrosirkülasyonun değerlendirilmesine yönelik ilgiyi artırmıştır. Bu çalışmada, JİA tanılı hastalarda tırnak kıvrımı videokapillaroskopi (NVC) paternlerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. **Gereç-Yöntem:** Bu kesitsel çalışmaya, Haziran 2025 ile Ekim 2025 tarihleri arasında üçüncü basamak merkezimizde rutin takip vizitlerine başvuran ve Uluslararası Romatoloji Dernekleri Birliği (ILAR) kriterlerine göre JİA tanısı alan hastalar dahil edildi. Eşlikeden otoimmün/otoinflamatuvar hastalık, Raynaud fenomeni veya başka bir sistemik hastalığı bulunan hastalar ile güvenilir NVC değerlendirmesini etkileyebilecek durumları olanlar (yakın zamanda geçirilmiş tırnak yatağı travması veya enfeksiyonu, kozmetik işlem öyküsü, sigara kullanımı ve inceleme öncesindeki 4–6 saat içinde kafein alımı gibi) çalışma dışı bırakıldı. Başparmaklar hariç olmak üzere, her iki elin 2.–5. parmaklarının tırnak kıvrımının santral bölgesinin radial ve ulnar taraflarından 1×1 mm ölçüm alanına sahip ardışık iki görüntü alınarak toplam 16 görüntü kaydedildi. Normal patern; normal morfoloji, normal kapiller yoğunluk (≥ 7 /mm) ile dilatasyon ve mikrohemoraji olmaması, non-spesifik patern; skleroderma-spesifik bulgular olmaksızın dilate kapiller, mikrohemoraji veya anormal morfoloji varlığı olarak tanımlandı. **Bulgular:** Çalışmamıza 104 hasta dahil edildi (kız/erkek= 0,92). Hastaların medyan yaşı 13,8 (5,2–17,8) yıl, medyan hastalık süresi ise 23,5 (0,6–127,8) aydı. NVC değerlendirmesi sırasında en sık etkilenen üç eklem diz (%19,2), metakarpofalangeal (MKF) eklemler (%6,7) ve parmakların proksimal interfalangeal (PİF) eklemleri (%6,7) idi. Hastaların %55,8'i konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (cDMARD), %42,3'ü biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) ve %5,8'i glukokortikoid tedavisi almaktaydı. NVC değerlendirmesinde hastaların %19,2'sinde (n=20) normal patern, %80,8'inde (n=84) ise non-spesifik patern saptandı. Normal ve non-spesifik patern grupları arasında yaş, hastalık süresi, cinsiyet dağılımı, JİA alt tipleri, tutulan eklem dağılımı ve tutulan eklem sayısı açısından anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$). Laboratuvar bulguları değerlendirildiğinde antinükleer antikor (ANA), insan lökosit antijeni-B27 (HLA-B27), romatoid faktör (RF) ve anti-siklik sitriline peptid (anti-CCP) pozitifliği ile C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), beyaz küre, nötrofil, lenfosit, trombosit ve hemoglobin düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Benzer şekilde glukokortikoid, konvansiyonel hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (cDMARD) ve biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (bDMARD) kullanım oranları ile hastalık aktivite skorları açısından da gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (tüm $p>0,05$). **Sonuç:** Bu çalışmada JİA tanılı çocuklarda non-spesifik NVC paternlerinin oldukça sık görüldüğü saptanmış, ancak normal ve non-spesifik patern grupları arasında klinik, laboratuvar ve hastalık aktivitesi açısından anlamlı farklılık izlenmemiştir. Bulgularımız, non-spesifik NVC değişikliklerinin JİA'da yaygın olabileceğini, ancak tek başına hastalık aktivitesi veya klinik şiddet ile ilişkili olmayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca hastaların önemli bir kısmının immünsüpresif tedavi altında olması, mikrovasküler inflamasyonun baskılanmasına bağlı olarak gruplar arasındaki farkın belirginleşmesini engellemiş olabilir. JİA'da kapillaroskopik bulguların klinik önemini daha iyi ortaya koyabilmek için daha geniş örneklemli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Juvenil idiyatik artrit, mikrosirkülasyon, patern, tırnak kıvrımı videokapillaroskopisi



Tablo 1

Tablo 1. Juvenil İdiyopatik Artritli çocuklarda normal ve non-spesifik tırmak yatağı videokapillaroskopik paternlerinin karşılaştırılması

	Normal patern	Non-spesifik patern	p
Yaş (yıl) (Medyan [Min-Max])	15.4 (5.6-17.7)	13.6 (5.2-17.8)	0.163
Hastalık süresi (ay) (Medyan [Min-Max])	19.5 (0.6-72.4)	25.2 (1.1-127.8)	0.176
Kız cinsiyet (n, %)	11 (55%)	43 (51.2%)	0.954
JIA tipi (n, %)			
Oligoartrtiküler JIA	5 (25%)	39 (46.4%)	0.136
Entezit ilişkili artrit	10 (50%)	23 (27.4%)	0.092
RF negatif poliartrtiküler JIA	1 (5%)	8 (9.5%)	1.0
Psöriyatik artrit	1 (5%)	5 (6%)	1.0
RF pozitif poliartrtiküler JIA	1 (5%)	5 (6%)	1.0
Sistemik JIA	2 (10%)	4 (4.8%)	0.325
Kapillaroskopik değerlendirme sırasında etkilenen eklemlerin dağılımı (n, %)			
Diz	5 (25%)	15 (17.9%)	0.530
Metakarpofalangeal	0 (0%)	7 (8.3%)	0.341
PIP (El)	0 (0%)	7 (8.3%)	0.341
Avak bileği	3 (15%)	3 (3.6%)	0.084
El bileği	0 (0%)	4 (4.8%)	1.0
Kalça	1 (5%)	0 (0%)	0.192
Durak	0 (0%)	2 (2.4%)	1.0
Kapillaroskopik değerlendirme sırasında tutulan eklem sayısı (Medyan [Min-Max])	0 (0-4)	0 (0-12)	0.620
Kapillaroskopik değerlendirme sırasındaki laboratuvar bulguları			
ANA pozitifliği (n, %)	5 (25%)	33 (39.3%)	0.350
HLA-B27 pozitifliği (n, %)	3 (15%)	11 (13.1%)	0.730
RF pozitifliği (n, %)	1 (5%)	6 (7.1%)	1.0
Anti-CCP pozitifliği (n, %)	1 (5%)	3 (3.6%)	0.580
CRP (mg/L) (Medyan [Min-Max])	1.4 (0.1-88.2)	1 (0-145)	0.441
ESR (mm/saat) (Medyan [Min-Max])	5.5 (2-93)	5 (2-86)	0.753
Beyaz küre sayısı ($\times 10^9/L$) (Medyan [Min-Max])	8 (5.4-22)	7.6 (4.9-14.6)	0.398
Nötrofil sayısı ($\times 10^9/L$) (Medyan [Min-Max])	4.8 (2.3-19)	4.2 (2.2-11.1)	0.207
Lenfosit sayısı ($\times 10^9/L$) (Medyan [Min-Max])	2.4 (1.4-5.2)	2.6 (0.8-7)	0.558
Trombosit sayısı ($\times 10^9/L$) (Medyan [Min-Max])	318 (198-730)	313 (189-745)	0.692
Hemoglobin (g/dL) (Ortalama $\pm$ SS)	12.9 $\pm$ 1.8	12.7 $\pm$ 1.4	0.152
Kapillaroskopik değerlendirme sırasındaki tedavi durumu (n, %)			
Glukokortikoid	14 (70%)	67 (79.8%)	0.374
cDMARD	18 (90%)	80 (95.2%)	0.325
bDMARD	8 (40%)	45 (53.6%)	0.400
Kapillaroskopik değerlendirme sırasındaki hastalık aktivite skorları (Medyan [Min-Max])			
JADAS-71	3.3 (0.1-12.5)	0.4 (0.1-15.1)	0.314
sJADAS	0.5 (0-1)	0.5 (0-1)	1.0
JSpADA	0.2 (0-3)	0.5 (0-3)	0.900
Kapillaroskopik değerlendirme sırasındaki Wallace kriterleri (n, %)			
Aktif hastalık	10 (50%)	29 (34.5%)	0.304
Klinik olarak inaktif hastalık	3 (15%)	14 (16.7%)	1.0
İlaçlı klinik remisyon	6 (30%)	37 (44%)	0.371
İlaçsız klinik remisyon	1 (5%)	4 (4.8%)	1.0

Anti-CCP: anti-siklik sitriline peptid antikor, ANA: antinükleer antikor, bDMARD: biyolojik hastalık modifiye edici antromatizmal ilaç, CRP: C-Reaktif Protein, cDMARD: konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici antromatizmal ilaç, DIP: distal interfalangeal, ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, HLA-B27: İnsan Lökosit Antijeni-B27, JADAS-71: Juvenil İdiyopatik Artrit Hastalık Aktivite Skoru-71, JIA: Juvenil İdiyopatik Artrit, JSpADA: Juvenil Spondiloartrit Hastalık Aktivite İndeksi, PIP: proksimal interfalangeal, RF: romatoid faktör, sJADAS: Sistemik Juvenil Artrit Hastalık Aktivite Skoru.

SS-012

Heterozigot MEFV Varyantı Olan Çocuklarda Kolşisin Gereksinimini Öngören Faktörler

Lütfiye Kuru¹, Kübra Öztürk²

¹Lütfiye Kuru

²Kübra Öztürk

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), MEFV gen varyantları ile ilişkili otoinflamatuvar bir hastalıktır. Her ne kadar klasik olarak otozomal resesif geçişli kabul edilse de, heterozigot MEFV varyantı taşıyan çocuklarda da AAA benzeri klinik bulgular görülebilmektedir. Ancak bu hastalarda kolşisin tedavi gereksinimini öngören klinik ve laboratuvar belirteçler henüz net olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada, heterozigot MEFV varyantı taşıyan çocuklarda kolşisin tedavisi başlanmasıyla ilişkili klinik ve laboratuvar özelliklerin değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** Çocuk Romatoloji polikliniğine 18 yaş altında başvuran ve heterozigot MEFV varyantı saptanan hastaların tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalar kolşisin tedavisi başlanan ve başlanmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, klinik bulgular, aile öyküsü, akut faz reaktanları ve MEFV gen analiz sonuçları karşılaştırıldı. Kolşisin gereksinimini öngören bağımsız faktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. **Bulgular:** Toplam 83 heterozigot MEFV varyantı taşıyan hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların 34'üne (%40.9) kolşisin tedavisi başlandı. Kolşisin başlanan grupta ateş (%88.2'ye karşı %30.6, $p<0.001$) ve karın ağrısı (%85.3'e karşı %59.2, $p=0.015$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık saptandı. Ayrıca akut faz reaktanları kolşisin başlanan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.001$, Tablo1). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde ateşin, kolşisin gereksinimi için bağımsız risk faktörü olduğu gösterildi (OR 6.59, %95 CI 1.61–26.95, $p=0.009$). **Sonuç:** Heterozigot MEFV varyantı taşıyan çocuklarda kolşisin gereksinimi, mutasyon tipinden ziyade inflamatuvar klinik fenotip ve akut faz yanıtı ile ilişkili görünmektedir. Özellikle ateş varlığı, kolşisin gereksinimi için bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Bu bulgular, heterozigot MEFV varyantı olan çocuklarda tedavi kararının yalnızca genetik analizlere değil, klinik ve laboratuvar inflamasyon bulgularına göre verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, heterozigot MEFV varyantı, kolşisin



tablo1

	Kolşisin Başlanan Grup (n=34)	Kolşisin Başlanmayan Grup (n=49)	p
Erkek cinsiyeti (n,%)	16 (%47.1)	21 (%42.8)	0.823
Yaş (Yıl) (Ortalama (Min-Max))	10.5 (9.4-21.2)	15.5 (9.2-26.5)	0.006
*Klinik bulgular (n,%)			
Ağız	36 (%88.2)	35 (%70.4)	<0.001
Kulak ağrısı	29 (%85.3)	29 (%59.2)	0.025
Göğüs ağrısı	1 (%2.9)	0 (%0)	0.450
Artır	2 (%5.9)	3 (%6.1)	1.000
Astıya	8 (%23.5)	13 (%26.5)	0.863
Miyof	1 (%2.9)	1 (%2.0)	1.000
ELE	2 (%5.9)	0 (%0)	0.140
Aile tıbbi (n,%)			
Ailede FMF tıbbi	15 (%44.1)	20 (%40.8)	0.180
Ailede antinefrotik tıbbi	7 (%20.6)	4 (%8.2)	1.000
*AFR (Ortalama (Min-Max))			
CRP (mg/L)	48 (0.45-118)	1.03 (0-54)	<0.001
Sedimantasyon (mm/s)	52 (0-138)	5 (0-48)	<0.001
SAA (mg/L)	29.5 (3-40.8)	0.37 (0-20)	<0.001
MEFV gen analizi			
EEcon 10 mutasyonu	33 (%97.1)	45 (%91.8)	0.64
MEFV mutasyonu	21 (%61.8)	25 (%51.0)	0.34

FMF: Familial Mediterranean Fever; ELE: Eritropoietin eksikliği; AFR: Akut faz reaktivitesi; CRP: C-reaktif protein; SAA: Serum amiloid A.

*. Analiz istatistiksel değerlendirilen parametreler.

Tablo 1. Heterozigot MEFV varyantı taşıyan çocuklarda kolşisin başlanan ve başlanmayan grupların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 1. Heterozigot MEFV varyantı taşıyan çocuklarda kolşisin başlanan ve başlanmayan grupların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması



SS-013

Psoriasis Hastalarında IL-17 ve IL-23 Hedefli Biyolojik Tedavi Seçiminde Psoriatik Artrit ve Başlangıç PASI Skorunun Rolü

Harbiye Dilek Canat¹, Adil Öncel²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir SUAM, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Psoriatik artrit (PsA), psoriasis zemininde ortaya çıkan ve periferik artrit, entezit, aksiyel tutulum, daktilit, tırnak ile deri bulgularını farklı kombinasyonlarda içerebilen inflamatuvar bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Hastalığın bu çok katmanlı yapısı, biyolojik tedavi seçiminin sadece deri bulgularına bakılarak yapılamayacağını göstermektedir. Güncel GRAPPA ve EULAR önerileri de, aktif tutulum alanları ve komorbiditelerle birlikte kutanöz şiddetin dikkate alındığı bireyselleştirilmiş yaklaşımı ön plana çıkarmaktadır. Psoriasis çoğu hastada artrit bulgularından önce geliştiği için, dermatoloji pratiğinde PsA'nın erken dönemde fark edilmesi tedavi tercihlerini etkileyebilir. IL-17 ve IL-23 eksenini hedefleyen biyolojik ajanlar aktif PsA'da etkili seçeneklerdir. FUTURE 5, DISCOVER-1 ve DISCOVER-2 çalışmaları, bu ajanların anlamlı klinik fayda sağladığını göstermiştir. Buna ek olarak, orta-ağır plak psoriasisdeki karşılaştırmalı veriler bu iki yolaktaki ajanların zaman içindeki yanıt profillerinin aynı olmadığını düşündürmektedir. IXORA-R'de ixekizumab 12. haftada guselkumaba göre daha yüksek PASI 100 yanıtına ulaşırken, ECLIPSE'de guselkumab 48. haftada secukinumaba göre daha yüksek PASI 90 yanıt oranına ulaşmıştır. Bu klinik gerekçeyle, çalışmamız IL-17/IL-23 biyolojik sınıf tercihinin PsA varlığı ve başlangıç PASI düzeyi ile ilişkisini gerçek yaşam verilerinde ortaya koymayı amaçladı. **Yöntem:** Bu retrospektif, tek merkezli çalışmada IL-17 veya IL-23 inhibitörü kullanan psoriasis hastalarının kayıtları değerlendirildi. Biyolojik sınıf tercihi ile psoriatik artrit varlığı ve başlangıç PASI düzeyi arasındaki ilişki araştırıldı. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, komorbiditeler ve başlangıç PASI değerleri kaydedildi; gruplar karşılaştırıldı ve IL-17 biyolojik sınıf tercihi ile ilişkili değişkenler lojistik regresyon analizi ile incelendi. **Bulgular:** Toplam 203 hasta değerlendirildi; bunların 95'i IL-23, 108'i IL-17 inhibitörü kullanmaktaydı. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve komorbiditeler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (tümü $p>0.05$). PsA verisi bulunan hastalarda PsA sıklığı IL-17 grubunda daha yüksekti (%45.4 [44/97] ve %17.6 [15/85], $p<0.001$). Başlangıç PASI skoru da IL-17 grubunda daha yüksekti (16.4 ± 7.7 ve 13.4 ± 4.6 , $p=0.001$). Tam verisi bulunan 174 hastada yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde PsA varlığı (OR 4.03, %95 GA 1.90–8.53, $p<0.001$) ve başlangıç PASI düzeyi (OR 1.07, %95 GA 1.01–1.13, $p=0.016$), IL-17 biyolojik sınıf tercihi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. **Sonuç:** Sonuçlarımız, gerçek yaşam pratiğinde IL-17 sınıfı tercihinin hem psoriatik artrit varlığıyla hem de daha yüksek başlangıç PASI düzeyiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bu ilişki, tedavi sınıfı seçiminde eklem tutulumunun yanı sıra başlangıçtaki deri tutulumu şiddetinin de dikkate alındığını düşündürmektedir. Klinik açıdan bakıldığında, deri ve eklem bulgularının birlikte değerlendirilmesi biyolojik tedavi kararının daha isabetli biçimde bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: IL-17 inhibitör, IL-23 inhibitör, PASI, Psoriasis, Psoriatik artrit



Tablo 1. IL-23 ve IL-17 Biyolojik Sınıflarına Göre Hasta Özellikleri ve IL-17 Sınıf Tercihi ile İlişkili Faktörler

Değişken	IL-23 (n=95)	IL-17 (n=108)	p değeri
A. Grup karşılaştırmaları			
Yaş, yıl, ortalama±SS	44.6±15.9	44.9±13.4	0.889
Erkek cinsiyet, n/N (%)	45/92 (48.9)	50/106 (47.2)	0.919
Vücut kitle indeksi, kg/m ² , ortalama±SS	27.8±5.3	27.9±5.5	0.973
Psoriatik artrit, n/N (%)	15/85 (17.6)	44/97 (45.4)	<0.001
Diyabetes mellitus, n/N (%)	12/86 (14.0)	12/97 (12.4)	0.923
Hipertansiyon, n/N (%)	14/84 (16.7)	15/97 (15.5)	0.987
Hiperlipidemi, n/N (%)	11/86 (12.8)	10/97 (10.3)	0.769
Kardiyovasküler hastalık, n/N (%)	1/84 (1.2)	3/97 (3.1)	0.625*
Başlangıç PASI, ortalama±SS	13.4±4.6	16.4±7.7	0.001
B. Çok değişkenli lojistik regresyon	OR	%95 GA	p değeri
Yaş	0.99	0.96–1.01	0.361
Erkek cinsiyet	1.00	0.52–1.93	0.992
Vücut kitle indeksi	1.01	0.94–1.07	0.864
Diyabetes mellitus	0.82	0.27–2.51	0.727
Hipertansiyon	0.81	0.28–2.36	0.697
Hiperlipidemi	0.62	0.21–1.84	0.390
Psoriatik artrit varlığı	4.03	1.90–8.53	<0.001
Başlangıç PASI	1.07	1.01–1.13	0.016

*Dipnot: Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler n/N (%) olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerde payda, ilgili değişken için verisi mevcut hasta sayısını göstermektedir. 2x2 kategorik karşılaştırmalarda Yates düzeltmeli ki-kare testi kullanıldı. *Kardiyovasküler hastalık değişkeninde düşük beklenen hücre sayısı nedeniyle Fisher exact testi kullanıldı. Lojistik regresyon analizi tam verisi bulunan 174 hasta üzerinden yapıldı. Bağımlı değişken IL-17 biyolojik sınıf kullanımıdır.*

AuthorToEditor: Sayın Bilim Kurulu Üyeleri, Gerçek yaşam pratiğinde biyolojik tedavi sınıfı seçimini etkileyebilecek klinik değişkenleri değerlendirdiğimiz bu çalışmayı, kongrenizin bilimsel programında sözlü bildiri olarak değerlendirilmek üzere bilgilerinize sunarız. Saygılarımızla



SS-014

FMF'li Adölesan Hastalarda Menstrüasyon İlişkili Gastrointestinal Yakınmalar

Feray Kaya, Fatih Haşlak

Medeniyet Üniversitesi

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) olan adölesan hastalarda menstruasyon döneminde görülen gastrointestinal (GİS) semptomların sıklığını ve premenstrüel sendrom ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık
Gereç-Yöntem: Çalışmaya FMF tanılı 42 adölesan hasta dahil edildi. Hastalarda menstruasyon dönemindeki GİS semptomları (iştah değişikliği, şişkinlik, bulantı, ishal, kabızlık) değerlendirildi. Premenstrüel semptomlar Premenstrual Symptoms Screening Tool kullanılarak değerlendirildi ve hastalar premenstrüel sendrom saptanan ve saptanmayan gruplar olarak karşılaştırıldı. Klinik ve genetik özellikler incelendi.
Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 16.4±1.9 yılı. Menstruasyon döneminde en sık görülen GİS semptomları iştah değişiklikleri (%66.7, n=28) ve şişkinlik (%52.4, n=22) idi. Hastaların %81'inde (n=34) en az bir GİS semptomu mevcuttu. Premenstrüel sendrom hastaların %57.1'inde (n=24) saptandı. Premenstrüel sendrom saptanan ve saptanmayan gruplar arasında şişkinlik (%50 vs %55.6, p=0.71), iştah değişiklikleri (%66.7 vs %66.7, p=1.00), bulantı (%0 vs %11.1, p=0.094), ishal (%4.2 vs %11.1, p=0.567) ve genel GİS semptom sıklığı (%75 vs %88.9, p=0.431) açısından anlamlı fark saptanmadı.
Sonuç: Menstrüasyon döneminde gastrointestinal yakınmalar FMF'li adölesan kızlarda yaygın olarak gözlenmiştir. Ancak bu yakınmaların premenstrüel sendrom varlığı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bu durum, gastrointestinal semptomların multifaktöriyel mekanizmalarla ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, Gastrointestinal yakınmalar, Menstrüasyon



SS-015

Ailevi Akdeniz ateşi hastalarında film kaplı ve sıkıştırılmış tablet kolşisinin gastrointestinal yan etkilerinin karşılaştırılması

Elif Dinçses Nas, Şerife Gözde Şen

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

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), tekrarlayan ateşli serozit ataklarıyla seyreden en sık kalıtsal otoinflamatuvar hastalıktır. Kolşisin tedavisi atakların kontrolünde ve amiloidoz gelişiminin önlenmesinde etkilidir. Kolşisin yanıtı %5-10 hastada görülür ve bu durumda veya yan etki durumunda ülkemizde, “film kaplı” formdan maliyeti daha yüksek olan “ithal/sıkıştırılmış tablet” formuna geçiş önerilmektedir. En sık yan etki hastaların yaklaşık %18’inde görülen diyare veya diğer gastrointestinal (Gİ) yakınmalardır. Bu çalışmada, farklı kolşisin preparatları kullanan AAA hastalarında Gİ yan etki profilinin karşılaştırılması amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği’nde Kasım 2025–Nisan 2026 tarihleri arasında Tel-Hashomer kriterlerine göre AAA tanısı olan, 18 yaş üzerindeki ve en az son 3 aydır sabit dozda aynı kolşisin preparatını kullanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Ek gastrointestinal hastalık veya amiloidoz tanısı bulunan, alarm semptomları eşliğinde karın ağrısı olan hastalar dışlandı. Hastalar kullandıkları kolşisin preparatına göre film kaplı (yerli) ve sıkıştırılmış tablet (ithal) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, tedaviler, ayrıntılı Gİ yan etkiler (atak dışı karın ağrısı, diyare, konstipasyon, alanin aminotransferaz [ALT] yüksekliği) ve Roma IV kriterlerine göre irritabl bağırsak sendromu (İBS) varlığı analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmaya 120 hasta dahil edildi; bunların 80’i (%66) kadındı. Ortalama yaş 38,1±15,3 yıl, medyan hastalık süresi 12,5 (7,5–21) yıldır. MEFV genetik analizi bulunan 73 hastada en sık saptanan mutasyon 49 (%67) hastada M694V idi. Hastaların 84’ü (%70) film kaplı kolşisin, 36’sı (%30) sıkıştırılmış tablet kolşisin kullanıyordu; ayrıca 15 (%12,5) hasta IL-1 inhibitörü tedavisi almaktaydı. Kolşisin preparatı değişim nedeni 24 (%66) hastada etkisizlik, 8 (%22) hastada Gİ şikayetler, 3 (%8) hastada ALT yüksekliği ve 1 hastada kreatin kinaz yüksekliği idi. Toplam 10 (%8) hasta İBS tanısı aldı. Gİ şikayetler nedeniyle preparatı değiştirilen 8 hastanın 3’ünde şikayetler tamamen düzelirken, diğer hastalarda karın ağrısı ve diyare yakınmalarında kısmi düzelme görüldü. Sıkıştırılmış tablet kolşisin kullanan hastalarda medyan günlük ilaç dozu daha yüksekti (2 mg vs 1,5 mg; p<0,001). İki grup arasında son 6 aydaki atak sıklığı, genel Gİ şikayetler, atak dışı karın ağrısı, diyare, konstipasyon, İBS varlığı ve ALT yüksekliği açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo). Film kaplı tablet kullananların %26’sında, sıkıştırılmış kolşisin kullananların %27’sinde Gİ yan etki sıklığı ayda 2 ve daha azdı; haftada en az 1 gün bu yan etkileri yaşayan hastaların oranı sırasıyla %24 ve %19 idi. **Sonuç:** Sıkıştırılmış kolşisin kullanan hasta grubunda medyan ilaç dozu daha fazlaydı ancak iki grupta Gİ yan etkiler benzer sıklıkta izlendi. Bununla birlikte, Gİ intolerans nedeniyle preparat değiştirilen hastaların semptomlarında tam veya kısmi düzelme gözlemlendi. Bu durum, bazı AAA hastalarında sıkıştırılmış tablet formunun daha yüksek ve potansiyel olarak daha etkin optimum kolşisin dozlarının tolere edilebilmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, kolşisin, diyare, yan etki



Film Kaplı ve Sıkıştırılmış Tablet Kolşisin Gruplarının Demografik ve Klinik Bulguları

	Film Kaplı kolşisin n=84	Sıkıştırılmış kolşisin n=36	p değeri
Kadın cinsiyet	54 (%64)	26 (%72)	0,39
Yaş, ortalama	37,4 ($\pm 15,6$)	39,6 ($\pm 14,4$)	0,36
M694V homozigot	16/53 (%30)	10/20 (%50)	0,11
Kolşisin dozu, medyan (IQR)	1,5 (1-1,5)	2 (2-2)	<0,001
Son 6 ayda atak sayısı, medyan (IQR)	1 (0-3)	1 (0-4)	0,62
Menstrüasyon ilişkili atak	33/54 (%61)	17/26 (%65)	0,71
Kolşisin düzenli kullanım	72 (%85)	31 (%86)	0,95
Herhangi bir Gİ şikayet	42 (%50)	17 (%47)	0,78
Diyare	21 (%25)	8 (%22)	0,74
Konstipasyon	17 (%20)	4 (%11)	0,22
Atak dışı karın ağrısı	21 (%25)	10 (%27)	0,75
Kolşisin doz artışı sonrası Gİ şikayet	4 (%5)	0	0,18
İrritabl bağırsak sendromu kriterlerini karşılayan	8 (%9,5)	2 (%5,5)	0,72
ALT yüksekliği ($>2x$ üst sınır)	2 (%2)	1 (%2,7)	1,0

Gİ: Gastrointestinal, ALT: Alanin aminotransferaz

SS-016

Aksiyel Spondiloartrit Akdeniz Diyetine Uyumun Hastalık Aktivitesi ve Klinik Sonuçlar ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Nur Filiz Ok¹, Mehmet Tuncay Duruöz²

¹TC.Sağlık Bakanlığı İskenderun Devlet Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı, Hatay, Türkiye

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Beslenme alışkanlıkları, aksiyel spondiloartrit (axSpA) sistemik inflamasyonu ve hastalık sonuçlarını etkileyebilir; ancak bu hasta grubunda Akdeniz diyeti ile ilgili kanıtlar sınırlıdır. Bu çalışmada, aksiyel spondiloartritli hastalarda Akdeniz diyetine uyum ile hastalık aktivitesi, hasta bildirimli sonuçlar ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. **Gereç-Yöntem:** Bu kesitsel çalışmada 120 aksiyel spondiloartrit hastası değerlendirilmiştir. Akdeniz diyetine uyum, MEDAS kullanılarak düşük, orta ve yüksek uyum olarak sınıflandırılmıştır. Klinik değerlendirmeler ASDAS-CRP, BASDAI, ağrı (VAS-A), yorgunluk (VAS-F), Jenkins Uyku Ölçeği, ASQoL ve IPAQ'ı içermektedir. Verilerin normal dağılmaması nedeniyle nonparametrik analizler uygulanmış; Kruskal-Wallis ve Jonckheere-Terpstra testleri kullanılmıştır. Çok değişkenli hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. **Bulgular:** Akdeniz diyetine daha yüksek uyum; daha düşük ASDAS-CRP, BASDAI, ağrı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve ASQoL skorları ile; daha yüksek fiziksel aktivite düzeyi ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (tüm $p < 0,001$). MEDAS skoru, ASDAS-CRP'nin bağımsız bir belirleyicisi olarak kalmış ve hastalık aktivitesindeki varyansın yaklaşık %40'ını açıklamıştır. Tanı gecikmesi daha yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmuştur. **Sonuç:** Akdeniz diyetine yüksek uyum; aksiyel spondiloartritte daha düşük hastalık aktivitesi ve daha iyi hasta bildirimli sonuçlarla bağımsız olarak ilişkilidir. Beslenme alışkanlıkları hastalık yönetiminde değiştirilebilir bir faktör olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz Diyeti, Spondiloartrit, Tedavi Sonucu



Tablo 1-Çalışma Popülasyonunun Başlangıç Özellikleri

Değişken	Değer
Yaş (ortalama $\pm$ SS)	43,7 $\pm$ 11,7
Erkek cinsiyet, n (%)	71 (%59,2)
BKİ, kg/m ² (ortalama $\pm$ SS)	26,6 $\pm$ 3,5
Semptom süresi, yıl	9,0 $\pm$ 6,9
Tanı gecikmesi, yıl	2,1 $\pm$ 2,7
Radyografik axSpA, n (%)	56 (%46,7)
HLA-B27 pozitif, n (%)	53 (%44,2)
ASDAS-CRP (ortalama $\pm$ SS)	1,69 $\pm$ 0,62
BASDAI (ortalama $\pm$ SS)	3,4 $\pm$ 1,3

ASDAS-CRP, C-reaktif protein ile Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru; BASDAI, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi; BKİ, beden kitle indeksi; SD, standart sapma; axSpA, aksiyel spondiloartrit. Değerler ortalama $\pm$ standart sapma veya sayı (yüzde) olarak sunulmuştur.

Tablo 2-Akdeniz Diyeti Uyum Düzeylerine Göre Eğilim Analizi

Sonuç	Jonckheere-Terpstra Z	p değeri	Yön
ASDAS-CRP	-6,99	<0,001	↓
BASDAI	-7,07	<0,001	↓
Ağrı (VAS-A)	-7,61	<0,001	↓
Yorgunluk (VAS-F)	-6,54	<0,001	↓
ASQoL	-6,35	<0,001	↓
Jenkins Uyku Ölçeği	-5,88	<0,001	↓
IPAQ	+4,86	<0,001	↑

ASDAS-CRP, C-reaktif protein ile Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru; ASQoL, Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği; BASDAI, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi; IPAQ, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi; MEDAS, Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği; VAS-A, ağrı için görsel analog skala; VAS-F, yorgunluk için görsel analog skala. Oklar değişim yönünü göstermektedir (↓ azalma, ↑ artma).

AuthorToEditor: Değerli Bilim Kurulu, "Aksiyel Spondiloartritte Akdeniz Diyetine Uyumun Hastalık Aktivitesi ve Klinik Sonuçlar ile İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmamızı değerlendirmenize sunarım. Saygılarımla Nur Filiz Ok



SS-017

Aksiyel spondilartritli hastalarda D Vitamini eksikliği ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Gizem Cengiz¹, Senem Şaş², Emre Şenköy³, Hüseyin Kaplan⁴

¹Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Romatoloji kliniği, Kırıkkale

²SBÜ, Bursa Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa

³SBÜ, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Van

⁴Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aksaray

Amaç: D vitamini immünmodülatör özelliğinin yanı sıra kas iskelet sistemi ve kalsiyum metabolizması için elzem bir vitamindir ve “güneş vitamini” olarak da bilinir. Aksiyel Spondilartritli (AkSpA) hastalarda D vitamini eksikliği ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişki tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda hastalık aktivitesi ve fonksiyonel düzey ile ilişkili bulunmuş olmasına rağmen bazı araştırmalarda bu ilişki net değildir. Bu çalışmada AkSpA hastalarında D vitamini ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem:: Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada romatoloji polikliniğinde Mart-Aralık 2021 döneminde takipli AkSpA tanılı hastaların verileri değerlendirildi. Hastaların cinsiyet, yaş, D vitamini düzeyi, akut faz yanıtları ve hastalık aktivitesi verileri analiz edildi. D vitamini eksikliği olan ve olmayanların verileri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 148 birey, 74 (%50) kadın ve 74 erkek AkSpA hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 42,37±11,03, vitamin-D düzeyi ortalaması 22,03±11,21, ortalama BASDAİ, 3,35±1,0, ortalama CRP 8,19±13,59 ve ortalama eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) 13,42±10,97 idi. Hastaların 71 (%48) de D-vitamineksikliği vardı. Hastalar D vitamini düşük olan ve olmayanlar olarak karşılaştırıldığında, yaş, CRP, sedimantasyon ve BASDAİ değerleri açısından gruplar benzer idi.

Sonuç: Bu çalışmada D vitamini eksikliğinin AkSpA hastalarının yaklaşık yarısında vardı. D vitamini düşük olan ve olmayan hastalar arasında hastalık aktivitesi açısından bir fark bulunamadı. Bu konuda daha büyük ve prospektif olarak planlanan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: aksiyel spondilartrit, D vitamini, hastalık aktivitesi

D vitamini düşüklüğü olan ve olmayan hastaların verilerinin karşılaştırılması

Değişkenler	D vitamini düşük olan (n=71)	D düşük olmayan (n=77)	P değeri
Cinsiyet (E/K)	36/35	38/39	0,869
Yaş, yıl	40,59 ±10,48	44,01 ±11,34	0,059
BASDAİ	3,40 ± 0,89	3,31 ± 1,09	0,595
ESH, mm/saat	9,16 ± 15,99	7,30 ± 10,97	0,896
CRP	13,30 ± 10,18	13,53 ± 11,73	0,408



SS-018

Fibromiyalji Hastalarında Kullanılan Gabapentinoid (Pregabalin) Vitamin B12 ve Folat Düzeylerini Etkiler mi? Retrospektif Bir Çalışma

Deniz Öke¹, Betül Çiftçi²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

²Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Fibromiyalji, yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı, yorgunluk, uyku bozuklukları, bilişsel işlev bozukluğu, anksiyete ve duygusal sıkıntı ile karakterize karmaşık bir kronik ağrı sendromudur. Tedavi, bilişsel davranışçı terapi ve fizyoterapi gibi farmakolojik olmayan yaklaşımların yanı sıra, antidepresanlar ve gabapentinoidler gibi antikonvülsanları içeren farmakolojik müdahaleleri de içerir. Bu tedaviler yaşam kalitesini ve uyku kalitesini iyileştirmesine rağmen, uzun vadeli metabolik etkilerine ilişkin veriler sınırlı kalmaktadır. Epilepsi hastalarında yapılan önceki çalışmalar, antikonvülsanların B12 vitamini ve folat metabolizmasını etkileyebileceğini göstermiştir. Bu çalışma, fibromiyalji hastalarında pregabalinin B12 vitamini ve folat düzeyleri üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamıştır. **Gereç-Yöntem:** Çalışma protokolü Etik Kurul tarafından onaylanmıştır (Tarih: 26/03/2025, Karar No: 03.). Çalışma, NCT07013305 kayıt numarasıyla ClinicalTrials.gov sitesinde kayıt altına alınmıştır. Bu çalışmaya, fibromiyalji tanısı konmuş 18 yaşın üzerindeki 104 hasta dahil edilmiştir. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniğine başvuran, fibromiyalji tanısı konulan ve antikonvülsan tedavi gören hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Son bir yıl içinde fibromiyalji tanısı konulan hastaların retrospektif tıbbi kayıtları incelenmiştir. Kan B12 vitamini ve folat düzeyleri, pregabalin tedavisinin başlamasından önce ve sonra kaydedilmiştir. Klinik kayıtlar retrospektif olarak gözden geçirildi. Demografik özellikler, pregabalin dozu ile B12 vitamini ve folat düzeyleri tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Medyan günlük pregabalin dozu 150 mg (aralık: 50–600 mg), bölünmüş dozların medyan sayısı 2 (aralık: 1–2) ve medyan tedavi süresi 21,5 aydı (aralık: 4–108 ay). Ortalama B12 vitamini düzeyleri, başlangıçta $441,20 \pm 264,45$ pg/mL'ken tedavi sonrasında $296,17 \pm 120,16$ pg/mL'ye düşmüştür ($p < 0,001$). Benzer şekilde, ortalama folat düzeyleri tedaviden sonra $10,45 \pm 3,96$ ng/mL'den $7,70 \pm 3,01$ ng/mL'ye önemli ölçüde azalmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 1). Tedavi süresine dayalı alt grup analizleri, tüm süre gruplarında (3–6 ay, 6–12 ay ve >12 ay; sırasıyla $p = 0,001$, $p < 0,001$ ve $p < 0,001$) B12 vitamini düzeylerinde anlamlı düşüşler olduğunu ortaya koydu (Tablo 2). Folat düzeyleri de tedaviden sonra azalmış olup, 3–6 ay ve >12 ay gruplarında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler gözlemlenmiştir (sırasıyla $p = 0,005$ ve $p < 0,001$). Benzer şekilde, pregabalin tedavisiyle folat düzeyleri genel olarak doza bağlı bir şekilde azalmıştır; 75 µg, 76–150 µg ve 151–300 µg doz gruplarında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler gözlemlenmiştir (sırasıyla $p = 0,008$, $p < 0,001$ ve $p = 0,002$). **Sonuç:** Pregabalin tedavisi, fibromiyalji hastalarında B12 vitamini ve folat düzeylerinin azalmasıyla ilişkili olabilir. Vitamin eksiklikleri yorgunluğa, nöropatik semptomlara ve klinik durumun kötüleşmesine katkıda bulunabileceğinden, uzun süreli pregabalin tedavisi sırasında B12 vitamini ve folat düzeylerinin yakından izlenmesi düşünülmelidir. Bu bulguların altında yatan mekanizmaları ve klinik sonuçlarını açıklığa kavuşturmak için daha fazla prospektif, geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Pregabalin, B12 vitamini, Folat, Ağrı



Tedavi öncesi ve sonrası B12 vitamini, 25-hidroksivitamin D ve folat düzeylerinin grup içi karşılaştırması

	n	Tedavi öncesi (ortalama $\pm$ SD)	Tedavi sonrası (ortalama $\pm$ SD)	p
Vitamin B12	104	441.20 $\pm$ 264.45	296.17 $\pm$ 120.16	< 0.001*
25-hidroksivitamin D	59	19.43 $\pm$ 8.20	23.52 $\pm$ 13.38	0.015*
Folat	83	10.45 $\pm$ 3.96	7.70 $\pm$ 3.01	< 0.001*

* Paired Samples T-Test

Tedavi öncesi ve sonrası B12 vitamini, 25-hidroksivitamin D ve folat düzeylerinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırması

	Kullanım süresi (ay) [ortanca (min-maks)]	Kullanım süresi (ay) [ortanca (min-maks)]	Kullanım süresi (ay) [ortanca (min-maks)]	
	3-6 ay (ortalama $\pm$ SD)	6-12 ay (ortalama $\pm$ SD)	> 12 ay (ortalama $\pm$ SD)	p
Vitamin B12 (tedavi öncesi)	427.59 $\pm$ 204.82	416.72 $\pm$ 185.69	457.19 $\pm$ 312.27	0.789*
Vitamin B12 (tedavi sonrası)	307.68 $\pm$ 94.73	264.96 $\pm$ 97.37	305.42 $\pm$ 136.21	0.332*
	0.001**	< 0.001**	< 0.001**	
25-hidroksivitamin D (tedavi öncesi)	18.36 $\pm$ 8.74	15.83 $\pm$ 6.65	19.67 $\pm$ 8.21	0.129*
25-hidroksivitamin D (tedavi sonrası)	15.31 $\pm$ 9.20	20.48 $\pm$ 13.55	27.53 $\pm$ 13.56	0.012*
	0.530**	0.627**	0.008**	
Folat (tedavi öncesi)	10.45 $\pm$ 4.43	10.56 $\pm$ 4.19	10.00 $\pm$ 3.59	0.575*
Folate (tedavi sonrası)	7.96 $\pm$ 3.25	8.94 $\pm$ 3.33	7.09 $\pm$ 2.54	0.055*
	0.005**	0.167**	< 0.001**	

* One way ANOVA Test ** Paired Samples T Test



SS-019

Sistemik Skleroz Hastalarında Diyafram Mobilitesi ve Kalınlığının Klinik Parametreler ve Akciğer Tutulumu ile olan İlişkisinin İncelenmesi

Münire Nazlı Höbek Başer, Halise Hande Gezer

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sistemik skleroz (SSc), fibrozis, mikrovasküler hasar ve immün disregülasyon ile karakterize multisistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Özellikle interstisyel akciğer hastalığı (ILD), mortalite ve morbiditenin başlıca nedenlerinden biridir. Diyafram kası solunum fonksiyonunun temel bileşenlerinden biri olmasına rağmen, SSc'de diyafram fonksiyonuna ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, SSc hastalarında diyafram kasının ultrasonografik parametrelerini değerlendirmek ve bu parametrelerin solunum fonksiyon testleri (SFT) ile bilgisayarlı tomografi (BT) ile belirlenen interstisyel akciğer hastalığı tutulum derecesi ile ilişkisini incelemektir. **Gereç-Yöntem:** Bu kesitsel kontrollü çalışmaya 2013 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre sistemik skleroz tanısı alan 43 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip 43 sağlıklı kontrol dahil edildi. Tüm katılımcılarda diyafram ultrasonografisi ile maksimum inspirasyon ve maksimum ekspirasyonda diyafram kalınlığı, diyafram kalınlaşma fraksiyonu (thickening fraction, TF) ve diyafram ekskürsyonu değerlendirildi. SSc hastalarında ayrıca zorlu vital kapasite (FVC), zorlu ekspiratuar volüm-1 (FEV1), total akciğer kapasitesi (TLC) ve difüzyon kapasitesi (DLCO) gibi solunum fonksiyon testleri gerçekleştirildi. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi görüntüleri üzerinden interstisyel akciğer hastalığı varlığı ve yaygınlığı kantitatif olarak analiz edilerek ILD yüzdesi hesaplandı. Diyafram ultrasonografi parametreleri ile klinik, fonksiyonel ve radyolojik bulgular arasındaki ilişkiler korelasyon analizleri ile incelendi. Ayrıca diyafram parametrelerinin SSc hastalarını sağlıklı bireylerden ayırt etmedeki performansı değerlendirildi. **Bulgular:** Sistemik skleroz hastalarında diyafram mobilitesinin sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı derecede azaldığı saptandı. Diyafram mobilitesinin özellikle ILD varlığı ve yaygınlığı ile güçlü ilişkili olduğu görüldü. Diyafram ekskürsyonu ile FVC, FEV1 ve TLC arasında pozitif; ILD yüzdesi ile negatif korelasyon saptandı. Diyafram kalınlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmezken, diyafram kalınlaşma fraksiyonunun SSc grubunda artmış olduğu belirlendi. Ayrıca diyafram mobilitesinin, sistemik skleroz hastaları ile sağlıklı popülasyonu ayırt etmede en yüksek tanısal performansa sahip parametre olduğu bulundu. **Sonuç:** Sistemik skleroz hastalarında diyafram kalınlığının korunmuş olmasına rağmen diyafram mobilitesinde azalma ve kalınlaşma fraksiyonunda artış izlenmesi, artmış solunum yüküne karşı gelişen kompensatuar bir yanıtı düşündürmektedir. Bununla birlikte eş zamanlı mobilite azalması, bu kompensasyonun fonksiyonel açıdan yetersiz kaldığını göstermektedir. Diyafram ultrasonografisi, SSc'de solunum kas fonksiyonunun değerlendirilmesinde non-invaziv, uygulanabilir ve klinik açıdan değerli bir yöntem olup, özellikle ILD ile ilişkili fonksiyonel bozulmanın erken dönemde belirlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Skleroz, Diyafram, Ultrasonografi, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Solunum Fonksiyon Testleri



İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026

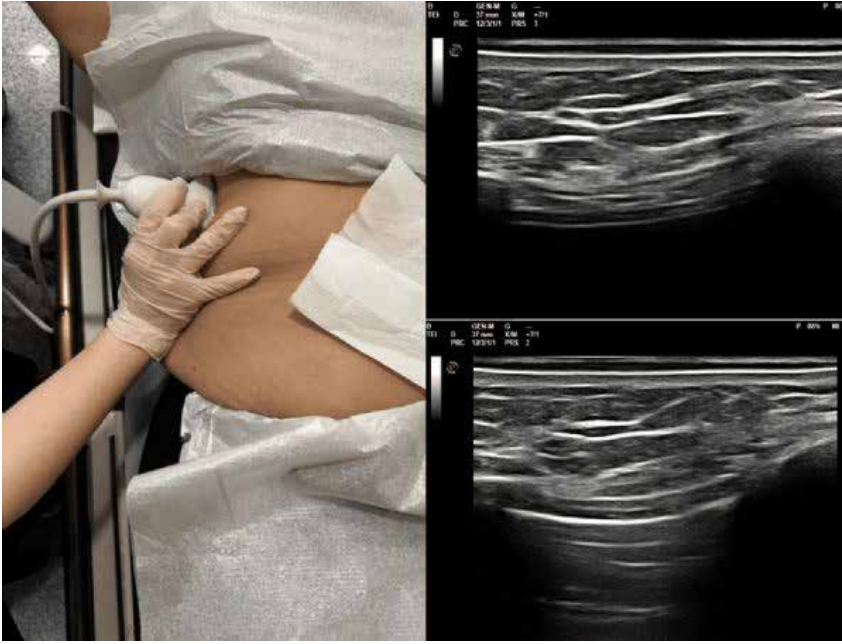
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026

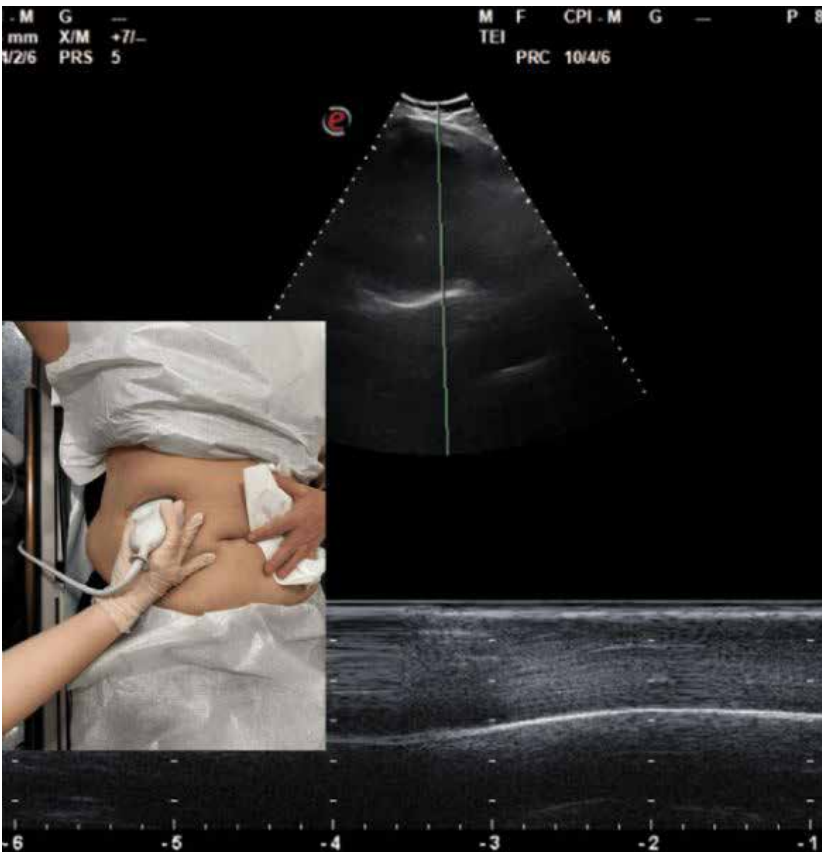
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



Diyafram Kalınlık Ölçümü



Diyafram Mobilite Ölçümü





SS-020

Ankilozan Spondilit Hastalarında Santral Sensitizasyonun İritabl Barsak Sendromu ve Gastrointestinal Semptomlar ile İlişkisi: Ön Sonuçlar

Elem Yorulmaz, Berna Günay, Merve Uysal

SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ankilozan spondilit (AS) hastalarında santral sensitizasyon (SS) ile iritabl barsak sendromu (İBS) ve gastrointestinal semptom yükü arasındaki ilişkiyi incelemek, ayrıca SS varlığının hastalık aktivitesi ve gastrointestinal semptomlar ile ilişkisini değerlendirmektir. **Gereç-Yöntem:** Çalışmaya 1984 Modified New York kriterlerine göre AS tanısı olan, 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. İnflamatuar barsak hastalığı, aktif enfeksiyon, malignite, gebelik, majör psikiyatrik hastalık ve son 3 ay içinde gastrointestinal sistemi etkileyebilecek tedavi değişikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 51 hasta Santral Sensitizasyon Envanteri (CSI) skorlarına göre SS olmayanlar (n=37) ve SS olanlar (n=14) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik veriler, hastalık süresi, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), İBS varlığı, Gastrointestinal Semptom Derecelendirme Ölçeği (GSRS) ve Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği (SBİTÖ) skorları gruplar arasında karşılaştırıldı. Normal dağılan değişkenler bağımsız örneklem t-testi, normal dağılmayan değişkenler Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. Kategorik değişkenler için ki-kare veya Fisher exact testi kullanıldı. **Bulgular:** Gruplar arasında yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, sigara kullanımı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). SS grubunda hastalık süresi anlamlı olarak daha kısa bulundu ($p=0,029$). BASDAI skorları SS olan hastalarda anlamlı derecede daha yüksekti ($p=0,001$). İBS prevalansı SS grubunda belirgin olarak daha yüksekti ($p<0,001$). GSRS toplam skoru SS olan hastalarda anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca reflü, karın ağrısı, hazımsızlık, ishal ve kabızlık alt ölçeklerinin tamamında SS grubunda anlamlı yüksek skorlar saptandı ($p<0,001$). SBİTÖ skorları açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi ($p=0,217$). Tüm bulgular Tablo-1'de gösterilmiştir. **Sonuç:** Ankilozan spondilit hastalarında santral sensitizasyon varlığı; artmış gastrointestinal semptom yükü, tüm GSRS alt başlıklarında daha yüksek skorlar ve artmış iritabl barsak sendromu prevalansı ile ilişkili bulunmuştur. Beslenme alışkanlıklarının benzer olmasına rağmen İBS sıklığının santral sensitizasyonu olan hastalarda daha yüksek olması, gastrointestinal semptomlar ile santral ağrı işleme mekanizmaları arasında olası bir ilişkiyi düşündürmektedir. Bu bulgular, AS hastalarında gastrointestinal yakınmalar değerlendirilirken inflammatuar nedenlerin yanı sıra santral sensitizasyon ve fonksiyonel barsak bozukluklarının da dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızın ön sonuçlarının daha geniş örneklemlemlerle doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: ankilozan spondilit, iritabl barsak sendromu, santral sensitizasyon



Tablo-1 Santral sensitizasyon durumuna göre hasta özellikleri ve gastrointestinal bulgular

	Tüm hastalar n=51	SS (-) hastalar n=37	SS (+) hastalar n=14	p
Yaş (yıl)	47,37±12,40	47,22±13,23	47,79±10,50	0,886†
Erkek cinsiyet n (%)	25 (%49)	21 (%56,8)	4 (%28,6)	0,116s
Boy (m)	1,68±0,10	1,68±0,08	1,64±0,11	0,142†
Kilo (kg)	75,53±14,40	77,08±13,85	71,43±15,70	0,216†
BMI (kg/m2)	27,16±4,80	27,18±4,49	27,12±15,70	0,966†
Aktif sigara kullanımı n (%)	15 (26,4)	11 (29,7)	4 (28,6)	1,000s
Sigara kullanım süresi (yıl)	0 (0-40)	0 (0-40)	0 (0-40)	0,990‡
Hastalık süresi (yıl)	10 (1-45)	13 (1-45)	4 (1-26)	0,029‡
BASDAI (0-10)	3,01±2,1	2,39±1,87	4,66±1,78	0,001†
İBS n (%)	19 (37,3)	8 (21,6)	11 (78,6)	<0,001s
GSRS toplam (5-35)	9,23±4,99	7,21±3,05	14,60±5,21	<0,001†
GSRS reflü (1-7)	1,5 (1-6)	1 (1-4)	2,25 (1-6)	<0,001‡
GSRS karın ağrısı (1-7)	1,3 (1-5,3)	1 (1-2,7)	2,5 (1-5,3)	<0,001‡
GSRS hazımsızlık (1-7)	1,7 (1-7)	1,5 (1-7)	3,03 (1-4)	<0,001‡

Stats: Mean±SD/Median (Min–Max); †t-test, ‡Mann Whitney U test, s Fisher exact test; SS: santral sensitizasyon; BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi; İBS: İrritabl Barsak Sendromu; GSRS: Gastrointestinal Symptom Derecelendirme Ölçeği; SBİTÖ: Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği; CSI: Santral Sensitizasyon Envanteri, p<0,05 anlamlı



SS-021

Pediyatrik FMF Ataklarında Akut Apandisit ile Örtüşebilen İnflamatuvar Belirteçler

Merve Özen Balcı, Kübra Öztürk

Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Romatoloji, İstanbul

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), çocukluk çağında tekrarlayan inflamatuvar ataklarla seyreden en sık otoinflamatuvar hastalıklardan biridir (1). AAA atakları sırasında gelişen karın bulguları, klinik ve laboratuvar özellikleri açısından akut apandisit taklit edebilmektedir. Son yıllarda akut apandisit tanısında nötrofil-lenfosit oranı (NLR), sistemik immün inflamasyon indeksi (SII) ve CRP-lenfosit oranı (CLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR) gibi inflamatuvar indekslerin kullanımı giderek artmaktadır (2,3). Bu belirteçlerin AAA ataklarındaki davranışı ve akut apandisit ile örtüşme potansiyeli yeterince bilinmemektedir (4). Bu pilot çalışmada, pediatrik AAA hastalarında atak döneminde akut apandisit ile ilişkili inflamatuvar indekslerin değerlendirilmesi ve bu belirteçlerin akut apandisit için bildirilen eşik değerlerle örtüşme potansiyelinin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız çocuk romatoloji polikliniğimizde Ocak 2024-Nisan 2026 arasında düzenli takibe gelen, EULAR-PRINTO kriterlerine göre AAA olarak sınıflandırılan hastalarla gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların hiçbirine akut apandisit nedeniyle appendektomi uygulanmamıştı. Hastaların demografik, klinik verileri ve laboratuvar verileri hasta dosyalarından retrospektif olarak değerlendirildi. Atak anındaki Tam kan sayımı ve akut faz reaktanları kullanılarak NLR, SII, CLR ve PLR değerleri hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 40 pediatrik AAA hastası dahil edildi. Hastaların %52,5 (n=21) erkekti. Semptom başlangıç yaşı medyan 3 yıl (IQR:4), tanı yaşı medyan 4 yıl (IQR:4) ve güncel yaş medyanı 11,5 yıl (IQR:7) idi. Tüm hastalarda abdominal ataklar ön plandaydı. Hastaların %40'ında ekzon 10 homozigot, %32,5'inde ekzon 10 heterozigot ve %27,5'inde compound heterozigot Mediterranean fever (MEFV) gen mutasyonu saptandı. Medyan NLR, SII ve CLR değerleri sırasıyla 1,96 (IQR:1,97), 694,2 (IQR:752,6) ve 16,23 (IQR:35,52) olarak saptanırken, ortalama PLR değeri ise $132,1 \pm 67,7$ olarak bulundu. Literatürde akut apandisit için bildirilen eşik değerler esas alındığında, hastaların %30'unda NLR, %35'inde SII, %37,5'inde PLR ve %52,5'inde CLR düzeylerinin ilgili cut-off değerlerin üzerinde olduğu görüldü. İnflamatuvar indeksler kendi aralarında anlamlı pozitif korelasyon gösterirken, CRP, serum amiloid A ve eritrosit sedimentasyon hızı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı. İnflamatuvar indekslerin dağılımı ve akut apandisit için bildirilen eşik değerleri aşan hasta oranları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamız, AAA atağında güncel apandisit ile ilişkili inflamatuvar belirteçlerin akut apandisit lehine yorumlanabilecek düzeylere ulaşabileceğini göstermektedir. Ayrıca bu inflamatuvar indekslerin klasik akut faz reaktanları ile korelasyon göstermemesi, AAA atağındaki immün yanıtın farklı bileşenlerini yansıtır olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, pediatrik akut karın ile başvuran AAA hastalarında bu indekslerin tek başına değil, klinik ve radyolojik bulgular ile değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir. Bu çalışma, daha geniş ölçekli araştırmalar için öncü veri niteliğindedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, Pediyatrik akut karın, İnflamatuvar indeksler

Tablo 1. Ailevi Akdeniz Ateşi ataklarında inflamatuvar indekslerin dağılımı

Parametre	Sonuç	Akut apandisit için bildirilen eşik değeri	Eşik değeri aşan hasta sayısı, n (%)
NLR	1,96 (IQR:1,97)	>3	12/40 (%30)
SII	694,2 (IQR:752,6)	>840	14/40 (%35)
CLR	16,23 (IQR:35,52)	>15	21/40 (%52,5)
PLR	132,1 ± 67,7	>150	15 /40 (%37,5)

Veriler dağılım özelliklerine göre medyan (interquartile range, IQR) veya ortalama ± standart sapma olarak sunuldu. CLR: C-reaktif protein/lenfosit oranı, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı, SII: sistemik immün-inflamasyon indeksi.

SS-022

Romatoid Artrit Tanılı Hastalarda Kraniyal Sinir Fonksiyonları ve Bunun Klinik, Otonomik Parametrelerle İlişkisi

Ayşegül Geyik Yıldırım¹, Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Romatoid artrit (RA) kraniyal sinirlerin (KS) klinik düzeyde etkilenimi ve bunun klinik, otonom ve elektrofizyolojik bulgularla ilişkisini değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: RA tanılı 66 hasta ve yaş/cinsiyet uyumlu 66 sağlıklı kontrol karşılaştırıldı. KS3–KS12 sistematik muayene edildi; ilgili sinire ait en az bir testte anormallik ‘klinik tutulum’ olarak tanımlandı. Otonom semptom yükü COMPASS-31 ve Ewing skoru ile; göz kuruluğu Schirmer testiyle, fasiyal sinir motor iletimi ve blink refleksi ise elektrofizyolojik olarak değerlendirildi.

Bulgular: RA grubunda en az bir kraniyal sinirde klinik tutulum kontrol grubuna göre daha sıkı (%78,8’e karşı %42,4; $p<0,001$; OR=5,05). Özellikle KS3, KS5, KS8 ve KS10 tutulum oranları RA’da daha yüksekti ($p=0,004$; $p=0,048$; $p=0,025$; $p=0,004$). Klinik muayene skoru ve tutulan sinir sayısı RA’da daha fazlaydı ($p<0,001$; $p=0,001$). Otonom değerlendirmede COMPASS-31 toplam skoru RA grubunda daha yüksekti ($p=0,002$); Ewing otonomik skor açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. RA grubunda toplam klinik KS muayene skoru arttıkça COMPASS-31 toplam skoru da artmaktaydı ($\rho=0,394$; $p=0,001$). Sol fasiyal sinir BKAP amplitüdü RA’da daha düşüktü ($p=0,017$) ve taraflar arası latans farkı daha uzundu ($p=0,039$). Blink refleksi R2 latansları RA grubunda daha uzundu ($p<0,001$).

Sonuç: RA’da kraniyal sinir muayenesinde klinik anormalliklerin daha sık saptandığı ve klinik tutulum yükü ile otonom semptom yükünün birlikte artabildiği görülmüştür; bu durum nörolojik değerlendirmede kraniyal sinir bulgularının gözden geçirilmesinin önemini destekler. Blink refleksinde R2 latans uzaması, beyin sapı düzeyindeki polisinaptik refleks devrelerinde subklinik fonksiyonel etkilenimi düşündüren bir elektrofizyolojik bulgudur ve klinik bulgular belirginleşmeden önce saptanabilir.

Anahtar Kelimeler: Blink refleksi, kraniyal sinir, otonom disfonksiyon, romatoid artrit



SS-023

Kronik inflamatuvar bel ağrısı ile başvuran multifokal vertebral ve pelvik osseöz sarkoidoz: olgu sunumu

Ahmet Hakan Gürdal, Halise Hande Gezer, Furkan Seçil, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş:

Sarkoidoz non-kazeifiye granülom oluşumu ile karakterize multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Akciğer ve mediastinal lenf nodu tutulumu en sık görülen formlar olmakla birlikte kas-iskelet sistemi tutulumu daha nadirdir. Osseöz sarkoidoz çoğunlukla el ve ayak küçük kemiklerinde görülürken vertebral tutulum oldukça seyrek bildirilmektedir. Vertebral sarkoidoz radyolojik olarak metastatik malignite ve enfeksiyöz spondilit ile karışabilmekte, ayrıca inflamatuvar aksiyel ağrı tablosu oluşturarak spondiloartritleri taklit edebilmektedir. Bu olguda kronik bel ve sırt ağrısı ile başvuran, multifokal vertebral ve pelvik kemik tutulumu saptanan sarkoidoz hastasının sunulması amaçlandı.

Olgu:

Elli sekiz yaşında kadın hasta bel, sırt ve kalça ağrısı nedeniyle Eylül 2025 tarihinde Romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın ağrısı baskın olarak inflamatuvar karakterde olup eşlik eden mekanik özellikler de göstermekteydi. Hastanın daha önce Göğüs Hastalıkları polikliniğinde sarkoidoz tanısı aldığı ancak hastaya sistemik tedavi başlanmadığı öğrenildi.

Hastaya ait PET-BT incelemesinde mediastinal lenf nodlarında artmış FDG tutulumu ile birlikte sol skapula, L2-L4 vertebralar, sol iliak kemik, sağ asetabulum ve sağ trokanter major düzeyinde hipermetabolik kemik lezyonları izlendi (SUVmax: 8,32). Malignite lehine primer odak saptanmadı. Toraks BT'de mediastinal lenfadenopatiler dışında aktif parankimal tutulum izlenmedi.

PET-BT'de saptanan osseöz hipermetabolik odakların ileri değerlendirilmesi amacıyla spinal ve pelvik MRG incelemeleri yapıldı. Kontrastlı lombervertebra MRG'de L2, L3 ve L4 vertebrakorpuslarında T1 hipointens, T2 hiperintens özellikte düzgün sınırlı kemik lezyonları izlendi. En büyük lezyon L4 vertebrada 17 mm boyutundaydı. Sol iliak kemikte benzer karakterde lezyon mevcuttu. Kortikal bütünlük korunmuştu ve spinal kanal invazyonu saptanmadı. Kalça MRG'de sağ asetabulum ve sağ trokanter major düzeyinde ek kemik iliği sinyal değişiklikleri izlendi. Sakroiliak MRG'de ise sakroileit bulgusu saptanmadı.

İnflamatuvar aksiyel ağrı yakınması ve vertebral tutulum nedeniyle ayırıcı tanıda metastatik hastalık, tüberküloz, multipl miyelom ve spondiloartrit düşünüldü. Özgeçmiş ve soygeçmişinde spondiloartrit açısından özellik saptanmadı. Psoriasis, üveit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, oral aft, genital ülser, eritema nodozum, ağız ve göz kuruluğu tariflemiyordu. HLA-B27 negatif bulundu. Bronkoalveoler lavaj örneğinde aside dirençli basil ve Mycobacterium tuberculosis PCR negatif saptandı. İmmünifikasyon elektroforezinde monoklonal bant izlenmedi. Mediastinal/timik biyopsi örneğinde nekroz içermeyen granümatöz inflamasyon izlendi; CD68 histiositlerde pozitif, EZN negatif bulundu. Bulgular sarkoidoz ile uyumlu değerlendirildi. Önceki yıllara ait MRG görüntülerinin yeniden değerlendirilmesinde benzer lezyonların yaklaşık altı yıldır mevcut olduğu ve hafif progresyon gösterdiği görüldü.

Hastaya metilprednizolon ve metotreksat tedavisi başlandı. İzlemde sırt ve bel ağrılarında belirgin gerileme izlendi. Son kontrolde aktif yakınması bulunmamaktaydı.

Sonuç:

Vertebral kemik tutulumu sarkoidozun nadir ancak klinik açıdan önemli bir prezentasyonudur. Multifokal vertebral lezyon varlığında metastatik hastalık ve enfeksiyöz nedenlerin dışlanması kritik öneme sahiptir. PET-BT, MRG ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi doğru tanı ve uygun tedavi yaklaşımını sağlamaktadır. Özellikle inflamatuvar aksiyel ağrı ile başvuran ve görüntülemelerde multifokal vertebral lezyonları bulunan hastalarda, eşlik eden sistemik sarkoidoz varlığında osseöz sarkoidoz ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bu olgu, vertebral sarkoidozun inflamatuvar aksiyel ağrı ile spondiloartritleri taklit edebileceğini ve tanıda multidisipliner değerlendirmenin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, inflamatuvar bel ağrısı, vertebral tutulum, osseöz sarkoidoz, PET-BT



SS-024

Sjögren Sendromunda Komorbidite Yükü ve Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Seymanur Karacaoğlu¹, Reihaneh Houshyar Zarnaghi¹, Halise Hande Gezer², Nuran Öz², Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sjögren sendromu (SS), ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize, başta ağız ve göz kuruluğu olmak üzere glandüler ve ektraglandüler bulgularla seyreden kronik sistemik otoimmün bir hastalıktır. Hastalık artiküler, pulmoner, renal, nörolojik ve hematolojik sistemler başta olmak üzere geniş bir klinik spektrumda seyredebilmekte; kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar, fibromiyalji, depresyon ve maligniteler gibi komorbiditeler hastaların klinik seyrini ve hastalık yükünü önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada SS tanılı hastalarda komorbidite yükü ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin ve komorbiditeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya romatoloji polikliniğinde takip edilen ve ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre SS tanısı alan 115 hasta dahil edildi. Demografik veriler, hastalık süresi, klinik ve ektraglandüler bulgular, otoantikör profilleri, eşlik eden komorbiditeler ve tedavi özellikleri elektronik tıbbi kayıtlar üzerinden elde edildi. Hastalık aktivitesi EULAR Sjögren Sendromu Hastalık Aktivite İndeksi (ESSDAI) kullanılarak retrospektif olarak değerlendirildi. Komorbidite yükü Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) ile hesaplandı. Veriler uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak SPSS yazılımı ile karşılaştırıldı. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 55.3±11.6 yıl, ortalama hastalık süresi 4.4±3.6 yıl olup 100 (%87) hasta kadındı. RF pozitifliği %29.6, ANA pozitifliği %71.3, SSA pozitifliği %61.7 ve SSB pozitifliği %23.5 olarak saptandı. Hastaların ortalama ESSDAI skoru 0.7±2.4 idi. En sık komorbiditeler hipertansiyon (%40), diabetes mellitus (%18.3) ve tiroid hastalıkları (%15.7) idi. Hastaların %40.9'unda komorbidite bulunmazken ortalama toplam komorbidite sayısı 1.01±1.09 ve CKİ 0.6±0.7 olarak bulundu. Komorbiditesi olan hastalar daha ileri yaşta idi (59.2±9.1 vs 50.2±12.6 yıl, p<0.001). SSB pozitifliği komorbiditesi olmayan hastalarda daha sık saptandı (%34.7 vs %15.6, p=0.01). Hastalık süresi, cinsiyet, ESSDAI, RF ve SSA pozitifliği açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Spearman korelasyon analizinde CKİ ile ESSDAI arasında anlamlı düşük pozitif korelasyon saptandı (rho=0.295, p=0.001). Yaş ile toplam komorbidite sayısı (rho=0.399, p<0.001) ve CKİ (rho=0.368, p<0.001) arasında da anlamlı pozitif korelasyon izlendi (Tablo 1, Tablo 2). **Sonuç:** Bu çalışmada SS'li hastalarda komorbidite yükünün yaş ile ilişkili olduğu gösterildi. Komorbiditesi olan hastalar daha ileri yaşta olmakla birlikte hastalık aktivitesi açısından komorbiditesi olmayan hastalardan farklı değildi. Bununla birlikte CKİ ile ESSDAI arasında saptanan zayıf pozitif korelasyon, artmış komorbidite yükünün daha yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular, SS'li hastalarda rutin klinik değerlendirmenin bir parçası olarak komorbidite taramasının hastalık aktivitesiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sjögren, komorbidite, charslon, essdai



Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri

Parametreler	Sonuçlar
Yaş	55.3 (11.6)
Cinsiyet	
Kadın	100(%87)
Erkek	15 (%13)
Hastalık süresi	4.4 (3.6)
Klinik Özellikler	
Ağız Kuruluğu	81(%70,4)
Göz Kuruluğu	81(%70,4)
Parotit	3 (%2,6)
Artrit	4 (%3,5)
Artralji	67 (%58,3)
Raynaud	7 (%6,1)
Akciğer Tutulumu	11 (%9,6)
Hematolojik Tutulum	5 (%4,3)
Miyozit	1 (%0,9)
Renal Tutulum	2 (%1,7)
Nörolojik Tutulum	2 (%1,7)
Kullanılan İlaçlar	
Hidroksiklorokin	79 (%68,7)
Azatiopürin	5 (%4,3)
Metotreksat	12 (%10,4)
Leflunamid	13 (%11,3)
Mikofenolat Mofetil	6 (%5,2)
Biyolojik Tedavi	4 (%3,5)
IVIG	2 (%1,7)
Kortikosteroid	11 (%9,6)

Tablo 2 Komorbiditesi olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

	komorbidite var	komorbidite yok	P
Yaş	59.2 (9.1)	50.2 (12.6)	<0.001
Cinsiyet			
Kadın	59(%89,4)	41 (%83,7)	0.41
Erkek	7 (%10,6)	8 (%16,3)	0.41
Hastalık Süresi	4.3 (3.6)	4.5 (3.8)	0.6
ESSDAI	0.89 (2.7)	0.48 (1.9)	0.29
RF pozitif	15 (%24,2)	19 (%40,4)	0.07
SSA pozitif	36 (%56,3)	35 (%71,4)	0.09
SSB pozitif	10 (%15,6)	17 (%34,7)	0.01

Sonuçlar ortalama (SD) ve n (%) olarak verilmiştir



**İSTANBUL
DERMATO-GASTRO-
ROMATOLOJİ
GÜNCELLEME ZİRVESİ 2026**
12-14 Haziran 2026
Point Otel Barbaros

**ISTANBUL
DERM-GASTRO-
RHEUM
UPDATE SUMMIT 2026**
June 12-14, 2026
Point Otel Barbaros



SS-025

Behçet Hastalarında Duruöz El İndeksinin Geçerliliği ve Psikometrik Özellikleri: Ön Çalışma

Mehmet Tuncay Duruöz¹, Reihaneh Houshyar Zarnaghi², Şeymanur Karacaoğlu², Nuran Öz¹, Halise Hande Gezer¹

¹Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Duruöz El İndeksi (DHİ), çeşitli romatizmal hastalıklarda el fonksiyonunu değerlendirmek amacıyla kullanılan hasta bildirimli bir ölçüm aracıdır. Ancak Behçet hastalarındaki ölçüm özellikleri henüz yeterince değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada DHİ'nin Behçet hastalığı olan bireylerde geçerlilik ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlandı. **Gereç-Yöntem:** Çalışmaya Uluslararası Çalışma Grubu kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı alan hastalar ardışık olarak dahil edildi. Klinik değerlendirmede hastalık süresi, hassas ve şiş eklem sayıları, hasta ve hekim global değerlendirmeleri, hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi ölçümleri kaydedildi. El fonksiyonları DEİ, El Fonksiyon İndeksi (EFİ) ve görsel analog skala (GAS) ile değerlendirildi. Kavrama kuvveti Jamar dinamometresi ile, pinch kuvvetleri ise uç, lateral ve üç nokta pinch testleri ile ölçüldü. İç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. Yapı geçerliliği için fonksiyonel ve klinik parametrelerle Spearman korelasyon analizleri kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya 33 Behçet hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 44,1±11,7 yıl, tanıyaşı ortalaması ise 31,1±10,7 yıl idi. Ortalama DEİ skoru 2,94±6 olarak bulundu. DEİ'nin iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeydeydi (Cronbach $\alpha=0,74$) ve tüm düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0,30'un üzerindeydi. DEİ ile HAQ arasında güçlü ($r=0,657$; $p<0,001$), EFİ ile orta düzeyde ($r=0,510$; $p<0,05$) pozitif korelasyon saptandı. DEİ skorları ile Jamar kavrama kuvvetleri arasında anlamlı negatif korelasyonlar izlendi (sağ: $r=-0,504$; sol: $r=-0,518$; $p<0,05$). Ayrıca çeşitli pinch kuvvet ölçümleri ile de negatif korelasyonlar saptandı. Hastalık aktivitesi ve hassas eklem sayısı gibi klinik parametrelerle ilişkiler ise genel olarak zayıf bulundu. **Sonuç:** Ön çalışma sonuçlarımız, DEİ'nin Behçet hastalarında kabul edilebilir iç tutarlılık ve yapı geçerliliğine sahip olduğunu göstermektedir. Behçet hastalarında el fonksiyonlarını değerlendirmeye yönelik ölçüm araçlarının sınırlı olduğu göz önüne alındığında, DEİ klinik uygulama ve araştırmalarda kullanılabilecek pratik bir değerlendirme aracı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Duruöz, El indeksi



Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Ortalama
Yaş (yıl)	44,1 (11,7)
Tanı Yaşı (yıl)	31,06 (10,7)
GAS ağrı	28,4 (35,9)
GAS el	25,7 (35,9)
GAS engellilik	21,2 (32,9)
GAS handicap	24,2 (33,1)
GAS hekim değerlendirmesi	15,7 (25,6)
GAS hasta global değerlendirmesi	25,2 (28,6)
Hassas eklem sayısı	1,3 (3,2)
Şiş Eklem Sayısı	0
Duruöz El İndeksi	2,94 (6,0)
El Fonksiyon İndeksi	0,12 (0,4)
HAQ	0,22 (0,36)
Behçet Hastalık Aktivite İndeksi	2,8 (1,5)
Behçet Yaşam Kalitesi İndeksi	23,1 (12,6)

Veriler ortalama (standart sapma) olarak sunulmuştur

Tablo 2. DHI ile Diğer Parametreler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları

Fonksiyonel Ölçümler	Rho	Klinik ölçümler	Rho
HAQ	0,657**	Yaş	0,560**
Efi	0,510*	Hastalık Süresi	0,304
GAS engellilik	0,346	CRP	0,429*
GAS handicap	0,264	Hassas eklem sayısı	-0,03
Jamar kavrama kuvveti (sağ)	-0,504*	GAS ağrı	0,304
Jamar kavrama kuvveti (sol)	-0,518*	Behçet Hastalık Aktivite İndeksi	0,07
Parmak ucu pinch (sağ)	-0,375*	Behçet Yaşam Kalitesi İndeksi	0,32
Parmak ucu pinch (sol)	-0,375*		
Lateral pinch (sağ)	-0,361*		
Lateral pinch (sol)	-0,263		
Üç nokta pinch (sağ)	-0,313		
Üç nokta pinch (sol)	-0,306		

** $p < 0,001$, * $p < 0,05$



SS-026

Yaşlı Erişkinlerde D Vitamini Eksikliği, Artmış Sarkopeni Şiddeti ve Fonksiyonel Kayıp ile İlişkilidir: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma

Tulay Yıldırım¹, Oğuzhan Yıldırım², Muhamed Mustafa Türker¹, Ömer Faruk Çalan¹, Ali Şahin¹, Bekir Ağcakoyunlu¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD

Amaç: Sarkopeni, kas gücü, kas kütlesi ve fiziksel performans kaybı ile karakterize ilerleyici bir geriatrik sendromdur. D vitamini, kas metabolizması ve nöromusküler fonksiyonlarda önemli bir rol oynar ve D vitamini eksikliği yaşlı yetişkinlerde oldukça yaygındır. **Gereç-Yöntem:** Bu retrospektif kesitsel çalışma, fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 148 hastayı içermiştir. Sarkopeni, el kavrama gücü, vücut kitle indeksi, serum albümin düzeyleri, düşme öyküsü ve yardımcı yürüme cihazlarının kullanımı kullanılarak EWGSOP2 kriterlerine göre sınıflandırılmıştır. Serum 25-hidroksivitamin D düzeyleri rutin laboratuvar yöntemleri kullanılarak ölçülmüştür. Grup karşılaştırmaları, korelasyon analizleri ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. **Bulgular:** EWGSOP2 sınıflandırmasına göre, hastaların %36,5'inde sarkopeni yoktu, %31,1'inde muhtemel sarkopeni ve %32,4'ünde doğrulanmış/şiddetli sarkopeni vardı. Serum 25-hidroksivitamin D düzeyleri, sarkopeni şiddeti arttıkça anlamlı derecede azaldı ($p < 0.001$). Doğrulanmış/şiddetli sarkopenisi olan hastaların D vitamini düzeyleri, sarkopenisi olmayanlara göre anlamlı derecede daha düşüktü ($13,4 \pm 5,9$ vs. $23,1 \pm 7,2$ ng/mL). D vitamini eksikliği (OR 2,87, %95 CI 1,42–5,79), düşük serum albümin düzeyleri ($<3,5$ g/dL; OR 3,21, %95 CI 1,58–6,52) ve BMI <22 kg/m² (OR 2,46, %95 CI 1,19–5,08) bağımsız olarak sarkopeni ile ilişkiliydi. **Sonuç:** Yaşlı yetişkinlerde D vitamini eksikliği, daha yüksek sarkopeni şiddeti, bozulmuş beslenme durumu ve olumsuz fonksiyonel sonuçlarla anlamlı derecede ilişkilidir. Yaşlılarda D vitamini durumunun rutin olarak değerlendirilmesi, sarkopeni ve fonksiyonel gerileme riski taşıyan bireylerin erken teşhisini kolaylaştırabilir ve böylece geriatrik klinik uygulamada hedeflenmiş önleyici stratejileri ve multidisipliner yönetimi destekleyebilir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme durumu, D vitamini eksikliği, Düşmeler, Fonksiyonel sonuçlar, Sarkopeni



SS-027

Kronik Bel Ağrısı Olan Hastalarda TENS Tedavisinin Gerçek Dünya Klinik Sonuçları: Öncesi-Sonrası Çalışma

Tülay Yıldırım, Kübra Orhan Kürüm, Sena Cengiz Coşkun

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

Amaç: Kronik bel ağrısı (KBA), dünya çapında önde gelen bir sakatlık nedenidir ve önemli fonksiyonel kısıtlama ve sosyoekonomik yük ile ilişkilidir. Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) klinik uygulamada sıklıkla kullanılsa da, KBA'daki etkinliğine ilişkin kanıtlar tutarsız kalmaktadır. Kronik bel ağrısı olan hastalarda transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu tedavisinin ağrı şiddeti ve fonksiyonel durum üzerindeki gerçek dünya etkilerini değerlendirmek. **Gereç-Yöntem:** Bu çalışma, Ocak 2022 ile Aralık 2023 tarihleri arasında rutin bir fizik tedavi programının parçası olarak TENS tedavisi alan 18-65 yaş arası 72 kronik bel ağrısı hastasını içermiştir. Ağrı şiddeti Görsel Analog Ölçek (VAS) kullanılarak, fonksiyonel durum ise Oswestry Sakatlık İndeksi (ODI) kullanılarak değerlendirilmiştir. Tedavi öncesi ve sonrası sonuçlar karşılaştırılmıştır. Etki büyüklükleri Cohen'in d'si kullanılarak hesaplandı ve klinik önem, minimum klinik olarak önemli fark (MCID) eşiklerine göre değerlendirildi. **Bulgular:** TENS tedavisi sonrasında, ağrı şiddetinde anlamlı bir azalma gözlemlendi; ortalama VAS skorları $7,1 \pm 1,2$ 'den $4,3 \pm 1,4$ 'e düştü ($p < 0,001$; Cohen'in $d = 1,05$). Fonksiyonel durum da anlamlı şekilde iyileşti; ortalama ODI skorları $38,6 \pm 8,9$ 'dan $26,4 \pm 9,1$ 'e düştü ($p < 0,001$; Cohen'in $d = 0,94$). Gözlenen iyileşmeler, hem VAS hem de ODI için bildirilen MCID eşiklerini aşarak klinik olarak anlamlı değişiklikler olduğunu gösterdi. **Sonuç:** Bu çalışmada, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu tedavisi, kronik bel ağrısı olan hastalarda ağrı şiddetinde ve fonksiyonel durumda anlamlı ve klinik olarak önemli iyileşmelerle ilişkilendirildi. Bu bulgular, TENS'in kronik bel ağrısı için konservatif ve multidisipliner yönetim stratejileri içinde güvenli ve potansiyel olarak faydalı bir tamamlayıcı yöntem olarak kullanımını desteklemektedir. Uzun vadeli etkinliği doğrulamak için prospektif kontrollü çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Gerçek dünya kanıtı, Kronik bel ağrısı, Sakatlık, Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu



SS-028

Ürtikeryal Vaskülit Eşlik Eden Sistemik Lupus Eritematozus Hastasında Anifrolumab Kullanımı: Bir Olgu Sunumu

Zeynep Melis Kurt¹, Halise Hande Gezer², Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Anifrolumab, tip I interferon reseptörünü hedefleyen monoklonal antikor olup orta-ağır sistemik lupus eritematozus (SLE) tedavisinde kullanılmaktadır. Özellikle kutanöz ve muskuloskeletal tutulumlarda etkinliği gösterilmiş olmakla birlikte ürtikeryal vaskülit eşlik eden SLE hastalarındaki deneyim sınırlıdır. Bu olgu sunumunda çoklu organ tutulumu olan ve dirençli kutanöz bulgular nedeniyle anifrolumab başlanan bir SLE hastası sunulmuştur. **Olgu:** Otuz iki yaşında kadın hasta yaklaşık 12 yıldır SLE tanısıyla takip edilmekteydi. Hastanın klinik seyrinde artrit, Raynaud fenomeni, livedo retikularis, alopesi, hematolojik tutulum, renal tutulum ve tekrarlayan ürtikeryal vaskülit benzeri deri lezyonları mevcuttu. İmmünolojik değerlendirmede ANA 1/1000–1/3200 titrelerinde ince benekli patern göstermekteydi. ENA panelinde anti-SSA ve anti-SSB pozitifliği saptanırken, anti-dsDNA hem ELISA yöntemiyle yüksek titrede hem de immünolojik değerlendirmelerde pozitif olarak izlendi. 6 sene önce renal tutulum gelişmesi üzerine hastaya mikofenolat mofetil tedavisi başlanmış ve MMF 2x2 tedavisi altında izlenmiştir. MMF tedavisi altında artrit ve cilt lezyonlarının devam etmesi nedeniyle tedaviye rituksimab eklenmiş, hasta iki yıl boyunca 15 gün arayla 1000 mg uygulanan toplam dört kür rituksimab tedavisi almıştır. Bu dönemde MMF tedavisine devam edilmiştir. Rituksimab ve MMF tedavisi altında eklem bulgularında belirgin düzelme sağlanmasına rağmen ürtikeryal vaskülit karakterindeki deri lezyonları devam eden hastaya persistan kutanöz tutulum nedeniyle Mart 2026'da 300 mg/ay iv anifrolumab tedavisi başlanmış ve şu ana kadar 2 doz almıştır. İlk anifrolumab infüzyonunu takiben deri lezyonlarında geçici artış gözlenmiş, ancak enfeksiyon veya başka bir tetikleyici neden saptanmamıştır. Tedaviye devam edilmesi kararlaştırılmıştır ve ikinci infüzyon sonrasında yeni lezyon gelişimi izlenmemiş ve kutanöz bulgulara stabilizasyon sağlanmıştır. Tedavi süresince ciddi infüzyon reaksiyonu veya majör advers olay gözlenmemiştir. **Tartışma:** Anifrolumabın etkinliği özellikle kutanöz ve muskuloskeletal lupus tutulumlarında gösterilmiştir. Bununla birlikte pivotal çalışmalarda kutanöz değerlendirmeler çoğunlukla akut, subakut ve kronik kutanöz lupus lezyonları üzerinden yapılmış olup ürtikeryal vaskülitli hastalara ilişkin veriler oldukça sınırlıdır. Bu nedenle ürtikeryal vaskülit eşlik eden SLE hastalarında anifrolumab kullanımına dair gerçek yaşam deneyimleri literatürde az sayıdadır. Bu olgu, standart immünsüpresif tedavilere ve rituksimaba rağmen dirençli kutanöz aktivitesi devam eden bir hastada anifrolumabın kısa dönem sonuçlarını sunmaktadır. Ürtikeryal vaskülitli SLE hastalarında anifrolumabın etkinliğini değerlendirecek daha geniş gerçek yaşam verilerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anifrolumab, dirençli kutanöz tutulum, kutanöz lupus, sistemik lupus eritematozus, ürtikeryal vaskülit



SS-029

Dişabetik Polinöropatili Hastalarda Pregabalin Tedavisine Eklenen İntermitan Pnömatik Kompresyonun Nöropatik Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Büşra Görçan¹, Bilal Uysal², Nilay Şahin²

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir, Türkiye

²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Tip 2 diyabete bağlı nöropatik ağrısı olan hastalarda, mevcut pregabalin tedavisine eklenen intermitan pnömatik kompresyon tedavisinin nöropatik ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkinliğini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Tip 2 diabetes mellitus tanısı olan, 40-75 yaş aralığında, diyabetik nöropati tanısı ile pregabalin tedavisi almakta olan 50 hasta dahil edildi. Hastalar randomizasyon yöntemiyle iki gruba ayrıldı. Çalışma grubundaki hastalara mevcut pregabalin tedavisine ek olarak alt ekstremitelere yönelik intermitan pnömatik kompresyon tedavisi uygulandı. İntermitan pnömatik kompresyon tedavisi toplam 10 seans olacak şekilde, gün aşırı, 30 dakika süreyle ve 35 mmHg basınçta uygulandı. Kontrol grubundaki hastaların mevcut pregabalin tedavisine devam edildi. Hastalar tedavi öncesinde, tedavi bitiminde ve üçüncü ayda değerlendirildi. Ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala ile, nöropatik ağrı özellikleri Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs ile, ağrı kalitesi Pain Quality Assessment Scale ile ve yaşam kalitesi Short Form-36 ile değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, açlık kan şekeri, HbA1c, polinöropati süresi, kullandığı ilaç arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Tedavi sonrası değerlendirmelerde, pregabalin tedavisine ek olarak intermitan pnömatik kompresyon uygulanan grupta, nöropatik ağrı ve ağrı kalitesi parametrelerinde kontrol grubuna göre daha belirgin iyileşme saptandı. Özellikle Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs skoru, gece ağrısı ve Pain Quality Assessment Scale alt parametrelerinden ağrı yoğunluğu, batıcı ağrı, yanıcı ağrı, uyuşma, karıncalanma, kramp hissi, yayılma hissi, zonklama, ağırlık hissi, derin ağrı ve yüzeysel ağrı gibi semptomlarda anlamlı düzelme gözlemlendi.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, diyabetik polinöropatiye bağlı nöropatik ağrısı olan hastalarda pregabalin tedavisine eklenen intermitan pnömatik kompresyonun ağrı şiddeti ve nöropatik ağrı semptomları üzerinde olumlu etkiler sağladığını göstermektedir. İntermitan pnömatik kompresyonun noninvaziv, kolay uygulanabilir ve ilaç yükünü artırmayan bir tedavi yöntemi olması nedeniyle, ağrılı diyabetik polinöropatide destekleyici bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, elde edilen sonuçların daha güçlü biçimde desteklenebilmesi için daha büyük örneklemli, randomize kontrollü ve uzun süreli takip içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: diyabetik nöropati, intermitan pnömatik kompresyon, nöropatik ağrı



SS-030

Tekrarlayan Atakların Ötesinde: Uzun Dönem Takipte Bir Ailevi Akdeniz Ateşi Olgusunda Multidisipliner Yaklaşımın Önemi

Furkan Seçil¹, Halise Hande Gezer², Savaş Şencan³, Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), tekrarlayan ateş ve serozit atakları ile karakterize otoinflamatuar bir hastalık olmakla birlikte bazı hastalarda uzun dönem takipte klasik klinik tablonun ötesine geçen karmaşık bir seyir gösterebilmektedir. Bu olgu sunumunda, FMF ve ankilozan spondilit (AS) tanıları ile uzun yıllardır takip edilen ve multidisipliner yaklaşım gerektiren bir hastanın klinik seyri sunulmuştur.

Olgu:

Elli sekiz yaşında kadın hasta 2008 yılında tekrarlayan karın ağrısı, ateş ve eklem ağrıları nedeniyle FMF tanısı almış, takiplerinde ankilozan spondilit tanısı da eklenmiştir. Kolşisin tedavisine rağmen ataklarının devam etmesi üzerine farklı kolşisin preparatları kullanılmış, daha sonra ayak bileği artritleri ve sık ataklar nedeniyle 2017 yılında anakinra tedavisi başlanmıştır. Tedaviye rağmen hastalık aktivitesinin sürmesi üzerine 2020 yılında kanakinumab tedavisine geçilmiş, uygulama aralıklarının uzatıldığı dönemlerde atak sıklığında belirgin artış gözlenmesi nedeniyle aylık tedavi şemasına dönülmüştür. Uzun dönem takip sürecinde hasta sık FMF atakları nedeniyle tekrarlayan acil servis başvuruları yapmış, yoğun opioid analjezik kullanımı sonrasında opioid kullanım bozukluğu gelişmesi üzerine bağımlılık merkezinde değerlendirilerek buprenorfin/nalokson tedavisi başlanmıştır. Kronik ağrı yakınmaları nedeniyle Algoloji Kliniği tarafından takip edilmiş; piriformis enjeksiyonu, sol L5-S1 transforaminal epidural steroid enjeksiyonu, ganglion impar radyofrekans ablasyonu ve splanknik blok dahil çeşitli girişimsel algolojik işlemler uygulanmıştır. Takiplerinde osteoporoz ve frajilite kırıkları gelişmiş, anti-resorptif tedaviler uygulanmıştır. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik ve son altı ay içerisinde belirgin kilo kaybı saptanması üzerine ileri tetkik amacıyla yatırılarak değerlendirilmiştir. Malignite açısından yapılan incelemelerde anlamlı patoloji saptanmazken, splenomegali ve portal hipertansiyon bulguları saptanmış, üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus varisleri izlenmiş ve hastasıiroz tanısı ile gastroenteroloji takibine alınmıştır.

Sonuç:

Bu olgu, FMF'nin yalnızca tekrarlayan inflamatuvar ataklardan ibaret olmadığını; biyolojik tedavi gereksinimi, kronik ağrı yönetimi, opioid kullanım bozukluğu, osteoporoz ve hepatik komplikasyonlar gibi çok sayıda klinik sorunla seyredebildiğini göstermektedir. Uzun süreli FMF hastalarının multidisipliner yaklaşımla izlenmesi ve yeni gelişen sistemik bulgular açısından dikkatle değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz ateşi, kronik ağrı, multidisipliner yaklaşım

AuthorToEditor: Bu olgu sunumunun sözlü bildirisi olarak değerlendirilmesi uygun görülürse memnuniyet duyarız.



SS-031

Tedavisi Zor (D2T) Romatoid Artrit, Spondiloartrit ve Psöriyatik Artrit Hastalarının Hastalık Prevelansı, Klinik Özellikleri ve Tedaviye Yanıt Paternlerinin İncelenmesi: Ön Rapor

Betül Türkan¹, İrem Zana Sezer¹, Ümmü Çağla Aydın¹, Halise Hande Gezer², Nuran Öz², Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Yan Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Tedavisi zor (difficult-to-treat, D2T) hastalık kavramı ilk olarak Avrupa Romatoloji Dernekleri Birliği (EULAR) tarafından romatoid artrit (RA) için tanımlanmış olup, farklı etki mekanizmalarına sahip en az iki biyolojik veya hedefli sentetik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacın (DMARD) başarısızlığına rağmen hastalık aktivitesi ve semptomların devam etmesi ile karakterizedir. Son yıllarda bu kavram aksiyel spondiloartrit (axSpA) ve psöriyatik artrit (PsA) için de önem kazanmıştır. AxSpA için önerilen D2T kriterleri, EULAR tarafından tanımlanan D2T RA kriterleri ve PsA için önerilen D2T kriter setlerinden uyarlanmıştır. Buna göre, RA, SpA ve PsA için önerilen D2T yaklaşımları; çoklu biyolojik/hedefli sentetik DMARD başarısızlığı, devam eden hastalık aktivitesi, objektif inflamasyon bulguları ve yüksek hastalık yükünü yansıtan klinik özellikleri temel almaktadır. Ancak D2T hastaların sıklığı ve klinik özelliklerine ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, Marmara Üniversitesi FTR Romatoloji kliniğinde takip edilen RA, SpA ve PsA hastalarında D2T hastalık sıklığını belirlemek ve D2T hastaların klinik özelliklerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmada romatoloji polikliniğinde takipli 1300 hastanın verileri tarandı. RA, SpA ve PsA tanılı hastalar arasından EULAR temelli D2T kriterlerini karşılayan 49 hasta belirlendi. Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi), hastalık süresi, laboratuvar parametreleri, eklem dışı tutulumlar, komorbiditeler, eşlik eden romatizmal hastalıklar, biyolojik tedavi öyküsü ve değişiklikleri değerlendirildi. İstatistiksel analizde tanımlayıcı veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) veya yüzde (%) olarak sunuldu ve gruplar arası karşılaştırmalarda uygun parametrik veya non-parametrik testler kullanıldı. p<0,05 değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda EULAR kriterlerine göre 1300 hastanın 49'u (%3,8) D2T olarak sınıflandırıldı. Hastaların yaş ortalaması 43,0±11,6 yıl, hastalık süresi ortalaması 12,5±8,1 yıldır. Hastaların 35'i (%71,4) AS, 7'si (%14,3) PsA ve 7'si (%14,3) RA tanısına sahipti. Kadın cinsiyet oranı %55,1'di. Hastaların %14,3'ünde üveit, %16,3'ünde fibromiyalji/ yaygın ağrı ve %6,1'inde inflamatuvar bağırsak hastalığı mevcuttu. Aile öyküsü ve komorbidite sıklığı sırasıyla %38,8 ve %38,8 olarak saptandı. Sigara kullanım öyküsü bulunan hasta oranı %54,8'di. Kullanılan biyolojik/hedefe yönelik sentetik tedavi sayısı ortalama 3,6±1,4 olarak bulundu. Başlangıç tedavisi olarak hastaların %93,9'unda anti-TNF ajanlar tercih edilmişti. İkinci basamak tedavide en sık tercih edilen ajanlar IL-17A inhibitörleri (%39,1) ve Jak inhibitörleri (%32,6) idi. Başlangıç tedavisi olarak anti-TNF kullanan hastalarda tedavi değişikliğinin en sık nedeni primer yanıtsızlık olup (%54,3), bunu sekonder yanıtsızlık (%17,4) ve yan etki (%19,6) izlemiştir. İkinci basamak tedavide IL-17A inhibitörü kullanan hastalarda primer yanıtsızlık oranı %61,1, Jak inhibitörü kullananlarda ise %40 olarak bulundu.

Sonuç: Genel olarak D2T hasta kohortu ağırlıklı olarak ankilozan spondilit tanılı, kadın cinsiyetin hafif baskın olduğu, uzun hastalık süresine sahip ve başlangıç biyolojik tedavi olarak çoğunlukla anti-TNF ajan kullanan hastalardan oluşmaktaydı. Tedavi değişikliklerinin en sık nedeni ise primer yanıtsızlık olarak saptandı. D2T hastaların klinik özelliklerinin ve tedavi yanıt paternlerinin daha iyi anlaşılması, uygun tedavi sekanslarının belirlenmesine ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: biyolojik DMARD, primer yanıtsızlık, tedavisi zor hastalık (D2T)



POSTER BİLDİRİLER

PS-002

İnflamatuar Bel Ağrısının Atlanması: Başarısız Bel Cerrahisine Yol Açan Bir Ankilozan Spondilit Olgusu

Ümit Yalçın, Tuba Sarıkaya

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç:

Aksiyel spondiloartrit (axSpA), inflammatuar bel ağrısı ile seyreden kronik bir hastalık olup erken dönemde mekanik bel ağrısı ile karıştırılabilmektedir. Literatürde axSpA tanısında gecikmenin ortalama 5–10 yıl olduğu, bu süreçte hastaların sıklıkla diskopati veya dejeneratif omurga hastalıkları tanısı aldığı bildirilmektedir. Özellikle görüntüleme yöntemlerinde sık görülen diskopatik değişikliklerin klinik ile yeterince korele edilmeden yorumlanması, yanlış tanı ve gereksiz cerrahi girişimlere yol açabilmektedir. Bu durum bazı hastalarda başarısız bel cerrahisi sendromuna ve ciddi nörolojik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu olguda, uzun süre mekanik bel ağrısı olarak değerlendirilen ve tekrarlayan cerrahiler sonrası parapleji gelişen ileri evre aksiyel spondiloartritli bir hastanın sunulması ve inflammatuar bel ağrısının ayırıcı tanıdaki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu:

Altmış üç yaşında erkek hasta kliniğimize parapleji tablosu ile başvurdu. Hastanın öyküsünde yaklaşık 30 yıl önce başlayan bel-sırt ağrısı ve duruş bozukluğu şikayetleri ile sağlık kuruluşlarına başvurduğu öğrenildi. Ağrının uzun süreli, sinsi başlangıçlı olduğu, zamanla progresyon gösterdiği ve postür bozukluğuna yol açtığı öğrenildi. Ancak bu süreçte inflammatuar bel ağrısını düşündürecek özelliklerin (gece ağrısı, sabah tutukluğu, egzersizle rahatlama) yeterince sorgulanmadığı dikkat çekti. Hastanın uzun süre diskopati ve skolyoz tanıları ile izlendiği ve ilerleyen yıllarda farklı merkezlerde toplam 4 kez cerrahi müdahale geçirdiği, torakal vertebralardan sakruma kadar (T2–S1) uzanan geniş segmentli posterior stabilizasyon cerrahisi uygulandığı öğrenildi. Cerrahi girişimler sonrasında tablonun kötüleştiği, alt ekstremitelerde güçsüzlük geliştiği ve parapleji tablosunun ortaya çıktığı belirlendi. İlerleyen dönemde lomber stenoz nedeniyle tekrar opere edildiği ve T10–12 seviyelerinde total laminektomi ve medulla spinalis dekompresyonu uygulandığı saptandı. Hastanın sonraki başvurularında romatizmal hastalık açısından tetkik edildiği, HLA-B27 testinin negatif olduğu ancak mevcut klinik ve radyografik bulgular doğrultusunda süreç içerisinde Ankilozan Spondilit tanısı aldığı ve medikal tedavi kullandığı öğrenildi. Buna rağmen ileri derecede hareket kısıtlılığı geliştiği gözlenmekteydi. Hastada ayrıca üriner ve fekal inkontinans mevcuttu.

Rehabilitasyon amacıyla kliniğimize yatırılan hastanın nörolojik muayenesinde T9 AIS D inkomplet spinal kord yaralanması saptandı. Alt ekstremitelerde kas gücü kaybı (bilateral L2-L3: 2/5, L4: sağda 2/5 solda 4/5, diz fleksiyonu ve kalça abduksiyonu sağda 2/5 solda 3/5) mevcuttu. Hasta walker ve yardımcı cihazlar ile destekli mobilize olabilmekteydi. Hastanın mevcut ve önceki görüntülemeleri değerlendirildiğinde; pelvis grafisinde grade-4 sakroiliit (Resim.1), servikal, torakal ve lomber grafilerinde vertebralarda sindesmofit oluşumları ve bambu omurga görünümü (Resim.2) ile uyumlu Ankilozan Spondilit bulguları saptandı. Geriye dönük değerlendirmede hastanın uzun yıllardır süren ağrısının inflammatuar karakter taşıdığı, ancak süreçte görüntülemelerdeki diskopatik değişikliklerin ön planda yorumlanması ve inflammatuar bel ağrısı bulgularının göz ardı edilmesi nedeniyle tanının geciktiği anlaşılmıştır.

Sonuç:

Bu olgu, kronik bel ağrısı olan hastalarda inflammatuar bel ağrısı ayırıcı tanısının kritik önemini ortaya koymaktadır. Ankilozan spondilitte erken tanı, hastalığın progresyonunu yavaşlatmak ve gereksiz girişimleri önlemek açısından büyük önem taşımaktadır.

Görüntüleme yöntemlerinde sık görülen diskopatik bulguların tek başına klinik karar vermede belirleyici olmaması gerektiği, mutlaka klinik öykü ile birlikte değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu olguda olduğu gibi tanı gecikmesi ve yanlış yönlendirilmiş tedavi yaklaşımları, geri dönüşü olmayan nörolojik hasar ve ciddi fonksiyonel kayıplara yol açabilmektedir. Bu nedenle özellikle uzun süreli bel ağrısı olan hastalarda inflamatuvar özelliklerin sorgulanması ve uygun hastalarda ileri değerlendirme yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: aksiyel spondiloartrit, başarısız bel cerrahisi, diskopati, inflamatuvar bel ağrısı, parapleji

Resim.1



Pelvis grafisinde grade-4 sakroiliit bulgusu



Resim.2



Servikal-torakal-lomber lateral grafilerde vertebralarda sindesmofit oluşumu ve bambu omurga görünümü

AuthorToEditor: Değerli bilim kurulu üyeleri, Bildirimiz, görüntülemelerde saptanan diskopati bulgularının ön planda yorumlanması nedeniyle mevcut ağrının buna atfedildiği ve inflamatuvar bel ağrısı özelliklerinin göz ardı edildiği ve buna bağlı başarısız bel cerrahisi geçirmiş bir olguyu sunmaktadır. Bu durumun, Ankilozan Spondilit tanısında gecikmeye, başarısız cerrahi girişimlere ve nörolojik komplikasyonlara yol açabileceğine dikkat çekmeyi amaçladık. Bildirimizi değerlendirdiğiniz için teşekkür ederiz. Saygılarımızla



PS-004

Şiddetli osteomalazi ve osteoporozla başvuran 54 yaş kadın hastada yeni saptanan çölyak hastalığı

Janbubi Jandaulyet

Özel Pendik Bölge Hastanesi

Amaç: Şiddetli osteoporoz ile başvuran hastalarda malabsorpsiyona bağlı sekonder osteoporozun ayırıcı tanıda akılda tutulmasının önemini vurgulamak amaçlandı.

Giriş: Çölyak hastalığı, dünya nüfusunun %1 ' ini etkileyen, genetik olarak yatkın bireylerde gluten alımıyla tetiklenen kronik otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın semptomları temel olarak malabsorpsiyonla ilişkilidir. Osteoporoz ise bu hastalarda frajilite kırıklarına yol açabilen geç komplikasyonlardan biridir.

Olgu: Menopoz sonrası osteoporoz taraması amacıyla başvuran 54 yaş kadın hastanın öyküsünde hipertansiyon ve koroner arter hastalığı dışında ek sistemik hastalık yoktu. 3 paket/yıl sigara öyküsü, 2,5 yıl laktasyonu vardı. Fizik muayenede belirgin kısa boy, torakal kifoz ve skolyoz izlendi. Boyu 135 cm, kilosu 38 kg idi. Ailesinde kısa boy öyküsü bulunmamaktaydı. Kemik mineral yoğunluğu ölçümünde L1–L4 T skoru –4,1, femur boynu T skoru –3,2 saptandı. Torakolomber grafide T11 kompresyon fraktürü mevcuttu. Laboratuvarında D vitamini: 6,3 ng/mL, Ca: 8,63 mg/dL, PTH: 270 pg/mL, ALP: 224 U/L olup D vitamini eksikliğine sekonder hiperparatiroidi ve şiddetli osteomalazi düşünüldü. Haftalık 50.000 IU oral D vitamini tedavisi başlandı; beşinci ay kontrolünde D vitamini hâlâ 6,1 ng/mL olup osteomalazi tablosu tedaviye yanıtsızdı. İlaç uyumu sorgulandıktan sonra malabsorbsiyon araştırmasında sık ishal, demir ve B12 eksikliği de olduğu görüldü. Antitransglutaminaz IgA > 200 U/mL saptanmasıyla çölyak hastalığı tanısı koyuldu. Sıkı glutensiz diyet ve aylık 300.000 IU i.m. D vitamini tedavisi başlandı. Üçüncü ayda D vitamini 42 ng/mL'ye yükseldi, ALP 110 U/L, PTH 121 pg/mL olarak düzeldi. D vitamini ve glutensiz diyet sonrası KMY'de iyileşme saptandı, L1–L4 T: –3,4, femur boynu T: –2,7. Hastaya osteomalazi remisyonu sonrası osteoporoz için denosumab tedavisi başlandı.

Sonuç: Postmenopozal dönemde açıklanamayan osteoporoz veya D vitamini direnci varlığında çölyak hastalığı mutlaka akılda tutulmalıdır. Gecikmiş tanı, geri dönüşümü zor kemik kaybına yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: çölyak, osteomalazi, osteoporoz

Torakolomber grafi



Kemik Mineral Yoğunluğu Değişimi

Bölge	İlk Ölçüm	Glutensiz Diyet ve D vit. Sonrası
L1-L4	-4.1	-3.4
Femur boynu	-3.2	-2.7

Tedavi Öncesinde ve Sonrasında Laboratuvar Bulguların Karşılaştırılması

Parametre	Tanı anında	Glutensiz diyet ve D vit. sonrası	Referans Aralık
D vitamini (ng/mL)	6.3	42	20-60
Kalsiyum (mg/dL)	8.7	9.0	8.4-10.2
ALP (U/L)	224	110	40-122
PTH (pg/mL)	286	121	15-68.3
ALT/AST(U/L)	70/49	43/34	<55
Ant-tTG IgA (U/mL)	>200	-	<10



PS-005

Romatoid Artritte Atlantoaksiyel Subluksasyona Bağlı Servikal Miyelopati: Bir Olgu Sunumu

Merve Bilgiç Yeltepe, Enes Yeltepe, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş

SBÜ, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Amaç: Romatoid artrit (RA), servikal omurga tutulumuna yol açabilen kronik inflamatuvar bir hastalık olup, bu tutulum sonucu gelişen instabiliteler içinde atlantoaksiyel subluksasyon (AAS) klinik açıdan en önemli tablolardan biridir. C1 (atlas) ile C2 (axis) arasındaki stabilitenin bozulması ile ortaya çıkan AAS, miyelopati ve yaşamı tehdit edebilecek nörolojik komplikasyonlara yol açabileceğinden erken tanı ve uygun tedavi büyük önem taşır. Bu olgu sunumunda, romatoid artritte bağlı gelişen atlantoaksiyel subluksasyon nedeniyle opere edilen bir hastanın klinik ve radyolojik özellikleri ile tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 17 yıldır romatoid artrit tanılı hastada gelişen ayak tabanlarında hissizlik zamanla progresyon göstererek bilateral alt ekstremitelerde duyu kaybı, el becerilerinde azalma, yürümegüçlüğü ve idrar-gaita inkontinansına ilerledi. Hastada bilateral ulnar deviasyon ve başparmak deformitesi ile uyumlu görünüm mevcuttu. Görüntülemelerde C1–C2 atlantoaksiyel bölge düzeyinde dislokasyon ve servikal miyelopati tespit edildi. Hasta posterior stabilizasyon ve füzyon cerrahisi ile opere edildi, cerrahi sonrası ambulasyon ve finkter fonksiyonlarında belirgin düzelme sağlandı. Rezidüel denge bozukluğu ve ince motor beceri kaybı nedeniyle hasta kliniğimize yatırılarak denge eğitimi ve ergoterapi odaklı rehabilitasyon programına alındı.

Sonuç: Romatoid artritte servikal omurga tutulumu sık görülmekle birlikte AAS daha nadir karşılaşılan, ancak ciddi nörolojik komplikasyonlar ve mortalite ile ilişkili bir durumdur. Cerrahi uygulanmayan RA'ya bağlı AAS ve miyelopati olgularında hızlı klinik kötüleşme ve yüksek mortalite oranları bildirilmiştir. Ayrıca AAS varlığının mortaliteyi belirgin şekilde artırdığı gösterilmiştir. Literatürde uzun süreli hastalık süresi ve belirgin periferik eklem tutulumu ile servikal instabilite gelişimi arasında ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Bizim olgumuzda da 17 yıllık hastalık süresi, muayenede saptanan belirgin el deformiteleri ve ince motor beceri kaybı bu ilişkiyi destekler niteliktedir. Bu bulgular, romatoid artritli hastalarda servikal tutulumun yalnızca aksiyel semptomlarla sınırlı kalmayabileceğini, ilerleyici nörolojik bulguların erken dönemde dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, AAS nadir görülmesine rağmen ciddi ve yaşamı tehdit edici sonuçlara yol açabileceğinden erken tanı, uygun zamanda cerrahi stabilizasyon ve postoperatif rehabilitasyon süreci hastaların fonksiyonel prognozunu belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır.

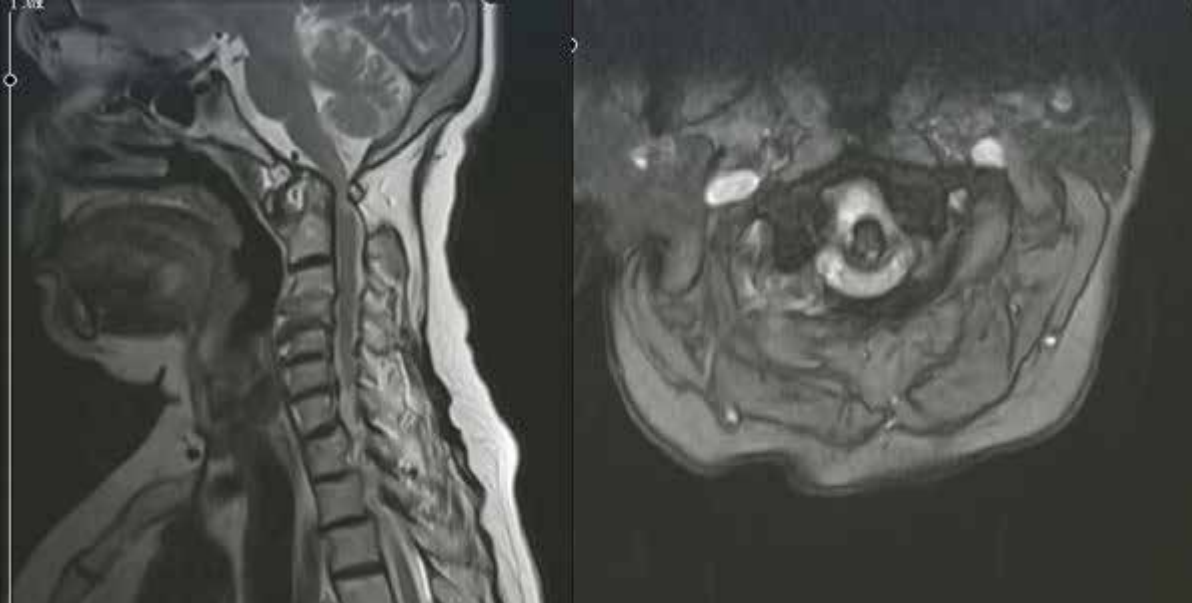
Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, atlantoaksiyel subluksasyon, miyelopati



Postoperatif Servikal BT



Preoperatif Servikal MR



AAS ve aksiyel kesitte spinal kord basısı izlenmektedir



PS-006

Romatoid Artritte Tek Taraflı Subakromiyal-Subdeltoid Bursit: Mekanik Yüklenmenin Olası Katkısı ve Ultrason Rehberliğinde Tedavi

Enes Yeltepe, Merve Bilgiç Yeltepe, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş

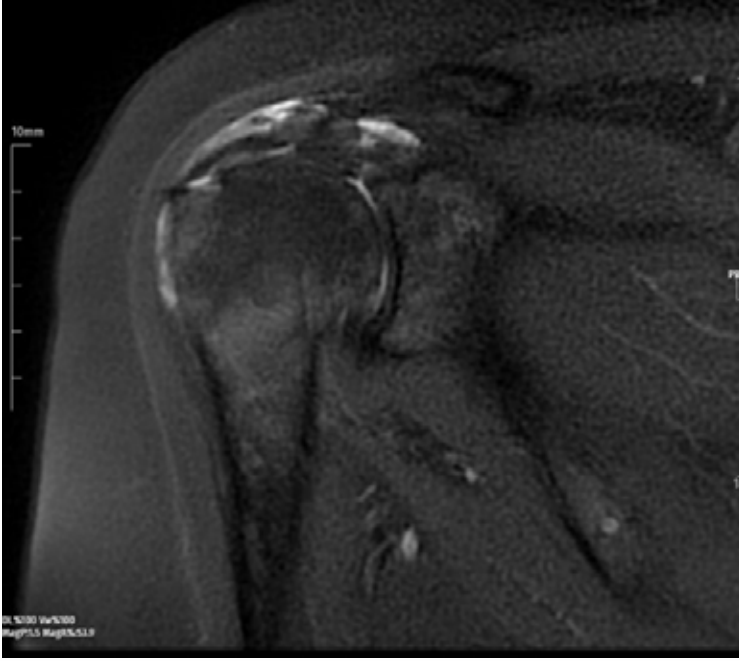
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Romatoid artrit (RA), esas olarak sinovyal eklemleri tutan sistemik inflamatuvar bir hastalık olmakla birlikte periartiküler yapılar da sıklıkla etkilenebilmektedir. Omuz tutulumunda subakromiyal-subdeltoid bursit görülebilir. RA tipik olarak simetrik seyir gösterse de bazı olgularda mekanik faktörlerle ilişkili tek taraflı tutulum ortaya çıkabilmektedir. Bu olgu sunumunda, mekanik yüklenmenin katkıda bulunduğu düşünülen unilateral subakromiyal-subdeltoid bursitli bir romatoid artrit hastasının klinik ve görüntüleme bulgularının sunulması amaçlandı. **Olgu:** 62 yaşında kadın hasta, 15 yıldır RA tanısı ile takip edilmekte olup tedavisine metotreksat 15 mg/hafta ve hidoksiklorokin 200 mg/gün ile devam edilmekteydi. Hasta, sağ omuzda ağrı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde sağ eliyle kanediyen kullanımı mevcuttu. Fizik muayenede sağ omuz aktif eklem hareket açıklıkları ağrılı ancak tamdı. Omuz sıkışma testleri pozitif olarak değerlendirildi. Ultrasonografik incelemede subakromiyal-subdeltoid bursada efüzyon ve sinovyal kalınlaşma izlenerek bursit ile uyumlu inflamatuvar bulgular saptandı. Daha önce çekilen manyetik rezonans görüntülemesinde ultrasonografi bulgularını destekleyen şekilde subakromiyal-subdeltoid bursada sıvı artışı ile birlikte supraspinatus tendinopatisi mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde akut faz reaktanları normal sınırlarda olup lökositoz saptanmadı. Hastaya ultrasonografi eşliğinde sağ subakromiyal-subdeltoid bursaya 6 mg betametazon enjeksiyonu uygulandı. İki hafta sonraki kontrolünde hastanın ağrısında belirgin azalma olduğu ve omuz fonksiyonlarında iyileşme gözlemlendi.

Sonuç: RA hastalarında omuz ağrısı tek taraflı olarak ortaya çıkabilir ve mekanik yüklenme bu sürece katkıda bulunabilir. Bu nedenle klinik değerlendirmede yalnızca artiküler tutulum değil, periartiküler yapılar da ayrıntılı şekilde incelenmelidir. Hastalığı modifiye edici sistemik tedavilerin yanında, hastalık aktivitesi ve inflamasyon saptanan alanların lokal olarak hedeflenmesi tedavi başarısını artırmaktadır. Bu bağlamda, özellikle ultrasonografi ile inflamasyonun gösterildiği subdeltoid bursaya yönelik ultrason eşliğinde kortikosteroid enjeksiyonu, etkili ve hızlı yanıt sağlayan önemli tedavi seçeneklerinden biridir. Sonuç olarak, romatoid artritte omuz tutulumunun değerlendirilmesinde klinik bulgular ile görüntüleme yöntemlerinin birlikte kullanılması, uygun hastalarda lokal girişimsel tedavilerin planlanmasına olanak tanımakta ve fonksiyonel iyileşmeye anlamlı katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, bursit, enjeksiyon

MRG



Subakromiyal-subdeltoid bursit ve sinoviyal hipertrofi ultrason görüntüsü





PS-009

Sistemik Retinoik Asit Kullanımına Bağlı Tek Taraflı Sakroiliit: Olgu Sunumu

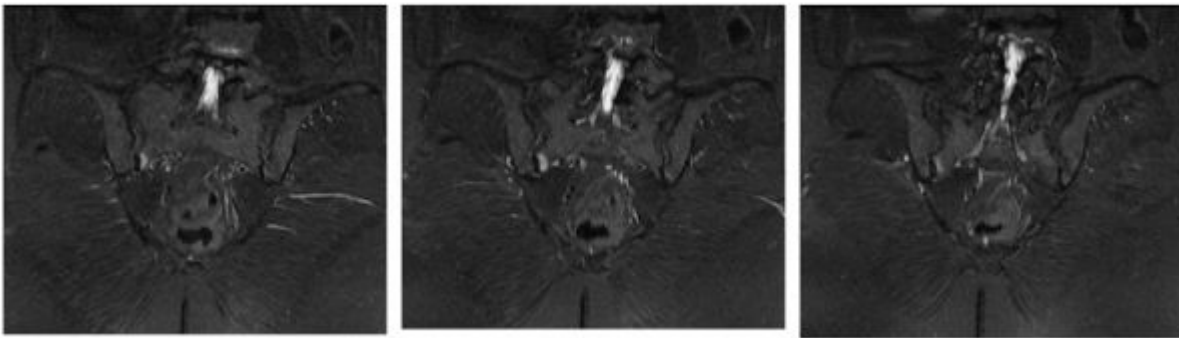
Nur Filiz Ok, Ayşegül Uçar

TC.Sağlık Bakanlığı İskenderun Devlet Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Hatay, Türkiye

Amaç: Retinoik asit türevleri akne tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta olup kas-iskelet sistemi yan etkileri arasında artralji, miyalji ve nadiren sakroilit bildirilmektedir. Bu olguda sistemik retinoik asit kullanımı sonrası gelişen tek taraflı sakroilit sunulmuştur. **Olgu:** Kırk iki yaşında kadın hasta, üç aydır devam eden bel ve sağ kalça ağrısı ile başvurdu. Ağrı istirahat sonrası artmakta, sabah tutukluğu yaklaşık 30 dakika sürmekteydi. Travma öyküsü yoktu. Hastanın akne vulgaris nedeniyle yaklaşık dört aydır sistemik retinoik asit kullandığı ve şikâyetlerin tedavi başladıktan sonra ortaya çıktığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ sakroiliak eklem üzerine basmakla hassasiyet ve sağda FABER testi pozitifliği saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein normal sınırlarda, HLA-B27 negatif bulundu. Manyetik rezonans görüntüleme bulgularında sakroiliak eklem yönelik koronal oblik T2 ağırlıklı yağ baskılı (STIR) sekanslarda sağ sakroiliak eklem inferior kesiminde sakrum komşuluğunda belirgin kemik iliği ödemi ile uyumlu hiperintens sinyal artışı izlenmiştir. Erozyon, skleroz veya kronik yapısal değişiklik saptanmamıştır (Şekil 1). **Sonuç:** Retinoik asit ilişkili sakroilit nadir ancak klinik olarak önemlidir. Çoğu olguda inflamatuvar bulgular normal olabilir ve HLA-B27 negatifliği görülebilir. İlacın kesilmesi ve nonsteroid antiinflamatuvar tedavi ile semptomlarda belirgin gerileme sağlanmaktadır. Retinoik asit kullanan hastalarda gelişen inflamatuvar bel ağrısı varlığında ilaç ilişkili sakroilit akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akne, Retinoik asit, Sakroiliit

Şekil 1.



Koronal oblik T2 ağırlıklı yağ baskılı (STIR) MR kesitlerinde sağ sakroiliak eklem inferior kesiminde sakrum komşuluğunda kemik iliği ödemi ile uyumlu hiperintens sinyal artışı izlenmektedir.

AuthorToEditor: Değerli Bilim Kurulu, “Sistemik Retinoik Asit Kullanımına Bağlı Tek Taraflı Sakroiliit: Olgu Sunumu” başlıklı poster bildirimizi değerlendirmenize sunar, çalışmanızda başarılar dilerim. Saygılarımla Nur Filiz Ok



PS-011

Serum Uric Acid Levels Increase with Nailfold Capillaroscopic Microvascular Damage Severity in Systemic Sclerosis

Nuran Öz, Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AB, Romatoloji BD

Microvascular damage is a hallmark of systemic sclerosis (SSc), and nailfold capillaroscopy is the gold-standard tool for assessing its dynamic progression through early, active, and late patterns. Serum uric acid (SUA), a marker linked to oxidative stress and endothelial dysfunction, may serve as an indirect indicator of vascular injury, yet data on its association with capillaroscopic severity remain limited. This preliminary study aims to determine whether SUA levels differ across capillaroscopy patterns in SSc and to provide early evidence on its relationship with microvascular damage. Gereç-Yöntem: Patients fulfilling the 2013 ACR/EULAR classification criteria for systemic sclerosis were included. Patients were classified into early, active, and late SSc capillaroscopic patterns. Demographic variables (age, gender), key clinical features (disease subtype, Raynaud's phenomenon, digital ulcers, ILD, PAH), inflammatory markers (CRP, ESR), and SUA levels were recorded. Disease severity and functional status were assessed using the EScSG score, HAQ, and mRSS. All parameters were compared across capillary patterns to assess microvascular damage severity. Bulgular: This preliminary study included 48 systemic sclerosis patients classified as Early (n=18), Active (n=14), or Late (n=16) capillaroscopic patterns. Although the Late group had the highest mean age, the difference was not statistically significant, and all groups showed a clear female predominance. Diffuse cutaneous SSc was more frequent in the Late pattern (68.8%), while the Early and Active groups had a more balanced subtype distribution. Digital ulcer and ILD frequencies were similar across groups, whereas PAH prevalence increased significantly from the Early to the Late pattern, indicating progressive microvascular involvement.

SUA levels differed significantly between groups (p=0.015): the Active pattern showed the highest mean level (5.17 ± 1.0 mg/dL), followed by the Late (5.03 ± 1.22 mg/dL) and Early (4.13 ± 0.98 mg/dL) patterns. Post-hoc analysis revealed significantly lower uric acid levels in the Early pattern compared with both the Active and Late groups, with no difference between the latter two. Inflammatory markers (CRP, ESR) and functional scores (EScSG, HAQ, mRSS) increased numerically from Early to Late, but without statistical significance.

Sonuç:

SUA levels increase in parallel with the severity of microvascular damage in systemic sclerosis. Given its association with oxidative stress and endothelial dysfunction, uric acid may serve as an indirect yet clinically relevant marker of microvascular injury. As an easily accessible, low-cost, and rapidly measurable parameter, serum uric acid has the potential to complement capillaroscopic assessment in evaluating microangiopathy in SSc.

Conclusion

Anahtar Kelimeler: Systemic sclerosis, Serum uric acid, Nailfold capillaroscopy

tablo-1

Table 1. Demographic, Clinical and Functional Characteristics by Capillaroscopy Pattern

Variable	Early SSc Pattern N=18	Active SSc Pattern N=14	Late SSc Pattern N=16	P Value
Age (years)	55.11 ±13.43	49.07 ±10.79	58.69 ±9.8	0.084 ^a
Gender, female n (%)	18 (%100)	12(%85.7)	15(%93.8)	0.254*
SSc subtype, n (%)				
• Limited cutaneous SSc	11(%61.1)	8(%57.1)	4(%25)	0.118*
• Diffuse cutaneous SSc	5(%27.8)	6(%42.9)	11(%68.8)	
• Overlap SSc	2(%11.1)	0	1(%6.3)	
Raynaud phenomenon, n (%)	16(%88.9)	14(%100)	14(%87.5)	0.403*
Digital ulcers, n (%)	3(%16.7)	4(%28.6)	5(%31.3)	0.578*
Interstitial lung disease (ILD), n (%)	2(%11.1)	3(%21.4)	5(%31.3)	0.352*
Pulmonary arterial hypertension (PAH), n (%)	3(%16.7)	4(%28.6)	10(%62.5)	0.017*
Uric Acid (mg/dL)	4.13 ±0.98 ^a	5.17 ±1.0 ^b	5.03 ±1.22 ^b	0.015 ^a
CRP (mg/L)	2.81 ±2.45	9.53 ±21.64	6.19 ±8.24	0.442 ⁺
ESR (mm/hour)	17.73 ±9.04	15.07 ±12.78	26.44 ±22.08	0.172 ⁺
Treatments, n (%)				
• MMF	1(%5.6)	8(%57.1)	13(%81.3)	<0.001*
• AZA	3(%16.7)	0	0	0.045*
• MTX	11(%61.1)	2(%14.3)	3(%18.8)	0.007*
• CYC	1(%5.6)	0	3(%18.8)	0.155*
EScSG score	1.46 ±1.48	2.55 ±1.77	2.33 ±1.37	0.079 ⁺
HAQ score	6.0 ±7.8	8.71 ±13.77	12.31 ±10.62	0.105 ⁺
Modified Rodnan Skin Score (mRSS)	9.71 ±5.64	13.45 ±9.25	17.75 ±10.71	0.136 ⁺

^a p value was obtained from One-Way Analysis of Variance (ANOVA). SD: Standard deviation. Different superscript letters (A, B) in rows indicate statistically significant differences (p < 0.05) according to the LSD post hoc test.

⁺ Kruskal-Wallis test

* Chi-Square Test



PS-012

Nadir Bir Skleroderma Taklitçisi: POEMS Sendromu

Hatice Şule Baklacioğlu¹, Özge Acar Çakan²

¹Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastalıkları Hastanesi, Romatoloji, Samsun

²Samsun Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hastalıkları Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Samsun

Amaç: POEMS sendromu; polinöropati, organomegali, endokrinopati, monoklonal plazma hücre proliferasyonu ve cilt değişiklikleri ile karakterize, nadir görülen multisistemik bir paraneoplastik sendromdur. Hastalık sıklıkla skleroderma (SSc), kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (CIDP) ile karışabilmekte, tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Bu olgu ile skleroderma düşündüren yaygın cilt değişiklikleri ve kronik polinöropati bulguları ile başvuran bir hastada POEMS sendromunun ayırıcı tanıdaki öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta, yaklaşık 1,5 yıl önce geçirdiği serebrovasküler olay (SVO) sonrası gelişen sağ hemipleji nedeniyle rehabilitasyon amacıyla hastanemize yatırıldı. Hastanın yaygın cilt sklerozu olması nedeniyle skleroderma ön tanısı ile romatoloji bölümümüze konsülte edildi. Özgeçmişinde diabetes mellitus, kalp kapak hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, astım ve derin ven trombozu mevcuttu. Ayrıca hastanın nöroloji kliniği tarafından atipik kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati (CIDP) tanısıyla takip edildiği öğrenildi. CIDP tanısı sonrasında başlangıçta kortikosteroid ve azatiyoprin tedavisi kullanmış, yanıt yetersizliği nedeniyle intravenöz immünglobulin (IVIG) tedavisine geçilmişti. Ancak yaklaşık 1,5 yıl önce IVIG infüzyonu sırasında serebrovasküler olay gelişmesi üzerine tedavi sonlandırılmış ve sonrasında hasta nöroloji kontrollerine devam etmemişti. Romatolojik sorgulamada raynaud fenomeni, inflamatuvar artrit öyküsü, ağız ve göz kuruluğu, disfaji, dispne veya diğer bağ dokusu hastalıklarını düşündürecek sistemik yakınmalar tariflememişti. Fizik muayenesinde distal ekstremitelerde belirgin akrosiyanoz, üst ve alt ekstremitelerde yaygın hiperpigmentasyon ve tüm vücutta yaygın lipoatrofiye bağlı ciltte skleroz izlendi (Resim 1 ve 2). Periferik nabızlar bilateral açık ve palpabl olarak değerlendirildi. Hastanın destekle ambule olduğu gözlemlendi. Laboratuvar incelemelerinde antinükleer antikor (ANA) 1/320 titrede granüler patern ile pozitif saptandı ve anti-Mi-2 ile anti-sentromer B (anti-CENP-B) antikorları pozitif bulundu. Serum protein analizlerinde kappa ve lambda (belirgin yüksek) hafif zincir düzeylerinde artış saptandı. Serum kreatin kinaz seviyeleri normaldi, CRP 12 mg/L ve eritrosit sedimentasyon hızı 40 mm/saat idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral plevral efüzyon ve mediastinal subsantimetrik lenfadenopatiler izlendi; ancak enfeksiyöz odak veya interstisyel akciğer hastalığına (İAH) ait bulgu saptanmadı. Abdominal ultrasonografide hepatosplenomegali tespit edildi. Hastanın yatışı sırasında yapılan değerlendirmelerde yüksek TSH düzeyleri nedeniyle hipotiroidi tanısı konularak levotiroksin tedavisi başlandı. Hasta hematoloji bölümü ile konsülte edildi. Polinöropati öyküsü, hepatosplenomegali, hipotiroidi varlığı, yaygın hiperpigmentasyon ve cilt değişiklikleri, plevral efüzyon ile birlikte serum immünglobulin ve hafif zincir yüksekliği bulguları bir arada değerlendirildiğinde hastada POEMS sendromu düşünüldü ve hasta kemik iliği biyopsisi ile kemoterapi planlanmak üzere hematoloji bölümüne devir edildi.

Sonuç: POEMS sendromu, heterojen klinik bulguları nedeniyle tanısal güçlük oluşturabilen nadir bir multisistemik hastalıktır. Bizim vakamızda hastada raynaud fenomeni olmaması, İAH bulunmaması, yaygın cilt sklerozunun lipoatrofi ile ilişkili olması ve hastanın serum lambda hafif zincir düzeylerinin belirgin yüksek olması, belirgin polinöropatisi ve organomegalisinin bulunması nedeniyle SSc tanısından uzaklaşmıştır. Özellikle SSc olarak takip edilen ancak yaygın polinöropatisi olan veya CIDP tanısıyla takip edilen, tedaviye dirençli ya da atipik seyir gösteren nöropati olgularında; cilt değişiklikleri, organomegali, endokrinopatiler ve monoklonal gamapati varlığında POEMS sendromu mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: organomegali, POEMS sendromu, polinöropati, skleroderma

resim 1



hastanın elinde sklerodaktili, hiperpigmentasyon, fleksiyon kontraktürü

resim 2



hastanın alt ekstremitesinde skleroz, akrosiyanoz ve hiperpigmentasyon



PS-014

Enfeksiyondan İnflamasyona:Septik Artrit Sonrasında Ortaya Çıkan HLA-B27 Pozitif Aksiyel ve Periferik Spondiloartrit Olgusu

Ahmet Mert Ekinci, Nuran Öz, Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İstanbul

Giriş:

Spondiloartritler; aksiyel iskelet, periferik eklemler ve entezis bölgelerini tutabilen kronik inflamatuvar romatizmal hastalıklardır. Hastalık gelişiminde genetik yatkınlık önemli rol oynamakta olup HLA-B27 pozitifliği en güçlü ilişkili faktörlerden biridir. Enfeksiyonların, özellikle genetik yatkınlığı bulunan bireylerde inflamatuvar artritlerin ortaya çıkmasını tetikleyebileceği bilinmektedir. Septik artrit sonrası devam eden artrit yakınmaları tanısız güçlük oluşturabilmekte ve altta yatan inflamatuvar romatolojik hastalıkların gözden kaçmasına neden olabilmektedir. Bu olguda septik artrit tedavisi sonrasında persistan periferik ve aksiyel yakınmaları bulunan, eşlik eden kaşeksi ve B semptomları nedeniyle malignite açısından araştırılan, ancak ileri incelemeler sonucunda HLA-B27 pozitif aksiyel ve periferik spondiloartrit tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu:

Altmışlı yaşlarda erkek hasta, Kasım 2025 tarihinde akut miyokard enfarktüsü nedeniyle perkütan koroner girişim ve stent uygulanmasını takiben ikili antiagregan tedavi kullanmaktaydı. Yaklaşık bir ay sonra her iki dizde belirgin ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı gelişmiş, diz ekleminde aspirasyon yapılmış ve septik artrit ön tanısıyla opere edilerek antibiyotik tedavisi uygulanmıştır.

Enfeksiyon tedavisinin tamamlanmasına rağmen diz ağrıları gerilememiş, zaman içerisinde el bileği, ayak bileği, boyun, sırt ve bel ağrıları tabloya eklenmiştir. Hastanın belirgin kilo kaybı, kaşektik görünümü ve gece terlemeleri bulunması nedeniyle enfeksiyon, malignite ve romatolojik hastalıklar açısından ileri değerlendirme planlanmıştır.

Laboratuvar incelemelerinde akut faz reaktanlarında yükseklik ve anemi saptanmıştır. Öncelikle malignite araştırılmış; kontrastlı boyun BT, toraks BT, batin BT, dinamik karaciğer MR, pelvis MR, MR kolanjiyografi, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, kolonoskopi, protein elektroforezi ve PET-BT incelemeleri yapılmıştır. Batin görüntülemelerinde saptanan karaciğer lezyonunun basit kist ile uyumlu olduğu gösterilmiş, endoskopide alkalen reflü gastrit, kolonoskopide divertikülozis koli dışında patoloji saptanmamıştır. Protein elektroforezindeki değişiklik poliklonal gammopati olarak değerlendirilmiş, PET-BT incelemesinde malignite lehine FDG tutulumu izlenmemiştir. Böylece malignite ve aktif enfeksiyon büyük ölçüde dışlanmıştır.

Takiben yapılan romatolojik değerlendirmede inflamatuvar karakterde bel ve sırt ağrısı, belirgin sabah tutukluğu ve periferik artrit bulguları ön plana çıkmıştır. HLA-B27 pozitif saptanmış, sakroiliak eklem değerlendirmesinde sakroileit ile uyumlu bulgular izlenmiştir. Klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları birlikte değerlendirilerek hastaya aksiyel ve periferik spondiloartrit tanısı konulmuştur.

Tedavide intravenöz metilprednizolon başlanmış ve belirgin klinik yanıt elde edilmiştir. Salazopirin tedavisi karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme nedeniyle kesilmiş, ardından metotreksat tedavisi başlanmıştır. Takipte eklem yakınmalarında, sabah tutukluğunda ve inflamasyon belirteçlerinde belirgin gerileme gözlenmiştir.

Sonuç:

Septik artrit sonrasında devam eden artrit yakınmaları bulunan hastalarda, özellikle inflamatuvar bel ağrısı, sabah tutukluğu ve sistemik inflamasyon bulguları eşlik ediyorsa spondiloartrit ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu olgu, kaşeksi ve B semptomları nedeniyle maligniteyi düşündüren bir klinik tabloya rağmen kapsamlı değerlendirme sonrasında HLA-B27 pozitif aksiyel ve periferik spondiloartrit tanısına ulaşılabilceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: HLA-B27, Periferik artrit, Septik artrit, Spondiloartrit



PS-015

Sessiz Kristaller, Ağrılı Diz: CPPD

Mustafa Türüncü¹, Muhammed Ramazan Adanalı¹, Mikdat Can Karabıyık¹, Halise Hande Gezer², Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kalsiyum pirofosfat depozisyon hastalığı (CPPD), kalsiyum pirofosfat dihidrat kristallerinin eklem kıkırdığı, fibrokartilaj ve periartiküler dokularda birikimi ile karakterize bir kristal artropatisidir. Klinik spektrumu geniş olup akut psödogut ataklarından kronik osteoartrit benzeri tablolara kadar farklı klinik prezentasyonlarla ortaya çıkabilir. CPPD, sıklıkla osteoartrit, gut ve inflamatuvar artritlerle karışabilmekte, bu durum tanıda gecikmeye yol açabilmektedir. İnflamatuvar belirteçlerin normal seyredebilmesi ve konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinde kondrokalsinozis bulgularının her zaman saptanamaması, CPPD tanısını zorlaştıran önemli faktörlerdir. Bu nedenle kas-iskelet ultrasonografisi (USG) ve eklem sıvısı kristal analizi, tanıda giderek daha fazla önem kazanmaktadır, özellikle atipik klinik seyir gösteren ve tekrarlayan monoartrit ataklarıyla başvuran hastalarda tanısız değeri yüksektir.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta, 3 aydır devam eden sağ diz ağrısı, üç haftada bir tekrarlayan sağ dizde şişlik nedeniyle polikliniğe başvurdu. Son birkaç aydır bel ve sırt ağrısı olan hastanın 5 dakika süren sabah tutukluğu mevcut. Özgeçmişinde iki kez nefrolityazis ve sol omuz subskapuler kalsifik tendinit öyküsü bulunan hastanın romatolojik sorgusunda ek özellik saptanmadı. Fizik muayenede sağ dizde atak dönemlerinde şişlik ve hassasiyet izlenirken diğer periferik eklemlerde aktif inflamasyonu düşündüren bir bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri olağandı. Ürik asit düzeyi 4.5 mg/dL olarak ölçüldü. Serum kalsiyum, fosfor ve magnezyum düzeylerinin normal aralıklarda seyrettiği görüldü. HLA-B27, ANA, RF ve Anti-CCP testleri negatifti. Bel ağrısına yönelik yapılan sakroiliak manyetik rezonans görüntüleme normal olarak değerlendirildi. Sağ diz manyetik rezonans görüntülemesinde evre 4 patellofemoral kondromalazi ve patellofemoral eklem effüzyonu izlenirken kondrokalsinozisi düşündüren tipik bir bulgu saptanmadı. Klinik olarak tekrarlayan monoartrit atakları nedeniyle kristal artropatisi ön planda düşünülerek diz ultrasonografisi yapıldı ve sağ diz eklem kıkırdak penceresinde kıkırdak içi lineer hiperekoben bantlar saptandı. Bunun üzerine USG eşliğinde sağ dizden yaklaşık 1 cc eklem sıvısı aspire edildi. Polarize ışık mikroskopisinde romboid şekilli, zayıf pozitif çift kırınımlı kalsiyum pirofosfat kristalleri izlendi ve hastaya CPPD tanısı konuldu. Hastaya daha önce başlanan nonsteroid antiinflamatuvar tedaviye yeterli klinik yanıt alınamaması üzerine kolşisin tedavisi başlandı. Takiplerde diz şişlik ataklarında belirgin azalma ve ağrı kontrolünde klinik iyileşme gözlemlendi.

Sonuç: Bu olgu, kalsiyum pirofosfat depozisyon hastalığının inflamatuvar belirteçler normal seyretse dahi klinik olarak aktif olabileceğini ve tanının klasik yaklaşımlarla kolaylıkla gözden kaçabileceğini göstermektedir. Hastada tekrarlayan diz şişlik atakları ve kronik diz ağrısı bulunmasına rağmen CRP ve sedimentasyon değerlerinin normal olması, romatolojik serolojilerin negatif seyretmesi, manyetik rezonans görüntüleme ve direkt grafide kondrokalsinozisi düşündüren tipik bulguların izlenmemesi tanısız güçlük yaratmıştır. Diz görüntülemesinde saptanan ileri derecede patellofemoral kondromalazi, semptomların dejeneratif patolojiye atfedilmesine yol açabilecek bir tanısız tuzak oluşturmıştır. Ancak ataklar halinde seyreden monoartrit tablosu, nonsteroid antiinflamatuvar tedaviye yanısızlık ve eşlik eden periartiküler kalsifikasyon öyküsü kristal artropatisi olasılığını ön plana çıkarmıştır. Bu aşamada kas-iskelet ultrasonografisi ile saptanan kıkırdak içi lineer hiperekoben kalsifikasyonlar tanısız süreci yönlendirmiş, eklem sıvısının polarizan mikroskopik incelemesinde romboid şekilli, zayıf pozitif çift kırınımlı kalsiyum pirofosfat kristallerinin gösterilmesiyle tanı kesinleştirilmiştir. Bu vaka, CPPD tanısında konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinin sınırlı duyarlılığa sahip olabileceğini, buna karşılık kas-iskelet ultrasonografisi ve kristal analizinin tanıda vazgeçilmez yöntemler olduğunu ve özellikle tekrarlayan diz şişlik ataklarında CPPD'nin mutlaka akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır.

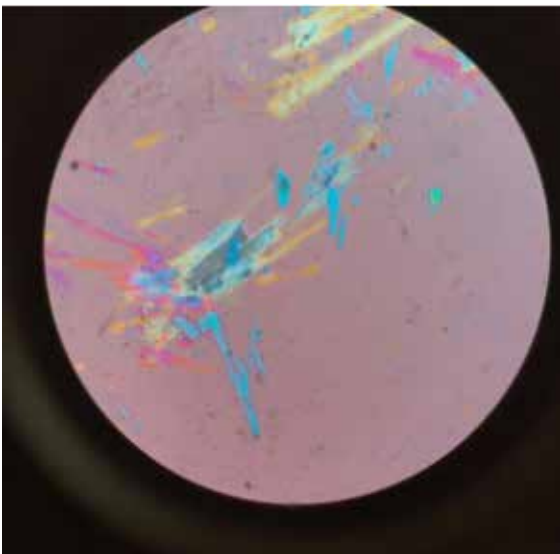
Anahtar Kelimeler: Kalsiyum pirofosfat dihidrat, kondrokalsinozis, Kristal Artropati, Psödogut, Ultrasonografi

Diz Ultrasonografi



Diz eklem kıkırdak penceresinde kıkırdak içi lineer hiperekojen bantlar

Polarize Işık Mikroskopisi



Polarize ışık mikroskopisinde romboid şekilli, zayıf pozitif çift kırınımlı kalsiyum pirofosfat kristalleri

PS-016

Eosinophilic Fasciitis Following Viral Infection Mimicking Systemic Sclerosis: A Case Report

Galymzhan Togizbayev¹, Olga Mashkunova¹, Nurliza Anarbekova¹, Bekarys Orynbek²

¹Republic Rheumatology Center, Research Institute of Cardiology and Internal Diseases, Almaty, Kazakhstan

²Research Institute of Cardiology and Internal Diseases, Almaty, Kazakhstan

Objective:

To highlight the diagnostic challenges of eosinophilic fasciitis presenting as systemic sclerosis and to emphasize the importance of early recognition and treatment.

Materials-Methods:

We report a case of a 38-year-old male presenting with progressive skin thickening, muscle pain, and functional impairment following a viral infection. Clinical examination, laboratory testing, immunological assays, and magnetic resonance imaging (MRI) were performed to establish the diagnosis.

Results:

The patient developed progressive symmetrical induration of the upper and lower limbs, associated with muscle pain, weakness, weight loss (15 kg), and joint stiffness. Physical examination revealed peau d'orange appearance, groove sign, and flexion contractures of the wrists and fingers, with sparing of the digits. Laboratory findings included elevated C-reactive protein and a history of peripheral eosinophilia, while autoimmune serology was negative. MRI demonstrated fascial involvement consistent with fasciitis.

The patient was treated with systemic glucocorticoids followed by cyclophosphamide and mycophenolate mofetil, resulting in clinical improvement, including reduced skin tightness and improved functional status.

Conclusion:

Eosinophilic fasciitis should be considered in patients presenting with scleroderma-like features, especially in the absence of Raynaud's phenomenon and specific autoantibodies. Early diagnosis and timely initiation of immunosuppressive therapy are crucial to prevent irreversible fibrosis and disability.

Keywords: Eosinophilic fasciitis, Systemic sclerosis mimicry, Viral infection, Fasciitis, Peripheral eosinophilia



PS-017

Aksiyal Radyografik Spondilartrit Tanılı Hastada Adalimumab Tedavisi Sonrası Gelişen Paradoksal Psöriazis Olgusu

Ecem Avukat¹, Eylül Tiftikçi¹, Nuran Öz², Mehmet Tuncay Duruöz²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç:

TNF- α inhibitörleri ile tedavi edilen aksiyal radyografik spondiloartrit hastalarında nadir görülen paradoksal psöriazis gelişimine dikkat çekmek ve adalimumab tedavisi sonrasında ortaya çıkan bir olguyu sunmak.

Olgu:

39 yaşında erkek hasta, HLA-B27 (+) aksiyal radyografik spondilartrit tanısıyla takip edilmekteydi. Özgeçmişinde üç kez anterior üveit atağı mevcuttu. Sakroiliak MR görüntülemesinde aktif sakroiliit saptandı. Nonsteroid antiinflatuvar tedavilere yetersiz yanıt alınması üzerine adalimumab tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında aksiyal semptomlarda belirgin düzelme gözlemlendi. Hastanın kişisel veya ailesel psöriazis öyküsü bulunmamaktaydı. Tedavinin yaklaşık birinci yılında sağ palmar bölgede başlayan kaşıntılı skuamli lezyonlar zamanla bilateral palmar bölgelere, dirsek ekstansör yüzlerine ve alt ekstremitelere yayıldı. Dermatoloji değerlendirmesinde klinik görünüm ve biyolojik ajan kullanımı ile zamansal ilişki göz önüne alınarak paradoksal psöriazis düşünüldü.

Sonuç:

TNF inhibitörü kullanan aksiyal spondiloartrit hastalarında gelişen yeni dermatolojik bulgular paradoksal psöriazis açısından değerlendirilmelidir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım uygun tedavi yönetimi ve hasta takibi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyal radyografik spondiloartrit, Adalimumab, TNF inhibitörü, Paradoksal psöriazis

psöriatik deri lezyonları



sakroiliak eklem röntgeni



Tam kan sayımı ve akut faz reaktanları kullanılarak NLR, SII, CLR ve PLR değerleri hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 40 pediatrik AAA hastası dahil edildi. Hastaların %52,5 (n=21) erkekti. Semptom başlangıç yaşı medyan 3 yıl (IQR:4), tanı yaşı medyan 4 yıl (IQR:4) ve güncel yaş medyanı 11,5 yıl (IQR:7) idi. Tüm hastalarda abdominal ataklar ön plandaydı. Hastaların %40'ında ekzon 10 homozigot, %32,5'inde ekzon 10 heterozigot ve %27,5'inde compound heterozigot Mediterranean fever (MEFV) gen mutasyonu saptandı. Medyan NLR, SII ve CLR değerleri sırasıyla 1,96 (IQR:1,97), 694,2 (IQR:752,6) ve 16,23 (IQR:35,52) olarak saptanırken, ortalama PLR değeri ise $132,1 \pm 67,7$ olarak bulundu. Literatürde akut apandisit için bildirilen eşik değerler esas alındığında, hastaların %30'unda NLR, %35'inde SII, %37,5'inde PLR ve %52,5'inde CLR düzeylerinin ilgili cut-off değerlerin üzerinde olduğu görüldü. İnflamatuvar indeksler kendi aralarında anlamlı pozitif korelasyon gösterirken, CRP, serum amiloid A ve eritrosit sedimentasyon hızı ile anlamlı ilişkisi saptanmadı. İnflamatuvar indekslerin dağılımı ve akut apandisit için bildirilen eşik değerleri aşan hasta oranları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamız, AAA atağında güncel apandisit ile ilişkili inflamatuvar belirteçlerin akut apandisit lehine yorumlanabilecek düzeylere ulaşabileceğini göstermektedir. Ayrıca bu inflamatuvar indekslerin klasik akut faz reaktanları ile korelasyon göstermemesi, AAA atağındaki immün yanıtın farklı bileşenlerini yansıtır olabileceğini düşündürmektedir. Bulgularımız, pediatrik akut karın ile başvuran AAA hastalarında bu indekslerin tek başına değil, klinik ve radyolojik bulgular ile değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir. Bu çalışma, daha geniş ölçekli araştırmalar için öncü veri niteliğindedir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, Pediatrik akut karın, İnflamatuvar indeksler

Tablo 1. Ailevi Akdeniz Ateşi ataklarında inflamatuvar indekslerin dağılımı

Parametre	Sonuç	Akut apandisit için bildirilen eşik değeri	Eşik değeri aşan hasta sayısı, n (%)
NLR	1,96 (IQR:1,97)	>3	12/40 (%30)
SII	694,2 (IQR:752,6)	>840	14/40 (%35)
CLR	16,23 (IQR:35,52)	>15	21/40 (%52,5)
PLR	$132,1 \pm 67,7$	>150	15 /40 (%37,5)

Veriler dağılım özelliklerine göre medyan (interquartile range, IQR) veya ortalama $\pm$ standart sapma olarak sunuldu. CLR: C-reaktif protein/lenfosit oranı, NLR: nötrofil/lenfosit oranı, PLR: trombosit/lenfosit oranı, SII: sistemik immün-inflamasyon indeksi.