TRASD
1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği

Uluslararası Katılımlı

TÜRK ROMATOLOJİ KONGRESİ 2019



20 - 24 Mart 2019

Regnum Carya, Antalya

BİLDİRİ VE KONUŞMA ÖZETİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ
KURULLAR
BİLDİRİ JÜRİSİ
SPONSORLAR
KURSLAR
KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI
KONUŞMA ÖZETLERİ
SÖZLÜ BİLDİRİLER
POSTER BİLDİRİLER
TIBBİ FOTOĞRAFLAR
TIBBİ VİDEOLAR

Aramak istediğiniz isimi, kurumu, kelimeyi yazarak ilgili bölüme gidebilirsiniz.

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği (TRASD) İstanbul ve Sivas şubelerinin ortaklaşa düzenledikleri uluslararası katılımlı "Türk Romatoloji Kongresi"ni 20-24 Mart 2019 tarihlerinde Regnum Carya Otel, Antalya'da siz değerli hekimlerin katılımı ile gerçekleştirmekten büyük mutluluk duyuyoruz.

Romatizmal hastalıklarla ilgili güncel tanı, tedavi ve pratik uygulamaların bütün detaylarıyla yer alacağı kongremizde; konulara akademik yaklaşımın yanı sıra, özellikle günlük rutinimizde bize yardımcı olacak pratik ve teorik son yeniklikler ve romatoloji hastalarına tamamlayıcı tıp destekleriyle ilgili konular alanında deneyimli yabancı ve yerli akademisyenler tarafından anlatılacaktır. Romatizmal hastalıklara multidisipliner yaklaşımın hastalığın doğru tanı ve tedavisinde çok önemli olduğu bilinciyle konulara farklı branşların bakış açıları ve değerlendirmeleri de katılarak programımız, romatolojide çok yönlü yaklaşımı sizlere sunacaktır. Bol tartışma ve interaktif katılımın olmasını amaçladığımız kongremiz, İlk günü pratik uygulamalar ve kursların yer alacağı toplam 6 gün devam edecek olup, bilimsel çalışmalara sözlü sunum ve bilimsel tartışma ortamı oluşturulacaktır.

Kongreye gönderilmiş olan bildiri özetleri, bildiri değerlendirme jürimiz tarafından değerlendirilmiş ve 170'i sözlü bildiri, 192'si poster bildiri olarak kabul edilmiştir.
Kongremizde sözlü ve poster bildiri ödülleri dışında ayrıca TRASD Genç Araştırmacı Teşvik Ödülü, Tıbbi Video Ödülleri ve Tıbbi Fotoğraf Ödülleri verilecektir.

Bilimsel programın yanı sıra, sosyal programı ile de beğeninizi kazanacağını düşündüğümüz kongremizde siz değerli meslektaşlarımızın katılım ve bilimsel katkıları kongremizi zenginleştirecektir.

Kongremizin siz değerli hekimlerimiz için faydalı ve keyifli geçmesini diler, bilimsel katkılarından dolayı oturum başkanları, konuşmacılar, kurs koordinatörleri ve desteğini esirgemeyen tüm firmalara teşekkürlerimizi sunarız.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Tuncay Duruöz
Kongre Eş Başkanı
TRASD İstanbul Şubesi Başkanı

Prof. Dr. Sami Hizmetli
Kongre Eş Başkanı
TRASD Sivas Şubesi Başkanı

KURULLAR

KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Prof. Dr. Tuncay Duruöz

Prof. Dr. Sami Hizmetli

KONGRE BİLİMSEL SEKRETARYASI

Prof. Dr. Nilay Şahin

Prof. Dr. Ece Kaptanoğlu

KONGRE DÜZENLEME KURULU

TRASD YÖNETİM KURULU
Başkan
Prof. Dr. Hatice Bodur

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Şebnem Ataman

Genel Sekreter
Prof. Dr. F. Figen Ayhan

Sayman
Prof. Dr. Sumru Özel

Üyeler
Prof. Dr. Ömer Faruk Şendur
Doç. Dr. Hilal Ecesoy
Doç. Dr. Erhan Çapkın
Doç. Dr. H. Fatih Çay
Doç. Dr. Yeşim Garip Çimen

Prof. Dr. Hakan Gündüz

Prof. Dr. Ece Kaptanoğlu

Prof. Dr. Nilay Şahin

Doç. Dr. Emrullah Hayta

Doç. Dr. Özlem Şahin

Dr. Öğr. Üyesi Sevil Ceyhan Doğan

Uzm. Dr. Tülay Erçalık

Uzm. Dr. Hande Gezer

Uluslararası Katılımlı

TÜRK ROMATOLOJİ KONGRESİ 2019

TRASD 1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği

BİLİMSEL KURUL

Ülkü Akarırmak
Derya Akbıyık
Gürkan Akgöl
Özgür Akgül
Kenan Akgün
Ayşen Akıncı
Selami Akkuş
Cihan Aksoy
İlknur Aktaş
Gülseren Akyüz
Alev Alp
Lale Altan İnceoğlu
Zuhal Altay
Bernard Amor (Fransa)
Tansu Arasıl
Şebnem Ataman
Figen Ayhan
Sinan Bağçacı
Hatice Şule Baklacıoğlu
Özlem Balbaloğlu
Ayhan Bilgici
Murat Birtane
Hatice Bodur
Murat Bozdağ (İngiltere)
Bülent Bütün
Ahmet Kıvanç Cengiz
Emel Emlakçıoğlu Cengiz
Lale Cerrahoğlu
Ernest Choy (İngiltere)
Özge Keniş Coşkun
Marco Garrido Cumbrera (İspanya)
Mehmet Çağlayan
Fatma Aytül Çakçı
Haşim Çakırbay
Funda Atamaz Çalış
Havva Çalış
Mustafa Çalış
Erhan Çapkın
Fatih Çay
Alp Çetin Remzi Çevik
Yeşim Garip Çimen
Hüseyin Demir
Atul Deodhar (ABD)
Demirhan Dıraçoğlu
Sevil Ceyhan Doğan
Andrea Doria (İtalya)
Berrin Durmaz
Yunus Durmaz
Tuncay Duruöz
Ümit Dündar
Hilal Ecesoy
Cem Erçalık
Tülay Erçalık
Akın Erdal
Didem Erdem
Belgin Erhan
Kemal Erol
Yüksel Ersoy
Nurten Eskiyurt
Deniz Evcik
Can Eyigör
Sibel Eyigör
MichaelVFurman (ABD)
Duygu Geler Külcü
Kardelen Gencer
Hande Gezer
Esra Giray
Dilek Gogas Yavuz
Feride Göğüş
Jieruo Gu (Çin)
Françis Guillemin (Fransa)
Ahmet Gül
Hakan Gündüz
Zafer Günendi
Ali Gür
Gülcan Gürer
Vedat Hamuryudan
Sami Hizmetli
Afitap İçağasıoğlu
Nevsun İnanç
Cahit Kaçar
Ayhan Kamanlı
Ece Kaptanoğlu
Ahmet Karadağ
Ali Yavuz Karahan
Ayşe Karan
Vural Kavuncu
Ercan Kaydok
Önder Kayhan
Dilek Keskin
Ayşegül Ketenci
Erkan Kılıç
Gamze Kılıç
Nurdan Kotevoğlu
Halil Koyuncu
Erkan Kozanoğlu
Banu Kuran
Ömer Kuru
Yeşim Gökçe Kutsal
Merve Akdeniz Leblebicier
Meltem Alkan Melikoğlu
Gönen Mengi
Erkan Mesci
Dennis Mcgonagle (İngiltere)
Tuğçe Özekli Mısırlıoğlu
Kemal Nas
Hüseyin Nazlıkul
Burcu Ökmen
Kadriye Öneş
Şebnem Örgüç
Emel Özcan
Mustafa Özdemir
Erhan Özdemirel
Şenay Özdolap
Sumru Özel
Neşe Özgirgin
Feyza Ünlü Özkan
Özlen Peker
Gökhan Pekindil
Hidayet Sarı
Ayşe Banu Sarıfakıoğlu
Selda Sarıkaya
Evrim Karadağ Saygı
Vesile Sepici
İlhan Sezer
Jay Shah (ABD)
Dilşad Sindel
Feray Soyupek
Zühre Sarı Sürmeli
Ali Şahin
Füsun Şahin
Günşah Şahin
Nilay Şahin
Özlem Şahin
Ekin İlke Şen
Nesrin Şen
Savaş Şencan
Ömer Faruk Şendur
Yusuf Tamam
Nurettin Taştekin
Yaşar Tatar
Duygu Tecer
Hasan Toktaş
Canan Şanal Toprak
Aliye Tosun
Tiraje Tuncer
Yasemin Turan
Ülkü Uçar
Yasemin Ulus
Hasan Ulusoy
Gülçin Ural
İlker Yağcı
Figen Yılmaz
Yasemin Yumuşakhuylu
Coşkun Zateri

Bilimsel Kurul soyad sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU

Ülkü Akarırmak
Özgür Akgül
Meltem Alkan Melikoğlu
Ahmet Kıvanç Cengiz
Erhan Çapkın
Berrin Durmaz
Tuncay Duruöz
Akın Erdal
Sibel Eyigör
Zafer Günendi
Sami Hizmetli
Cahit Kaçar
Ayhan Kamanlı
Ece Kaptanoğlu
Ayşe Karan
Özge Keniş Coşkun
Kemal Nas
Emel Özcan
Nilay Şahin
Canan Şanal Toprak
Hasan Toktaş
Ülkü Uçar
Figen Yılmaz

Bildiri değerlendirme kurulu soyad sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

Uluslararası Katılımlı

TÜRK ROMATOLOJİ KONGRESİ 2019

TRASD 1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği

Sponsorlarımıza Teşekkürlerimizle

Prof. Dr. Tuncay Duruöz
Kongre Eş Başkanı

Prof. Dr. Sami Hizmetli
Kongre Eş Başkanı

AMGEN®

FARMANOVA

abbvie

MSD
INVENTING FOR LIFE

Pfizer

HEALTHCARE
CELLTRION

İbrahim Etem
1903
MENARINI group

İLKO
İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.

ONKO

Roche

SANDOZ A Novartis Division

ucb
Inspired by patients.
Driven by science.

ABDİİBRAHİM

aris
ali raif ilaç sanayi

ASSOS
PHARMACEUTICALS

Atlantis

bilim
İLAÇ

BİF
Biofarma

CELLOXY®

ELSA

EUROKİM

generica

KOÇAK FARMA 48.yıl

RECORDATI

Salutem
OZON

Santa Farma
İlaç Sanayii A.Ş.

**Firmalar katılımlarına göre kategorize edilmiş olup aynı kategorideki firmalar alfabetik olarak sıralanmıştır.*

19 MART 2019, SALI

10.30 - 18.00	TRASD-RAD GÖRÜNTÜLEME OKULU	KURS SALONU 1
	OMURGA ve SAKROİLİAK EKLEM GÖRÜNTÜLEME EĞİTİMİ	
Eğitmenler:	***Şebnem Ataman, Gökhan Pekindil, İlhan Sezer, Şebnem Örgüç, Zafer Günendi, Özgür Akgül, Erhan Çapkın***	
10:30 - 10:40	Açılış Konuşması ***Şebnem Ataman***	
10:40 - 11:10	Omurganın Konvansiyonel Görüntülemesi: Normal Anatomi ve Patolojiler ***Zafer Günendi***	
11:10 - 11:40	MRG'a Giriş: Temel MRG Özellikleri ve Sekansları ***Gökhan Pekindil***	
12:10 - 12:40	Omurganın MR Görüntülemesi: Non-inflamatuar Hastalıklar ***Özgür Akgül***	
12:40 - 13:30	**Öğle Yemeği**	
13:30 - 13:50	Omurganın MR Görüntülemesi: Disk Patolojileri ***Şebnem Örgüç*** ***Özgür Akgül***	
13:50 - 14:10	Omurganın MR Görüntülemesi: İnflamatuar Patolojiler ***İlhan Sezer***	
14:10 - 14:40	Sakroiliyak Eklemin Konvansiyonel Görüntülemesi: Normal Anatomi ve Patolojiler ***Özgür Akgül***	
14:40 - 15:10	Sakroiliyak Eklemin MR Görüntülemesi: İnflamatuar Patolojiler ***Şebnem Örgüç***	
15:10 - 15:30	Sakroiliyak Eklemin MR Görüntülemesi: Ayırıcı Tanı ***Erhan Çapkın***	
15:30 - 15:45	**Kahve Arası**	
15:45 - 17:45	Gerçek Hayattan Vakalarla Pratik	
17:45 - 18:00	Değerlendirme Testi	

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

08.40 - 17.00	TRASD-RAD GÖRÜNTÜLEME OKULU	KURS SALONU 1
	ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA US EĞİTİMİ	
Eğitmenler:	***F. Figen Ayhan, Erhan Çapkın, Ömer Faruk Şendur, Kenan Akgün, Nevsun İnanç, İlker Yağcı, Özgür Akgül***	
08:40 - 08:50	Romatolojik Hastalıklarda US Eğitimine Giriş ***F. Figen Ayhan***	
08:50 - 09:10	Cihaz, Problar, Düğmeler, US Ortamı, B-mod, Color Flow, Doppler Mod Normal Anatomik Görüntüler (Eklem, Kıkırdak, Tendon, Entezis, vb) ***F. Figen Ayhan***	
09:10 - 09:30	Romatoid Artritte US (Sinovit, Tenosinovit, Erozyon) ***Erhan Çapkın***	
09:30 - 09:50	Psöriatik Artritte US (Artrit, Daktilit, Entezit) ***Ömer Faruk Şendur***	
09:50 - 10:10	Sjögrende US (Parotis, Submandibular) ***Nevsun İnanç***	
10:10 - 10:30	**Kahve Arası**	
10:30 - 10:50	SpA'lerde US (Periferik Artrit, Entezit) ***İlker Yağcı***	
11:50 - 12:10	Vasküliite US (Temporal Arterit ve Polimyalji Romatika) ***Kenan Akgün***	
12:10 - 12:30	Kristal Artropatilerde US (Gut, Pseudogut) ***Özgür Akgül***	
12:30 - 13:30	**Öğle Yemeği**	
13:30 - 15:00	Pratik-1 (30 dk/istasyon)	
15:00 - 15:20	**Kahve Arası**	
15:20 - 16:50	Pratik-2 (30 dk/istasyon)	
16:50 - 17:00	Değerlendirme Testi ve Kapanış	

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

10.30 - 17.30 **ROMATİZMAL HASTALIKLARDA AKUPUNKTUR KURSU**

Kurs Eğitmenleri: ***Fatma Gülçin Ural, Akın Erdal***

KURS SALONU 2

- Akupunkturda Temel Kavramlar
- Geleneksel Çin Tıbbına Göre Akupunktur ve Meridyenler
- Batı Tıbbına Göre Akupunktur Endikasyonları, Etki Mekanizmaları, Kontrendikasyonları
- Lokomotor Sistem ve Romatolojik Hastalıklarda Akupunktur Uygulamaları
- Mekanik ve İnflamatuar Bel Ağrısında Akupunktur Uygulamaları (Teorik ve Pratik)
- Periferik Eklem Tutulumunda Akupunktur Uygulamaları (Teorik ve Pratik)

10.30 - 17.30 **AROMATERAPÖTİKLERLE AĞRI TEDAVİSİ KURSU**

Kurs Eğitmenleri: ***Mustafa Özdemir, Nilay Şahin***

KURS SALONU 3

- Aromaterapi Nedir?
- Aromaterapide Farmakokinetik
- Uçucu Yağların Kimyasal Özellikleri
- Aromaterapide Kullanılan Önemli Uçucu Yağlar
- Uçucu Yağlarda Zehirlenmeler ve Kontrendikasyonlar
- Ağrı ve Enflamasyonda Uçucu Yağlar
- Pratik Reçeteler

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

10.30 - 17.30 **GİRİŞİMSEL AĞRI TEDAVİSİ KURSU** **KURS SALONU 4**
Kurs Eğitmenleri: ***Hakan Gündüz, Michael Furman***

10:30 – 10:45	Introduction and Getting Together ***Hakan Gündüz*** ***Michael Furman***
10:45 – 11:15	Radiological Assessment of The Lumbar Spine ***Hakan Gündüz***
11:15 – 11:30	Discussion ***Hakan Gündüz*** ***Michael Furman***
11:30 – 12:30	Use of Fluoroscopy, Imaging Techniques and Needle Control In Interventional Procedures ***Michael Furman***
12:30 – 13:30	**Lunch Break**
13:30 – 14:00	How To Decide Spinal Interventions: Which Patient and Which Procedure? ***Michael Furman***
14:00 – 14:20	Interventional Procedures of The Lumbar Spine ***Michael Furman***
14:20 – 14:30	Discussion ***Hakan Gündüz*** ***Michael Furman***
14:30 – 15:00	**Coffee Break**
15:00 – 15:15	Follow-up of Patients Undergoing Interventional Procedures and Exercise Planning ***Canan Şanal Toprak***
15:15 – 16:30	Interventional Pain Management Experiences With Cases: Deciding The Procedure, Evaluating The Results ***Hakan Gündüz*** ***Michael Furman*** ***Savaş Şencan*** ***Tülay Erçalık***

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

13.30 - 17.30 **PRP KURSU**
Kurs Eğitmenleri: ***Funda Atamaz Çalış, Sinan Bağçacı***

KURS SALONU 5

PRP Tanımı, Tarihsel Gelişimi
Sinan Bağçacı

Etki Mekanizması ve Komponentleri
- Hücresel (Trombosit, Lökosit)
- Moleküler (Koagulasyon Faktörleri, Büyüme Faktörleri, Sitokin, Kemokin ve Integrin)

Funda Atamaz Çalış

Endikasyonları
Sinan Bağçacı

PRP Hazırlanması
Funda Atamaz Çalış

Kahve Arası

Farklı Endikasyonlarda PRP Uygulaması
Hasta Üzerinde Pratik Uygulama
Funda Atamaz Çalış
Sinan Bağçacı

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

10.30 - 17.30 **MİYOFASİYAL AĞRILARDA KURU İĞNELEME KURSU**

Kurs Eğitmenleri: ***Jay Shah, Tuncay Duruöz***

KURS SALONU 6

- Opening Remarks, Background and Introduction
- The Dynamic Role of Sensitization in Neuro-musculoskeletal Pain: Enter the Matrix
- Myofascial Trigger Points and the Unique Neurobiology of Muscle Pain: From Peripheral to Central Sensitization
- Hands-On: Common Myofascial Trigger Points and their Referral Patterns How to Palpate the Muscle; Live demonstration and audience participation of examination techniques on attendees
- Getting to the “Point”: Dry Needling, Trigger Points and Myofascial Pain
- Spinal Facilitation, Somatovisceral/Viscerosomatic Reflexes and Neuro-musculoskeletal Pain
- Clinical Diagnosis of a Sensitized Segment Using Surface Anatomy and Palpation: Relevance for Chronic Myofascial Pain
- Novel Applications of Ultrasound Technology to Visualize and Characterize Myofascial Trigger Points and Surrounding Soft Tissue
- Neuro-modulating the Pain Matrix: Dry Needling, Acupuncture and Electrical Stimulation Techniques for Desensitizing the Sensitized Segment and Deactivating Myofascial Trigger Points Live demonstration and audience participation of examination and treatment techniques
- Wrap-up: Questions, Participant Experiences and Discussion

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

10.30 - 17.30 **NÖRALTERAPİ KURSU** **KURS SALONU 7**
Kurs Eğitmenleri: ***Hüseyin Nazlıkul, Yusuf Tamam***

Nöralterapi Nedir ve Nasıl Etki Eder?
Hüseyin Nazlıkul

Nöralterapi Yaklaşımı ile Segmental Terapi
Hüseyin Nazlıkul
Yusuf Tamam

Enflamasyonun Kronik Hastalıklardaki Yeri ve Nöralterapi Yaklaşımı
Yusuf Tamam
Hüseyin Nazlıkul

Nöralterapi ve Ağrı Nöralterapinin Ağrı Tedavisindeki Yeri ve Önemi
Hüseyin Nazlıkul
Yusuf Tamam

Lokomotor Hastalıklarında Nöralterapinin Yeri ve Uygulamaları
Yusuf Tamam

Romatizmal Hastalıklarda Nöralterapi Yeri ve Uygulamaları
Hüseyin Nazlıkul
Yusuf Tamam

10.30 - 17.30 **ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA PODOLOJİ VE BİOMEKANİK KURSU** **KURS SALONU 8**
Kurs Eğitmenleri: ***Murat Bozdağ, Nilay Şahin***

- Introduction: What is Podiatry?
- Rheumatology and Its Manifestations in the Feet, The Roll of Podiatry in Treatment of Patients With Rheumatologic Disorders.
- Biomechanics and Common Foot Pathologies I.E. Heel Pain
- Pronation
- Gait Analysis Standing/Walking/Running
  - Functional Foot Orthotics
  - Footwear
- Gait Analysis Practical Workshop

20 MART 2019, ÇARŞAMBA

13.30 - 17.30 **KAPİLLEROSKOPİ KURSU** **KURS SALONU 9**

Kurs Eğitmenleri: ***Sami Hizmetli, Tuncay Duruöz***

13:30 – 14:00	Kapillereskopi Cihazlarının Teknik Detayları
14:00 – 14:30	Romatizmal Hastalıklarda Mikrovasküler Disfonksiyon ve Tırnak Yatağı Kapillereskopisi
14:30 – 15:00	Sistemik Skleroz Hastalarında Mikrovasküler Tutulum: Kapillereskopiyle SSC Paternleri (Erken, Aktif ve Geç Patern)
15:00 – 15:30	Pratik Uygulama
15:30 – 16:00	Raynaud's Fenomeni Tanısı Alan Hastalarda Mikrovasküler Tutulum: Kapillereskopiyle Değerlendirme
16:00 – 16:30	Pratik Uygulama
16:30 – 17:00	Kapillereskopik Görütünlemelerde Ölçümleme
17:00 – 17:30	Psoriyasis ve Psoriyatic Artrit Hastalarında Kapillereskopi
17:30 – 17:45	Soru – Cevap ve Kapanış

22 MART 2019, CUMA

08.45 - 12.45 **Kurs Eğitmenleri:**	**ENJEKSİYON TEKNİKLERİ KURSU (YUMUŞAK DOKU ve EKLEM ENJEKSİYONLARI)** ***Cihan Aksoy, Demirhan Dıraçoğlu***	**KURS SALONU 1**

08:45 - 09:30	Genel Enjeksiyon Kuralları ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***
09:30 - 11:00	Üst Ektremitede Seçilmiş Yumuşak Doku Enjeksiyonları ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***
11:00 - 11:30	**Kahve Arası**
11:30 - 12:45	Üst Ektremitede Seçilmiş Eklem Enjeksiyonları ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***

13.45 - 17.45 **Kurs Eğitmenleri:**	**MANUEL TIP KURSU : LOMBER VE SAKROİLİYAK EKLEM** ***Cihan Aksoy, Demirhan Dıraçoğlu***	**KURS SALONU 1**

13:45 - 14:30	Lomber/Sakroiliyak Anatomi ve Biyomekanik Özellikler ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***
14:30 - 15:15	Lomber Bölgede Manuel Tanı Yaklaşımı Özellikler ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***
15:15 - 16:00	Lomber Bölgede Manuel Tedaviler Özellikler ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***
16:00 - 16:30	**Kahve Arası**
16:30 - 17:00	Sakroiliyak Eklem Disfonksiyonları Özellikler ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***
17:00 - 17:45	Sakroiliyak Eklemde Manuel Terapi Yaklaşımları Özellikler ***Cihan Aksoy*** ***Demirhan Dıraçoğlu***

22 MART 2019, CUMA

13.45 - 17.45 **KÖK HÜCRE KURSU (TEORİK ve VİDEO GÖRSELLERİYLE PRATİK UYGULAMA)**

KURS SALONU 2

Kurs Eğitmeni: ***Can Eyigör***

- Kök Hücre Nedir?
  Can Eyigör
- Kök Hücre Nasıl Elde Edilir?
  Can Eyigör
- Kök Hücre Nasıl Etki Eder?
  Can Eyigör
- Klinik Uygulamalar
  Can Eyigör

23 MART 2019, CUMARTESİ

08.45 - 12.45 — **İYİ YAZMA ve YAYIN BECERİLERİ KURSU** — **KURS SALONU 1**

Kurs Eğitmenleri: *İlker Yağcı, Esra Giray, Özge Keniş Coşkun*

08:45 - 09:30	Yeni Başlayanlar İçin Araştırma Planlaması a. Fikir Üretimi b. Hipotez Oluşturma c. Araştırmaya Hazırlık ***İlker Yağcı***
09:30 - 10:15	Araştırma Etiği ve İlgili Sorunlar a. Kimler Otör, Kimler Katılımcı b. Otörlükle İlgili Uluslararası Etik Kurallar c. Etik Kurullar Ve Kuralları d. İntihal ***Figen Ayhan***
10:15 - 11:00	Uluslararası Kılavuzlar Önerilerinde Yazının Hazırlanması ***Esra Giray***
11:00 - 11:30	**Kahve Arası**
11:30 - 12:00	Dergi Seçimi ve Süreç Esnasında Yaşananlar, Yayın Sonrası Sorumluluklar Ve Sosyal Medya ***Özge Keniş Coşkun***
12:00 - 12:30	Hakemlik Neden Önemlidir? İyi Hakemlik Uygulamaları ***Meltem Alkan Melikoğlu***

08.45 - 12.45 — **ROMATİZMAL HASTALIKLARDA OZON TEDAVİSİ KURSU** — **KURS SALONU 2**

Kurs Eğitmenleri: *Mustafa Özdemir, Nilay Şahin*

- Ozon Terapi Nedir?
- Ozon Terapinin Etkisi Mekanizması
- Ozon Terapinin Endikasyonları Nelerdir?
- Ozon Terapinin Uygulama Yöntemleri Nelerdir?
- Ağrı ve Enflamasyonda Ozon Terapi
- Pratik Reçeteler

23 MART 2019, CUMARTESİ

13.45 - 17.45 **PROLOTERAPİ KURSU (DİZ AĞRILI HASTADA DEKSTROZ-PROLOTERAPİNİN KULLANIMI)**

KURS SALONU 1

Kurs Eğitmenleri: ***Emel Özcan, Ekin İlke Şen***

Proloterapinin Tanimi, Etki Mekanizmasi, Endikasyon, Kontraendikasyon ve Yan Etkiler
Emel Özcan

Proloterapide Kullanılan Solüsyonlar ve Malzemelerin Seçimi Ve Hazırlanması
Emel Özcan

Diz Eklemi Fonksiyonel Anatomisi, Değerlendirme, İşaretleme ve Uygulama
Ekin İlke Şen

Model Üzerinde Dizdeki Ekstra-Artiküler Yapıların Ultrasonografi İle Gösterilmesi
Ekin İlke Şen

Model Üzerinde Diz Ekleminin Topografik Anotomisinin Gösterilerek Çizim Yapılması
Emel Özcan
Ekin İlke Şen

Pratik Uygulama
Emel Özcan
Ekin İlke Şen

23 MART 2019, CUMARTESİ

13.45 - 17.45 **MEZOTERAPİ KURSU** **KURS SALONU 2**
Kurs Eğitmenleri: ***Ayşegül Ketenci, Deniz Evcik***

13.45 - 14.00	Tanışma, Hoş Geldiniz ***Ayşegül Ketenci*** ***Deniz Evcik***
14.00- 15.00	Mezoterapinin Temel İlkeleri ***Deniz Evcik***
15.00 - 16.00	Boyun ve Üst Ekstremite Ağrı Nedenleri ***Ayşegül Ketenci***
16.00 - 16.30	Kahve Arası
16.30 - 17.30	Pratik Uygulama ***Ayşegül Ketenci*** ***Deniz Evcik***
17.30 - 17.45	Sorular ve Geri Bildirimler ***Ayşegül Ketenci*** ***Deniz Evcik***

21 MART 2019, PERŞEMBE

08.30 - 09.00 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**
Sami Hizmetli, Tuncay Duruöz, Hatice Bodur
SALON 1

09.00 - 10.00 **AÇILIŞ KONFERANSI**
Moderatör: ***Hatice Bodur***
A Year in Review: Rheumatology
Atul Deodhar
SALON 1

10.00 - 10.30 **Çay ve Kahve Arası**

10.30 - 11.30 **Biyobenzerler ile İlgili Aklımızdaki Sorular ve Yanıtları**
Moderatörler: ***Tuncay Duruöz, Hatice Bodur***
SALON 1

AMGEN®
Firmasının koşulsuz desteği ile

10.30 - 11.00 Romatoid Artrit Olgusu
Ahmet Gül, Ernest Choy

11.00 - 11.30 Ankilozan Spondilit Olgusu
Şebnem Ataman, Ernest Choy, Ahmet Gül

11.30 - 12.45 **Skleroderma**
Moderatörler: ***İlhan Sezer, Feride Göğüş***
SALON 1

11.30 - 11.50 Skleroderma Tanı ve Kliniğine Güncel Yaklaşım
Remzi Çevik

11.50 - 12.10 Skleroderma Tedavisine Güncel Yaklaşım
Remzi Çevik

12.10 - 12.30 Sklerodermada Akciğer Tutulumu ve Pulmoner Hipertansiyon Tedavisi
Nurdan Kotevoğlu

12.30 - 12.45 Tartışma

21 MART 2019, PERŞEMBE

11.30 - 12.45 **Enfeksiyöz Artritler** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Ayhan Kamanlı, Ece Kaptanoğlu***

11.30 - 11.50 Enfeksiyöz Artritler: Klinik, Laboratuvar ve Tanı
İlknur Aktaş

11.50 - 12.10 Romatoid Artrit Taklitleri: Görünüş Aldatıcı Olduğunda
Akın Erdal

12.10 - 12.30 Enfeksiyöz Artritler ve Spondiloartrit Arasında İlişki Var mıdır?
Hasan Toktaş

12.30 - 12.45 Tartışma

11.30 - 12.45 **Spondiloartrit** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Erkan Kozanoğlu, Ümit Dündar***

11.30 - 11.50 Güncel Veriler Eşliğinde Spondiloartrit Patogenezi
Haşim Çakırbay

11.50 - 12.10 Non Radyografik Aksiyal Spondiloartritte Klinik ve Görüntüleme
Kenan Akgün

12.10 - 12.30 Aksiyal Spondiloartrtirtlerde Prognoz Kavramı ve Belirleyiciler
Murat Birtane

12.30 - 12.45 Tartışma

11.30 - 12.45 **Sözlü Bildiri Oturumu - 1** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Füsun Şahin, Figen Yılmaz***

S-1, S-2, S-3, S-4, S-5, S-6, S-7, S-8, S-9, S-10

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

12.45 - 13.45 **Öğle Yemeği**

21 MART 2019, PERŞEMBE

13.45 - 15.00 **Romatoid Artritte Patofizyoloji ve Klinik** **SALON 1**
Moderatörler: **Bülent Bütün, *Şebnem Ataman***

13.45 - 14.05 Biomarkers in Rheumatoid Arthritis
Ernest Choy

14.05 - 14.25 Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesinin Değerlendirilmesi ve Remisyon
Özgür Akgül

14.25 - 14.45 Romatoid Artritte Pulmoner ve Kardiyovasküler Tutulumlar
Gamze Kılıç

14.45 - 15.00 Tartışma

13.45 - 15.00 **Ağrı ve Enflamasyonda Nöralterapi** **SALON 2**
Moderatörler: ***Hüseyin Demir, Akın Erdal***

13.45 - 14.05 Sempatik Hiperaktivitenin Ağrı ve Enflamasyondaki Yeri
Fatma Gülçin Ural

14.05 - 14.25 Hormonel Disbalans ve Vagus Etkisinde Ortaya Çıkan Ağrı ve Enflamasyon
Yusuf Tamam

14.25 - 14.45 Kronik Ağrı ve Sistemik Romatizmal Hastalıklarda Nöral Terapi
Hüseyin Nazlıkul

14.45 - 15.00 Tartışma

21 MART 2019, PERŞEMBE

13.45 - 15.00 **Romatolojik Hastalıklarda Rehabilitasyon ve Egzersiz** — **SALON 3**

Moderatörler: ***Neşe Özgirgin, Sibel Eyigör***

13.45 - 14.05 Romatolojik Hastalıklarda Fizik Tedavi Modelitelerinin Kullanımı
Berrin Durmaz

14.05 - 14.25 Romatolojik Hastalıklarda Egzersizin Yeri
Tuğçe Mısırlıoğlu

14.25 - 14.45 İşe Bağlı Kas İskelet Sistemi Hastalıkları ve Ergonomi
Emel Özcan

14.45 - 15.00 Tartışma

13.45 - 15.00 **Sözlü Bildiri Oturumu - 2** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**

Moderatörler: ***Yüksel Ersoy, Havva Çalış***

S-11, S-12, S-13, S-14, S-15, S-16, S-17, S-18, S-19, S-20

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

15.05 - 16.05 **Ankilozan Spondilit Tedavisinde Yeni Ufuklar: Secukinumab ve IL-17A İnhibisyonu** — **SALON 1**

FARMANOVA
Firmasının koşulsuz desteği ile

Moderatörler: ***Sami Hizmetli, Tuncay Duruöz***

15.05 - 15.25 Ankilozan Spondillit Patogenezine Yenilikçi Yaklaşım: Enteziyal Enflamasyon ve IL-17A İnhibisyonu
Dennis Mcgonagle

15.25 - 15.45 Olgularla Ankilozan Spondilitte Secukinumab Klinik Deneyimi
Sami Hizmetli

15.45 - 16.05 Hangi Hastada Secukinumab: Etkililik ve Güvenlilik Verilerine Gerçek Yaşam Deneyimiyle Bir Bakış
Ömer Kuru

16.05 - 16.30 **Çay ve Kahve Arası**

21 MART 2019, PERŞEMBE

16.30 - 17.45 **Behçet Hastalığı** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Vedat Hamuryudan, Dilşad Sindel***

16.30 - 16.50 Behçet Hastalığında Tanı ve Klinik
Feride Göğüş

16.50 - 17.10 Nöro-Behçet Tanısı ve Kliniği
Ahmet Kıvanç Cengiz

17.10 - 17.30 Behçet Hastalığıda Ayırıcı Tanı ve Tedavi
Ahmet Gül

17.30 - 17.45 Tartışma

16.30 - 17.45 **FMF ve Otoenflamatuar Hastalıklar** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Zuhal Altay, Ayhan Bilgici***

16.30 - 16.50 FMF Tanı ve Tedavisi
Yunus Durmaz

16.50 - 17.10 Still Hastalığının Tanı ve Tedavisindeki Yenilikler
Şenay Özdolap

17.10 - 17.30 FMF ve Still Dışı Otoenflamatuar Hastalıklar
Hasan Ulusoy

17.30 - 17.45 Tartışma

21 MART 2019, PERŞEMBE

16.30 - 17.45 **Romatizmal Hastalıklarda Ağrı 1** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Ayşe Karan, Can Eyigör***

16.30 - 16.50 Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu
Aliye Tosun

16.50 - 17.10 Romatizmal Hastalıklarda Santral Ağrı Mekanizması
Tülay Erçalık

17.10 - 17.30 Enflamatuvar Romatizmal Hastalıklarda Ağrı Tedavisinin Yönetimi
Ayşen Akıncı

17.30 - 17.45 Tartışma

16.30 - 17.45 **Sözlü Bildiri Oturumu - 3** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Mehmet Çağlayan, Merve Akdeniz Leblebiciler***

S-22, S-23, S-24, S-25, S-26, S-27, S-28, S-29, S-30, S-160
Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org***
adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.

17.45 - 18.30 **İmmünoloji ve Romatizmal Hastalıklar** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Önder Kayhan, Fatih Çay***

17.45 - 18.05 Immunogenetics in Ankylosing Spondylitis: Are There Specific Genes Recently Disclosed?
Jieruo Gu

18.05 - 18.25 Otoimmunitede Biyomarkerlar ve Patojenik Yönü
Meltem Alkan Melikoğlu

18.25 - 18.30 Tartışma

21 MART 2019, PERŞEMBE

17.45 - 18.30 **Geriatrik Romatoloji** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Nurten Eskiyurt, Haşim Çakırbay***

17.45 - 18.05 Romatizmal Hastalığı Olan Yaşlılarda İlaç Kullanım İlkeleri
Yeşim Gökçe Kutsal

18.05 - 18.25 Romatolojik Hastalıklarda Sarkopeni
Sibel Eyigör

18.25 - 18.30 Tartışma

17.45 - 18.30 **Romatizmal Hastalıklarda Vücut Fonksiyonları** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Özlen Peker, Günşah Şahin***

17.45 - 18.05 Romatizmal Hastalıklarda Uyku Bozuklukları ve Yorgunluk
Kadriye Öneş

18.05 - 18.25 Romatizmal Hastalıklarda Psikososyal Yaklaşım
Derya Akbıyık

18.25 - 18.30 Tartışma

17.45 - 18.30 **Sözlü Bildiri Oturumu - 4** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Banu Sarıfakıoğlu, Kardelen Gencer***

S-31, S-32, S-33, S-34, S-35, S-36, S-37

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

22 MART 2019, CUMA

08.00 - 08.45	**Uzmanına Danış: Girişimsel Ağrı** ***Hakan Gündüz, Michael Furman***	**SALON 1**
08.00 - 08.45	**Uzmanına Danış: Artrit Tedavisinde Opioidlerin Yararları ve Riskleri** ***Tülay Erçalık***	**SALON 2**
08.45 - 10.00 **Moderatörler:**	**Romatoid Artritte Farmakolojik Tedavi** ***Tansu Arasıl, Tiraje Tuncer***	**SALON 1**
08.45 - 09.05	Konvansiyonel DMARD Tedavisi ***Nilay Şahin***	
09.05 - 09.25	Romatoid Artritte TNF Blokerleri ve Biyobenzerleri: Benzerlikler ve Farklılıklar ***Şebnem Ataman***	
09.25 - 09.45	Romatoid Artritte TNF Blokerlerinden Başka Biyolojik Ajanlar ***Hatice Bodur***	
09.45 - 10.00	Tartışma	
08.45 - 10.00 **Moderatörler:**	**Romatizmal Hastalıklarda Erken Dönem** ***Cahit Kaçar, Özlem Şahin***	**SALON 2**
08.45 - 09.05	Erken Romatoid Artritte Tanıya Yaklaşım ***Yasemin Turan***	
09.05 - 09.25	Birinci Basamakta Romatizmal Hastalıklara Yaklaşım ***Didem Erdem***	
09.25 - 09.45	Skolyoza Güncel Yaklaşım ***Coşkun Zateri***	
09.45 - 10.00	Tartışma	

22 MART 2019, CUMA

08.45 - 10.00 **Gebelik, Cerrahi ve Aşılama** — **SALON 3**
Moderatörler: *Ahmet Kıvanç Cengiz, Yasemin Yumuşakhuylu*

08.45 - 09.05 Gebelerde Romatizmal Hastalıkların Takibi
Dilek Keskin

09.05 - 09.25 Gebelerde Romatizmal Hastalıkları Nasıl Tedavi Edelim?
Ercan Kaydok

09.25 - 09.45 Romatolojik Hastalıklarda Cerrahi ve Aşılama
Ali Şahin

09.45 - 10.00 Tartışma

08.45 - 10.00 **Sözlü Bildiri Oturumu - 5** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: *Günşah Şahin, Hasan Toktaş*

S-21, S-38, S-39, S-40, S-41, S-42, S-43, S-44, S-45, S-46, S-47, S-48

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org***
adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.

10.05 - 11.05 **Romatoid Artritte Glukokortikoid Tedavi Stratejileri ve Kronoterapik Yaklaşım** — **SALON 1**
Moderatör: *Tuncay Duruöz*

İLKO İLAÇ SANAYİ ve TİCARET A.Ş.
Firmasının koşulsuz desteği ile

10.05 - 10.35 Kronoterapik Yaklaşımda Geciktirilmiş Salımlı Prednizon
Nilay Şahin

10.35 - 11.05 Romatoid Artrit Tedavisinde Steroid Kullanım Stratejileri
Hatice Bodur

11.05 - 11.35 **Çay ve Kahve Arası**

22 MART 2019, CUMA

11.35 - 12.45 **Miyofasiyal Ağrılar** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Figen Ayhan, Nilay Şahin***

11.35 - 11.55 New Frontiers in Chronic Myofascial Pain
Jay Shah

11.55 - 12.15 New Frontiers in Central Sensitization
Jay Shah

12.15 - 12.35 Miyofasiyal Ağrı Sendromunda Tanıya Güncel Yaklaşım
Ayşe Karan

12.35 - 12.45 Tartışma

11.35 - 12.45 **Genetik, Epigenetik ve İmmün Checkpoint** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Canan Şanal Toprak, Ülkü Uçar***

11.35 - 11.55 İmmün Checkpoint İnhibitörleri
Ülkü Uçar

11.55 - 12.15 Romatizmal Hastalıklarda Kanser Gelişme Riski
Funda Atamaz Çalış

12.15 - 12.35 Genetik, Epigenetik ve Romatolojik Hastalıklar
Füsun Şahin

12.35 - 12.45 Tartışma

22 MART 2019, CUMA

11.35 - 12.45 **Romatizmal Hastalıklarda Rehabilitasyon ve Postop Dönem** — **SALON 3**

Moderatörler: ***İlker Yağcı, Duygu Geler Külcü***

11.35 - 11.55 Osteonekroz Tanı, Tedavi ve Rehabilitasyon
Ümit Dündar

11.55 - 12.15 Romatizmal Hastalıklarda Akut Rehabilitasyon
Esra Giray

12.15 - 12.35 Romatizmal Hastalıklarda Postop Komplikasyonlar
Hüseyin Demir

12.35 - 12.45 Tartışma

11.35 - 12.45 **Sözlü Bildiri Oturumu - 6** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**

Moderatörler: ***Sumru Özel, Ercan Koydak***

S-49, S-50, S-51, S-52, S-53, S-54, S-55, S-56, S-57, S-58, S-59, S-131

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

12.45 - 13.45 **Öğle Yemeği**

13.45 - 15.00 **Ağrıda Girişimsel Tedavi** — **SALON 1**

Moderatörler: ***Berrin Durmaz, Hidayet Sarı***

13.45 - 14.05 Boyun Ağrıları ve Girişimsel Tedavi Uygulamaları
Savaş Şencan

14.05 - 14.25 Bel Ağrıları ve Girişimsel Tedavi Uygulamaları
Hakan Gündüz

14.25 - 14.45 Image Guided İnterventional Techniques: Pearls
Michael Furman

14.45 - 15.00 Tartışma

22 MART 2019, CUMA

13.45 - 15.00 **Vaskülitler** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Remzi Çevik, Gülcan Gürer***

13.45 - 14.05 Büyük Damar Vaskülitleri
Ece Kaptanoğlu

14.05 - 14.25 ANCA İlişkili Vaskülitler
Zafer Günendi

14.25 - 14.45 Hipersensitivite Vaskülitli Hastaya Klinik Yaklaşım ve Tedavi
Fatih Çay

14.45 - 15.00 Tartışma

13.45 - 15.00 **Kas İskelet Sistemi Tutulumları 1** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Ali Yavuz Karahan, Gönen Mengi***

13.45 - 14.05 Poliartrit/Monoartritli Hastaya Yaklaşım
Havva Çalış

14.05 - 14.25 Yaygın Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Figen Ayhan

14.25 - 14.45 Hipermobilite Sendromu
Selami Akkuş

14.45 - 15.00 Tartışma

13.45 - 15.00 **Sözlü Bildiri Oturumu - 7** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Neşe Özgirgin, Cem Erçalık***

S-60, S-61, S-62, S-63, S-64, S-65, S-66, S-67, S-68, S-69, S-70

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org***
adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.

22 MART 2019, CUMA

15.05 - 16.05 **Postmenopozal Osteoporoz Tedavisinde Merak Edilenler ve Denosumab**

SALON 1

AMGEN®

Firmasının koşulsuz desteği ile

Moderatör: ***Şebnem Ataman***

Panelistler: ***Alp Çetin, Lale Altan, Dilek Gogas Yavuz***

16.05 - 16.30 **Çay ve Kahve Arası**

16.30 - 17.45 **Spondiloartritlerde Tarihçe, Sınıflandırma ve Tanı**

SALON 1

Moderatörler: ***Vural Kavuncu, Ayşegül Ketenci***

16.30 - 16.50 A Historical Perspective of the Spondyloarthritis
Bernard Amor

16.50 - 17.10 Aksiyal Spondiloartritte Sınıflama Kriterleri, Tanı ve Ayırıcı Tanı
Yasemin Turan

17.10 - 17.30 Periferal Spondiloartritte Sınıflama Kriterleri, Tanı ve Ayırıcı Tanı
Erhan Çapkın

17.30 - 17.45 Tartışma

16.30 - 17.45 **Fibromiyalji**

SALON 2

Moderatörler: ***Kemal Nas, Murat Birtane***

16.30 - 16.50 Fibromiyalji Enflamatuvar Bir Hastalık mıdır?
Deniz Evcik

16.50 - 17.10 Fibromiyaljide Buz Dağının Altı: Diğer Birliktelikler
Feyza Ünlü Özkan

17.10 - 17.30 Fibromiyalji Tedavisinde Akılcı Rehber
Dilşad Sindel

17.30 - 17.45 Tartışma

22 MART 2019, CUMA

16.30 -17.45 **Romatizmal Hastalıklarda Laboratuvar ve EMG** **SALON 3**
Moderatörler: ***Halil Koyuncu, Sevil Ceyhan Doğan***

16.30 - 16.50 Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Ayırıcı Tanıcısında Laboratuvar
Yeşim Garip Çimen

16.50 - 17.10 Romatizmal Hastalıkların Kliniğinde D Vitamini Önemli mi? Niçin?
Yasemin Ulus

17.10 - 17.30 Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Ayırıcı Tanısında EMG
Evrim Karadağ Saygı

17.30 - 17.45 Tartışma

16.30 - 17.45 **Sözlü Bildiri Oturumu - 8** **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Gürkan Akgöl, Burcu Ökmen***

S-71, S-72, S-73, S-74, S-75, S-76, S-77, S-78, S-79, S-80, S-81

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org***
adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.

17.45 - 18.30 **Podolojik Problemler** **SALON 1**
Moderatörler: ***Yeşim Gökçe Kutsal, Banu Kuran***

17.45 - 18.05 Evaluation and Treatment of Common Foot and Ankle Disorders in Rheumatology
Murat Bozdağ

18.05 - 18.25 Romatoid Artritte Ayak ve Ayak Bileği Muayenesi Önemli mi?
Lale Cerrahoğlu

18.25 - 18.30 Tartışma

22 MART 2019, CUMA

17.45 - 18.30 **Romatizmal Hastalıklarda Enterik Bakım ve Şelasyon** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Fatma Gülçin Ural, Füsun Şahin***

17.45 - 18.05 Enterik Sinir Sisteminin Disbiyozis ve Romatizmal Hastalıklarla İlişkisi
Yusuf Tamam

18.05 - 18.25 Disbiyoz ve Şelasyonun Romatizmal Hastalıklarda Önemi
Hüseyin Nazlıkul

18.25 - 18.30 Tartışma

17.45 - 18.30 **Romatizmal Hastalıklarda Steroid ve NSAİİ Kullanımı** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Feyza Ünlü Özkan, Hasan Toktaş***

17.45 - 18.05 Romatizmal Hastalıklarda Akılcı NSAİİ Kullanımı
Belgin Erhan

18.05 - 18.25 Romatizmal Hastalıklarda Steroid Kullanımı
İlker Yağcı

18.25 - 18.30 Tartışma

17.45 - 18.30 **Sözlü Bildiri Oturumu - 9** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Selami Akkuş, Esra Giray***

S-82, S-83, S-84, S-85, S-86, S-87, S-88, S-113

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

23 MART 2019, CUMARTESİ

08.00 - 08.45	**Uzmanına Danış: Yeni Teknolojiler Işığında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon** ***Önder Kayhan***	**SALON 1**
08.00 - 08.45	**Uzmanına Danış: Kronik Ağrılı Hasta Yönetiminde Aileyi ve Doktoru Tüketen Duygular: Psikodrama Grup Çalışması** ***Derya Akbıyık***	**SALON 2**
08.45 - 10.00 **Moderatörler:**	**Sistemik Lupus Eritamatozus (SLE)** ***Tansu Arasıl, Ayşen Akıncı***	**SALON 1**
08.45 - 09.05	SLE Tanı ve Kliniğinde Yenilikler ***Nesrin Şen***	
09.05 - 09.25	Lupus Nefriti Tanı ve Tedavisi ***İlhan Sezer***	
09.25 - 09.45	Current and Emerging Treatments in SLE ***Andrea Doria***	
09.45 - 10.00	Tartışma	
08.45 - 10.00 **Moderatörler:**	**Diğer Spondiloartritler** ***Afitap İçağasıoğlu, Feray Soyupek***	**SALON 2**
08.45 - 09.05	Entropatik Artropatilerde Eklem Bulguları ve Tedavi Yöntemleri ***Kemal Erol***	
09.05 - 09.25	Sakroileite Klinik Yaklaşım: Tanı ve Ayırıcı Tanı ***Yasemin Yumuşakhuylu***	
09.25 - 09.45	Reaktif Artritte Tanı ve Tedaviye Güncel Yaklaşım ***Yüksel Ersoy***	
09.45 - 10.00	Tartışma	

23 MART 2019, CUMARTESİ

08.45 - 10.00 **Romatizmal Hastalıklarda Ağrı 2** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Ömer Faruk Şendur, Aliye Tosun***

08.45 - 09.05 Romatolojik Hastalıklarda Ağrı
Ayşegül Ketenci

09.05 - 09.25 Bel Ağrılarında Tanı, Ayırıcı Tanı ve Başetme Stratejileri
Gülseren Akyüz

09.25 - 09.45 Boyun Ağrılarında Tanı ve Ayırıcı Tanı
Halil Koyuncu

09.45 - 10.00 Tartışma

08.45 - 10.00 **Sözlü Bildiri Oturumu - 10** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Yasemin Turan, Ahmet Kıvanç Cengiz***

S-89, S-90, S-91, S-92, S-93, S-94, S-95, S-96, S-97, S-98, S-99, S-130

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

10.05 - 11.05 **SPA Tedavisinde HUMIRA ile Olasılıkları Mümkün Kılmak** — **SALON 1**
Moderatör: ***Ömer Kuru***

abbvie
Firmasının koşulsuz desteği ile

Konuşmacılar: ***Ayşen Akıncı, Kenan Akgün***

11.05 - 11.35 **Çay ve Kahve Arası**

23 MART 2019, CUMARTESİ

11.35 - 12.45 **Aksiyal Spondiloartritte Farmakolojik Tedavi** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Hatice Bodur, Mustafa Çalış***

11.35 - 11.55 Aksiyal Spondiloartrit Tedavisinde TNF Blokerleri ve Biyobenzerleri
Tuncay Duruöz

11.55 - 12.15 Ankilozan Spondilitte TNF Bloker Dışı Biyolojik Ajanlar
Sami Hizmetli

12.15 - 12.35 Aksiyal Spondiloartritte TNF Bloker Dirençli Hastada Ne Yapalım?
Cahit Kaçar

12.35 - 12.45 Tartışma

11.35 - 12.45 **Osteoporoz** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Emel Özcan, Ülkü Akarırmak***

11.35 - 11.55 Osteoporotik Kırığın Önlenmesinde Rasyonel Strateji Var mı?
Nurten Eskiyurt

11.55 - 12.15 Osteoporozda DEXA ve Görüntüleme Yöntemlerinin Yorumlanması
Ülkü Akarırmak

12.15 - 12.35 Osteoporoz Tedavisinde Yenilikler
Özlen Peker

12.35 - 12.45 Tartışma

23 MART 2019, CUMARTESİ

11.35 - 12.45 **Kas İskelet Sistemi Tutulumları 2** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Sibel Eyigör, Duygu Geler Külcü***

11.35 - 11.55 Omuz Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Ali Yavuz Karahan

11.55 - 12.15 Kalça Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Sumru Özel

12.15 - 12.35 Diz Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Duygu Geler Külcü

12.35 - 12.45 Tartışma

11.35 - 12.45 **Sözlü Bildiri Oturumu - 11** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Yeşim Garip Çimen, Zühre Sarı Sürmeli***

S-100, S-101, S-102, S-103, S-104, S-105, S-106, S-107
S-108, S-109, S-110

*Bildiriler ile ilgili tüm detaylara **www.turkrom2019.org** adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

12.45 - 13.45 **Öğle Yemeği**

13.45 - 14.45 **Hayata İz Bırak: "Gerçek Yaşam Verilerinden Klinik Tecrübeye Simponi"** — **SALON 1**
Moderatör: ***Kenan Akgün***

MSD
Firmasının koşulsuz desteği ile

13.45 - 14.00 Simponi Genel Bakış
Kenan Akgün

14.00 - 14.15 SpA Tedavisinde Simponi
Ömer Faruk Şendur

14.15 - 14.30 Simponi Gerçek Yaşam Verileri ve Klinik Tecrübemiz
Nilay Şahin

14.30 - 14.45 Soru - Cevap

23 MART 2019, CUMARTESİ

14.45 - 15.30 **Patient Engagement in Research**
Moderatörler: ***Ali Gür, Evrim Karadağ Saygı***

SALON 1

14.45 - 15.00 Emerging Guidelines for Patient Engagement in Research
Françis Guillemin

15.00 - 15.15 The European Map of AS - EMAS Project
Marco Garrido Cumbrera

15.15 - 15.30 Tartışma

14.45 - 15.30 **İmmun Sistemle İlişkili Sendromlar**
Moderatörler: ***Kadriye Öneş, Hasan Ulusoy***

SALON 2

14.45 - 15.00 İmmün Aracılı İnflamatuar Hastalıklarda Psikiyatrik Komorbidite ve Mortalite İlişkisi
Erhan Özdemirel

15.00 - 15.15 Erişkinde Makrofaj Aktivasyon Sendromu
Cem Erçalık

15.15 - 15.30 Tartışma

14.45 - 15.30 **Romatizmal Hastalıklarda Ortez, Protez ve Teknoloji**
Moderatörler: ***Cihan Aksoy, Coşkun Zateri***

SALON 3

14.45 - 15.00 Ortezlemede 3D Teknolojisinin Bugünü ve Yarını
Yaşar Tatar

15.00 - 15.15 Ampütasyonlu Hastalarda Spor ve Rekreasyonel Adaptasyonlar
Burcu Ökmen

15.15 - 15.30 Tartışma

23 MART 2019, CUMARTESİ

14.45 - 15.30 **Sözlü Bildiri Oturumu - 12**
Moderatörler: ***Lale Altan, Yasemin Ulus***

SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU

S-111, S-112, S-114, S-115, S-116, S-117, S-168

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

15.30 - 16.00 **Çay ve Kahve Arası**

16.00 - 17.15 **Psöriyatik Artrit**
Moderatörler: ***Selami Akkuş, Alev Alp***

SALON 1

16.00 - 16.20 Psöriyatik Artritte Tanı ve Kliniğe Güncel Yaklaşım
Banu Kuran

16.20 - 16.40 Hangi Bölgede Hangi Lezyonda Psöriyazis Düşünmeliyim?
Mustafa Özdemir

16.40 - 17.00 Psöriyatik Artrit Tedavisine Güncel Yaklaşım
Kemal Nas

17.00 - 17.15 Tartışma

16.00 - 17.15 **Romatizmal Hastalıklarda Görüntüleme**
Moderatörler: ***Lale Cerrahoğlu, Ahmet Karadağ***

SALON 2

16.00 - 16.20 Romatizmal Hastalıkların Tanısında Ultrasonun Önemi
Demirhan Dıraçoğlu

16.20 - 16.40 Romatizmal Hastalıkların Değerlendirmesinde Manyetik Rezonans Görüntüleme
Erkan Kılıç

16.40 - 17.00 Romatizmal Hastalıkların Ayırıcı Tanısında El Radyografisi
Özge Keniş Coşkun

23 MART 2019, CUMARTESİ

16.00 - 17.15 **Romatizmal Hastalıklarda Sendromlar** — **SALON 3**
Moderatörler: ***Lale Altan, Selda Sarıkaya***

16.00 - 16.20 Raynoud Fenomenine Tanı ve Tedaviye Güncel Yaklaşım
Gönen Mengi

16.20 - 16.40 Eritema Nodosumda Etyoloji ve Yaklaşım
Nurettin Taştekin

16.40 - 17.00 IgG4 ile İlişkili Hastalıklar
Hatice Şule Baklacıoğlu

17.00 - 17.15 Tartışma

16.00 - 17.15 **Sözlü Bildiri Oturumu - 13** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Belgin Erhan, Özlem Balbaloğlu***

S-118, S-119, S-120, S-121, S-122, S-123, S-124, S-125
S-126, S-127, S-128
Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org***
adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.

17.15 - 18.30 **Diğer Bağdokusu Hastalıkları** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Meltem Alkan Melikoğlu, Erhan Çapkın***

17.15 - 17.45 Sjögren Sendromunda Tanı ve Tedavideki Zorluklar
Mehmet Çağlayan

17.45 - 18.05 Antifosfolipit Sendromunda Tanı ve Tedavi
Ayhan Kamanlı

18.05 - 18.25 Overlap Sendromlara Bakış
Hilal Ecesoy

18.25 - 18.30 Tartışma

23 MART 2019, CUMARTESİ

17.15 - 18.30 **Romatizmal Hastalıklarda Komorbiditeler** — **SALON 2**
Moderatörler: *Erkan Mesci, Aytül Çakçı*

17.15 - 17.45 Romatizmal Hastalıklarda Sık Görülen Komorbiditeler
Canan Şanal Toprak

17.45 - 18.05 Paraneoplastik Sendromlara Güncel Yaklaşım
Günşah Şahin

18.05 - 18.25 Komorbiditeler: Romatizmal Hastalıkların Tanısında Haberci mi?
Emel Cennet Emlakçıoğlu

18.25 - 18.30 Tartışma

17.15 - 18.30 **Romatizmal Hastalıklarda Üst Ekstremite** — **SALON 3**
Moderatörler: *Alp Çetin, Cem Erçalık*

17.15 - 17.45 Romatizmal Hastalıklarda El Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi
Feray Soyupek

17.45 - 18.05 Romatizmal Hastalıklarda Üst Ekstremite Ortezleri
Figen Yılmaz

18.05 - 18.25 Romatizmal Hastalıklarda Yardımcı Cihazlar
Banu Sarıfakıoğlu

18.25 - 18.30 Tartışma

17.15 - 18.30 **Sözlü Bildiri Oturumu - 14** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: *Yasemin Yumuşakhuylu, Yunus Durmaz*

S-129, S-132, S-133, S-134, S-135, S-136
S-137, S-138, S-169, S-170

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

24 MART 2019, PAZAR

09.00 - 10.15 **Kristal Artropatiler** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Gülseren Akyüz, Dilek Keskin***

09.00 - 09.20 Hiperürisemi ve Gut Tanısı
Erkan Kozanoğlu

09.20 - 09.40 Gut Tedavisine Güncel Yaklaşım
Ömer Faruk Şendur

09.40 - 10.00 Psödogut Klinik ve Tedavisinde Yeni Ne Var?
Özlem Balbaloğlu

10.00 - 10.15 Tartışma

09.00 - 10.15 **Osteoartrit** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Deniz Evcik, Gürkan Akgöl***

09.00 - 09.20 Osteoartrit Tedavisinde Farmakolojik Yeni Ne Var?
Lale Altan

09.20 - 09.40 Osteoartrit Tedavisinde Non Farmakolojik Yeni Ne Var?
Alp Çetin

09.40 - 10.00 Osteoartrit Tedavisinde Kök Hücre Uygulamaları
Can Eyigör

10.00 - 10.15 Tartışma

09.00 - 10.15 **Sözlü Bildiri Oturumu - 15** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Savaş Şencan, Ali Yavuz Karahan***

S-139, S-140, S-141, S-142, S-143, S-144, S-145
S-146, S-147, S-148, S-149

*Bildiriler ile ilgili tüm detaylara **www.turkrom2019.org** adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

10.15 - 10.45 **Çay ve Kahve Arası**

24 MART 2019, PAZAR

10.45 - 12.00 **Polimiyozit ve Dermatomiyozit** — **SALON 1**
Moderatörler: *Nurettin Taştekin, Ülkü Uçar*

10.45 - 11.05 Polimiyozit ve Dermatomiyozitte Spektrum ve Sınıflandırma
Selda Sarıkaya

11.05 - 11.25 Polimiyozit ve Dermatomiyozit Tanı ve Tedavideki Zorluklar
Gülcan Gürer

11.25 - 11.45 Myozitte Otoantikorlar
Erkan Mesci

11.45 - 12.00 Tartışma

10.45 - 12.00 **Nörolojik Tutulum, Fonksiyon, Balneoterapi** — **SALON 2**
Moderatörler: *Vesile Sepici, Yasemin Turan*

10.45 - 11.05 Romatizmal Hastalıklarda Nörolojik Tutulumlar
Neşe Özgirgin

11.05 - 11.25 Romatizmal Hastalıklarda Fonksiyonel Bozukluklar ve Yaşam Kalitesi
Alev Alp

11.25 - 11.45 Romatizmal Hastalıklarda Balneoterapi
Merve Akdeniz Leblebicier

11.45 - 12.00 Tartışma

10.45 - 12.00 **Sözlü Bildiri Oturumu - 16** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: *Gamze Kılıç, Tuğçe Mısırlıoğlu*

S-150, S-151, S-152, S-153, S-154, S-155, S-156
S-157, S-158, S-159

Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org***
adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.

24 MART 2019, PAZAR

12.00 - 12.45 **ANA Pozitifliği - Anemi** — **SALON 1**
Moderatörler: ***Özge Keniş Coşkun, Zafer Günendi***

12.00 - 12.20 ANA Pozitifliği Nasıl Yorumlanmalı?
Hande Gezer

12.20 - 12.40 Romatizmal Hastalıklarda Anemi
Duygu Tecer

12.40 - 12.45 Tartışma

12.00 - 12.45 **Sarkoidoz** — **SALON 2**
Moderatörler: ***Bülent Bütün, Hilal Ecesoy***

12.00 - 12.20 Sarkoidoz Etyopatogenez ve Klinikte Yeni Ne Var?
Gürkan Akgöl

12.20 - 12.40 Sarkoidoz Tedavisinde Yeni Ne var?
Zühre Sarı Sürmeli

12.40 - 12.45 Tartışma

12.00 - 12.45 **Sözlü Bildiri Oturumu - 17** — **SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU**
Moderatörler: ***Erkan Kılıç, Canan Şanal Toprak***

S-161, S-162, S-163, S-164, S-165, S-166, S-167
Bildiriler ile ilgili tüm detaylara ***www.turkrom2019.org*** *adresinde yer alan bildiri kitabından ulaşabilirsiniz.*

12.45 - 13.00 **KAPANIŞ**

KONUŞMA ÖZETLERİ

SAKROİLYAK MRG İNFLAMATUVAR PATOLOJİLER

Prof. Dr. İhsan Şebnem ÖRGÜÇ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa

Sakroilyak eklemin (SİE) görüntülenmesi spondilartropatilerin tanı ve sınıflamasında anahtar role sahiptir. Assessment of Spondyloarhtitis Society (ASAS)'ın 2009'dan sonra sakroilyitin sınıflanmasında Manyetik Rezonans Görüntülemeyi (MRG) tanı kriterlerine eklemesinden bu yana dikkatler sakroilyitin belirlenmesinde kemik iliği ödemi (KİÖ) üzerinde yoğunlaşmıştır.
Spondilartropati (SpA) grubu altında ankilozan spondilit, psöryatik artritle ilişkili spondilartrit, inflamatuvar barsak hastalıkları, reaktif artrit, sınıflanamayan spondilartritler ve sinovit akne püstülosis hiperostosis osteitis (SAPHO) sendromu yer almaktadır.
MRG'nin inflamatuvar ödeme yüksek duyarlılığı olması nedeniyle, radyografik olarak negatif olgularda hastalığın daha erken tanınmasını sağlar. Kesitsel görüntüleme özelliği eşlik eden morfolojik değişiklikleri detaylı olarak ortaya koyar.
Güncel ASAS kriterlerine göre MRG'de sakroilyit tanısı için sadece KİÖ bulgusu kullanılır. Diğer yapısal ve inflamatuvar MRG bulgular, tanı kriterlerinde henüz kendilerine yer bulamamakla birlikte MRG yorumlanmasında ve sakroilyit ayırıcı tanısında kullanılırlar. Bu nedenle radyolojik bulgular, tuzaklar ve tanı kriterlerinin bilinmesi hastalık tanısı ve tedavi takibinde önem taşır (1).
SpA basitçe üç fazda evrilir. Önce enteziste başlayan inflamasyon, eklem sinoviti ve KİÖ oluşturabilir. İkinci aşamada değişken miktarda eroziv kemik remodelasyonu görülür. Üçüncü basamakta ise kemik yapımı proliferasyonu ve ankiloza giden 'iyileşme' süreci izler. Herhangi bir dönemde yapılan görüntülemede farklı yerleşimlerde değişik evrelerde bulgular aynı anda saptanabilir.
SIE 'de entezis kıkırdak kesimde subkondral kemikte (eklemin ilyak tarafında sakral tarafa kıyasla daha ince kıkırdak olması nedeniyle ilyak yüzde belirgin), kapsül yapışma yerlerinde ve SIE'in ligamantöz bölümünde izlenebilir. Eklemin postero-inferiyor kesiminin tutulumu diğer patolojilerde daha az etkilenmesi nedeniyle inflamatuvar patolojiyi düşündürür.
Tek taraflı ya da bilateral tutulum SpA'nin tipi ve hastalığın süresi ile bağlantılıdır. İnflamatuvar sakroilyitin görüntüleme bulguları iki grup altında değerlendirilir.

1. Aktif inflamatuvar işaretler: Periartiküler osteitis ya da KİÖ en duyarlı ve erken bulgudur. Kapsülit, sinovit, SİE'in ligamantöz kısımlarının enteziti ve diğer pelvik entezitler bu gruptadır.
2. Kronik inflamatuvar lezyonlar: Subkondral kemik sklerozu, erozyonlar (iliak > sakral), periartiküler yağ birikimi, kemik köprüleşme ve ankilozdur.

MRG'de yüksek olasılıkla SpA'ya işaret etmesi nedeniyle ASAS kriterlerinde KİÖ'ne özel bir önem verilmiştir. Sakroilyit tanısı için birbirini izleyen en az iki kesitte veya iki farklı yerleşimde KİÖ saptanmalıdır (1,2).
Ancak sadece bu kritere göre tanı oluşturulması, SIE'in dejeneratif değişikliklerinde de görülebileceğinden aşırı tanıya yol açabilir (3). Bu nedenle inflamatuvar değişiklikleri gecikmeli olarak takip etse de genellikle iki yıl içinde ortaya çıkan yapısal değişikliklerin de tanısal kriterlere eklenmesi önerilmektedir (4).

MRG protokolünde en az iki ortoganal planda (aksiyel ya da aksiyel oblik + SIE'nin uzun aksına dik koronal oblik) sekanslar kullanılır. Yapısal değişiklikler T1-ağırlıklı, inflamatuvar bulgular ve özellikle KİÖ, STIR ya da yağ baskılı T2-ağırlıklı sekanslarda değerlendirilir. Gadolinium şelatları ile yapılan kontrastlı inceleme belirgin tanısal katkı sağlamaz, ancak sinovit taramasında faydalıdır (5).
Eklem mesafesi tutulmadan, büyük üçgen dansite artışı, kemik iliği ödemi eşlik etse bile ostitis kondensans ileiyi düşündürmelidir. SİE'in ön ve orta kesiminde, sıklıkla bilateral, ince belirgin skleroz, subkondral kistler ve daralma dejeneratif değişiklikleri düşündürür. Anterior kemik köprüleşmeler hiperostetik ve dejeneratif değişikliklerde sıktır; intraartiküler köprüleşmeler ise inflamatuvar sakroilyiti düşündürür.

Sonuç olarak MRG SpA'lerin erken tanısında, ayırıcı tanıda ve tedavi takibinde kullanılan, ASAS kriterlerinde kendine yer bulmuş vazgeçilmez bir tanı yöntemidir.

Kaynaklar

1. M. Rudwaleit, D. Heijde, van der, R. Landewé, J. Listing, N. Akkoc, et al.The development of Assessment of spondyloarthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann Rheum Dis, 68 (6) (2009), pp. 777-783
2. J. Sieper, M. Rudwaleit, X. Baraliakos, J. Brandt, J. Braun, R. Burgos-Vargas, et al.The Assessment of spondyloarthritis international society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. Ann Rheum Dis, 68 (Suppl. 2) (2009), pp. ii1-ii44
3.U. Weber, R.G.W. Lambert, M. Østergaard, J. Hodler, S.J. Pedersen, W.P.MaksymowychThe diagnostic utility of magnetic resonance imaging in spondylarthritis: an international multicenter evaluation of 187 subjects. Arthritis Rheum, 62 (10) (2010), pp. 3048-3058
4.M. Navallas, J. Ares, B. Beltrán, M.P. Lisbona, J. Maymó, A. SolanoSacroiliitis associated with axial spondyloarthropathy: new concepts and latest trends. Radiographics, 33 (4) (2013), pp. 933-956
5. N. Herregods, J.L. Jaremko, X. Baraliakos, J. Dehoorne, A. Leus, K.Verstraete, et al.Limited role of gadolinium to detect active sacroiliitis on MRI in juvenile spondyloarthritis. Skeletal Radiol, 44 (2015), pp. 1637-1646

SKLERODERMA TANI VE KLİNİĞİNE GÜNCEL YAKLAŞIM

Prof. Dr. Remzi ÇEVİK

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Diyarbakır

Skleroderma kalınlaşmış cilt anlamına gelmektedir. Sistemik skleroz(SSc) ise cilt kalınlaşmasıyla birlikte iç organlarda fibrotik ve vasküler komplikasyonlara neden olan sistemik bir hastalık varlığını ifade etmektedir. Temel patoloji olarak vasküler endotelden başlayan hastalık; T ve B lenfositlerin aktive olmasıyla sitokin ve otoantikor sentezi ile birlikte fibroblastların miyofibroblastlara dönüşmesi, ekstrasellüler matriks sentezinde artış ve bunun depozisyonu ile fibrotik tablo ortaya çıkmaktadır. Bu durum bir kısır döngü oluşturarak hastalık progresse olabilmektedir. Dört major alt tipi vardır: diffüz kütanöz SSc, sınırlı kütanöz SSc, sine SSc ve overlop (çakışma) sendromu. Klinik olarak hastalık genellikle Raynaud fenomeni(RF) ile başlamaktadır. Daha sonra ciltte ödem, kalınlaşma, sertleşme, kaşıntı, kalsinoz ve telenjiektazi gibi karekteristik bulgular el ve yüzde ortaya çıkmaktadır. Gastrointestinal sistem tutulumu sıktır. En fazla distal özafagus tutulmakta; özafagial dismotilite, disfaji, reflü özafajit, darlık ve ülserler hastanın beslenmesini ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastalık seyrinde sıklıkla tutulan ve hastalığın en önemli morbidite ve mortalite nedeni akciğerlerdir. Daha çok diffüz kütanöz SSc'a eşlik eden interstisyel akciğer hastalığı ve daha çok sınırlı kütanöz SSc'a eşlik eden pulmoner arter hipertansiyonu en sık karşılaşılan akciğer tablolarıdır. Kardiak olarak daha çok ileti anomalileri, miyokardit, semptomatik perikardit, kalp yetmezliği, ekstrasistoller ve ekokardigrafik ventriküler fonksiyon bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Böbrekler de ise, ılımlı renal hastalık ve acil yaklaşım gerektiren ve bugün ACE inhibitörlerinin kullanılmasıyla daha az sorun teşkil eden renal kriz ana tutulum tablolarıdır. Erken tanı ve fırsat penceresinin olup olmadığı son yıllarda ilgi çeken bir konudur. Erken tanıya yönelik daha hastalığın en önemli morbidite ve mortalite nedenleri olan pulmoner hastalık ortaya çıkmadan Raynaud fenomeni, el parmaklarında şişlik veya serolojik bulguların varlığı döneminde hastalığın tanımlanması ve hastalık modifiye edici ilaçlar(DMARD)'ın başlanmasının küratif veya en azından hastalık gelişimini ve organ hasarı oluşmasını önleyebileceği düşünülmektedir. Daha önce 1980 ACR (Amerika Romatoloji Cemiyeti) kriterleri tanı için kullanılırken, 2013 yılında ACR/EULAR (Avrupa Romatizma Birliği) yeni sınıflama kriterleri yayınlanmış ve tanı için skorlama sistemi geliştirilerek 9 ve üzeri skor alınması tanı için yeterli kabul edilmiştir. Bu kriterlerde daha önceki kriterlerde de olduğu gibi tek başına metakarpofalangeal eklemin proksimaline yayılan cilt sertleşmesi (proksimal skleroderma) varlığı tanı için yeterli kabul edilmiştir. Parmaklarda kalınlaşma ve şişlik, parmak ucu lezyonu, telenjiektazi, anormal tırnak yatağı kapillaroskopisi, pulmoner hastalık, RF, SSc ilişkili otoantikorlar tanı için sınıflama kriterlerinde yer alan diğer başlıklardır.
2013 ACR/EULAR skleroderma sınıflama kriterleri Tablo-1'de sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Denton CP, Khanna D. Systemic sclerosis. Lancet 2017;390: 1685-99.
2. Randone SB & Cerinic MM. Very Early Systemic Sclerosis and Pre-systemic Sclerosis:Definition, Recognition, Clinical Relevance and Future Directions. Curr Rheumatol Rep 2017; 19: 65
3. van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2013; **65:** 2737–47.
4. Denton1 CP, Wells AU ve Coghlan JG. Major lung complications of systemic sclerosis. Nat Rev Rheumatol. 2018;14(9):511-527

Tablo-1. 2013 ACR/EULAR skleroderma sınıflama kriterleri

Başlık	**Alt başlık**	**Skor**
Her iki elde parmaklar ve MKF eklemlerin proksimalinde deri kalınlaşması **(yeterli kriter)**		9
Parmaklarda deri kalınlaşması Parmaklarda şişlik (sadece yüksek skor alınır)	Parmaklarda şişlik	2
	Sklerodaktili	4
Parmak ucu lezyon (sadece yüksek skor alınır)	Dijital ülser	2
	parmak ucu çukur skar	3
Telenjiektazi		2
Anormal tırnak yatağı kapillerleri		2
PAH ve/veya İnt AC hastalığı (maksimum skor 2)	PAH	2
	İnt AC hastalığı	2
Raynaud Fenomeni		3
SS ilişkili oto-Ab (maksimum skor 3)	Antisentromer	3
	Antitopoizomeraz I	
	Anti-RNA polimeraz III	
	Total skor	

SİSTEMİK SKLEROZDA AKCİĞER TUTULUMU VE PULMONER HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Prof. Dr. Nurdan KÖTEVOĞLU

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Sistemik skleroz (SS) klinik görünümünün heterojen olması, hastalık seyrinin kestirilmesinin güçlüğü, halen etkin bir tedavisinin olmaması ile zor hastalıklar sınıfındadır. Geçmişte böbrek tutulumu ve sonuçta renal kriz ile hasta kaybedilirken son yıllarda interstisyel akciğer hastalığı (IAH) ve pulmoner arteryel hipertansiyon (PAH) mortalite nedenleri olarak ön planda yer almaktadırlar (1).
Hem limite hem de diffüz SS da akciğer tutulumu olabilir. Sinsi seyirli olması ve her zaman semptom vermemesi nedeniyle tanı geç dönemde konabilir. Akciğer fonksiyon testleri tanı için anahtar test olarak görülmelidir. Zorlu vital kapasitenin (FVC) ise klinik çalışmalarda sonuç ölçümü olarak alınması uzman görüşü olarak belirtilmektedir (2).
Akciğer fonksiyon testlerinin seri olarak ölçümlerinde ve %50-70 azalma olması IAH belirtisi olmasının yanı sıra 5 yıl içinde mortalitenin de göstergesidir (3).
Solunum fonksiyon testlerinde bozukluk olan veya semptomları olan hastalar yüksek çözünürlüklü tomografi (HRCT) ile değerlendirilirler. Toplam akciğer hacminin %20 sinden fazla tutulum veya %10-20 tutulum ile birlikte FVC nin %70 olması artmış mortalite ile birliktedir (4).
Tedavide siklofosfamid, azothiopurin, rituximab, tocilizumab, abatacept, tirozin kinaz inhibitörleri, antifibrotik ajanlar (perfinidone ve nintedanib), kök hücre transplantasyonu, sınırlı sayıda hastada akciğer transplantasyonu gibi değişik tedaviler kullanılmaktadır.PAH için endotelin reseptör antagonistleri, fosfodiesteraz inhibitörleri, prostasiklin analogları denenen tedavilerdir (5). Bu tedavilerin daha geniş hasta gruplarında izlenmesine ihtiyaç vardır. Kombinasyon tedavileri ile hastalığın değişik basamaklarının hedeflenmesi gelecekte daha başarılı tedavi yaklaşımı olabilir.

Kaynak:

1-Hoffmann-Vold AM, Molberg O, Midtvedt O, Garen T, GranJT. Survival and causes of death in an unselected and complete cohort of Norwegian patients with systemic sclerosis. J Rheumatol2013;40:1127–33.
2-Saketkoo LA, Mittoo S, Huscher D, Khanna D, Dellaripa PF,Distler O, et al. Connective tissue disease related interstitiallung diseases and idiopathic pulmonary fibrosis: provisional coresets of domains and instruments for use in clinical trials. Thorax2014;69:428–36.
3-Plastiras SC, Karadimitrakis SP, Ziakas PD, VlachoyiannopoulosPG, Moutsopoulos HM, Tzelepis GE. Scleroderma lung: initial forced vital capacity as predictor of pulmonary function decline.Arthritis Rheum 2006;55:598–602.
4-Moore OA, Goh N, Corte T, Rouse H, Hennessy O, ThakkarV, et al. Extent of disease on high-resolution computed tomography lung is a predictor of decline and mortality in systemic sclerosis-related interstitial lung disease. Rheumatology (Oxford) 2013;52:155–60.
5- Mouthon I, Berezne A, Guillevin L , Valeyre D.Therapeutic options for systemic sclerosis related interstitial lung diseases. Respiratory Medicine (2010) 104:59-69.

ENFEKSİYÖZ ARTRİTLER: KLİNİK, LABORATUVAR VE TANI

Prof. Dr. İlknur AKTAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Enfeksiyöz artritler (EA), tek veya birden fazla eklemin; bakteri, virus, mantar, mikobakteri ve parazit gibi mikroorganizmalarla oluşan akutveya kronik infeksiyonudur. Tanıda ve tedavide gecikme, ciddi morbidite ve mortalite nedenidir.

Yeni doğan, yaşlılar, altta yatan hastalığı olanlar (DM, KC hast, böbrek vs), immunsuprese hastalar ve kortikosteroid kullananlar, aralıklı veya sürekli intravenöz katater uygulananlar, eklem cerrahisi geçirenler, cilt ve yumuşak doku enfeksiyonu ve eklem hastalığı olanlar (RA, gut, pseudo gut, OA, lupus, travma) risk grubunu oluşturur.

Antibiyoterapi ile tedavi edilebilen stafilokokkus aureus (SA) ve diğer gram pozitif organizmalar en sık görülen EA nedeni olmakla beraber son yıllarda β-laktam dirençli streptokokkus pnömoni, seftriakson dirençli gonokok , metisillin dirençli SA gibi suşlar görülebilmektedir. Ayrıca streptokokkus suis, kingella kingae, fugobacterium nekrophorum, clostridium cadaveris patrojenleri patojenleri de de EA nedenleri arasında görebilmekteyiz. Haemophilus influenzae, aşılamaya bağlı olarak sıklığı azalmakla beraber özellikle çocukluk yaş gruplarında önemli EA nedenidir.

Enfeksiyon etkeni hematojen yolla, lokal bir penetran yaradan, iatrojenik olarak veya komşu dokudaki enfeksiyondan gelebilir.

Genellikle mono artiküler daha nadiren poliartiküler tutulum gözlenir. Diz, kalça eklemleri en sık tutulum gösteren eklemlerdir. Daha nadiren omuz, dirsek ve ayak bileği tutulabilir. tutulur.

Tanıda; eritrosit sedimantasyon hızı, CRP ve lökosit sayısında yükselme enflamasyonu desteklemekle birlikte, tanısal özellik taşımaz. Serum prokalsitonin miktarı, ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Ancak hematojen EA'da pozitifliği anlamlıdır.

Direk radyografik görüntülemede, eklem kapsülünde gerilme, eklem çevresi yumuşak doku ve kas içi hava bulgusu ağır nekrotik bir enfeksiyonun radyolojik bulguları olabilmektedir. İleri döneminde eklem yüzlerinde bozulma, eklem aralığında daralma gözlenir. Bilgisayarlı tomografi; erozyonları ve sklerozu ve yapısal hasarı belirleme açısından direkt grafiden daha iyidir. Manyetik rezonans görüntüleme; eklem efüzyonu, sinovit, eklem içi yapılardaki hasar ve patolojik sinyalin görüntülenmesi açısından önemlidir. Tanısal ultrason, eklem içi efüzyon ve sinoviti değerlendirme açısından önemlidir. Ayrıca ultrason rehberliğinde sinoviyal sıvı konforlu bir şekilde alınabilir. Tanının en önemli aşaması sinovial sıvı analizidir. Herhangi şiş bir eklem öncelikle aspire edilmeli gram boyama ve kültüre gönderilmelidir. EA'da gram boyaması vakaların % 50-75'inde pozitiftir, hücre sayımı 50.000-100.000 civarındadır, genellikle nötrofil hakimiyeti vardır. Sinoviyal sıvıdan polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi yapılmalıdır. PCR etken organizma hakkında kısa sürede bilgi verebilir. Sinoviyal glikoz ve protein düzeyleri değişken olabilir. Laktat dehidrogenaz düzeylerinin 250 Ul/L altında olması EA yönünden anlamlıdır. İntraselüler kristaller yönünden inceleme yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda gut ve pseudogut mutlaka göz önünde bulundulmalıdır.

Kültür ve antibiyogram sonuçlarına göre antiyotik tedavisi başlanır. Ampirik tedavi başlanmak istenirse gram boyama, olgunun yaşı, komorbiditeleri, patojenin coğrafik dağılımı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Singh N, Vogelgesang SA, MonoarticularArthritis, MedClin North Am, 2017; 101(3): 607-613.
2. Genes N, ChisolmStraker M, Monoarticulararthritisupdate: Currentevidencefordiagnosisandtreatment intheemergencydepartment, EmergMedPract, 2012;14(5): 1-19.
3. Miller A, Abduljabbar F, Jarzem P.PolyarticularSepticArthritis in an ImmunocompetentAdult: A Case Report andReview of theLiterature. Case RepOrthop. 2015; 602137. doi: 10.1155/2015/602137.
4. Rando MM, De Matteis G, Gessi M et al.TuberculousArthritis of theAnkle.Eur J Case RepInternMed. 2018 Jun 26;5(6):000870.

ROMATOİD ARTRİT TAKLİTLERİ: GÖRÜNÜŞ ALDATICI OLDUĞUNDA

Prof. Dr. Akın ERDAL

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

Romatoid Artrit (RA), etiyolojisi bilinmeyen simetrik,inflamatuvar bir perirerik poliartrittir.
Ayırıcı tanıda çeşitli klinik durumların RA'yı taklit edebileceği düşünülüp ona göre davranılmalıdır. Bu durumlar şunlardır:

VİRAL POLİARTRİTLER: Rubella , parvovirus B19 VE hepatit B virüsü (HBV) RA'yı andıracak şekilde akut poliartrite yol açabilir Ancak genellikle tablo birkaç günle birkaç hafta arasında olacak şekilde kısa sürelidir ve nadiren altı haftayı geçer.
Hepatit C virüsü (HCV) bazı hastalarda poliartrite veya oligoartrite yol açabilir ancak daha çok artraljiler ön plandadır; anti-siklik sitrülinize peptid (CCP) antikorları genellikle negatiftir.
Sivrisinek kaynaklı bir RNA virüs olan alfa virüsler de epidemik bir poliartrit/ poliartraljiye yol açabilir.
Hemen her hastada eklem semptomlarına yol açar.İnkübasyon süresi birkaç gün ile üç hafta arası değişebilir.Tipik triad; ateş, artrit ve döküntüdür
-Chikungunya, bu alfa virüslerinden birisidir. Persisten hastaların kliniği seronegatif RA'yı taklit eder ve hatta 2010 kriterlerini karşılar. Başlangıçtaki ateş , döküntü ve endemik bölge seyahati hikayesini gözden kaçırmamak lazımdır. Serolojik testler yardımcı olabilir.
Poliartralji ateşin başlamasından 2-5 gün sonra sonra başlar ve genellikle çok sayıda eklemde; simetrik ve bilateraldir.
Eller % 50-76
El bilekleri % 29-81
Ayak bilekleri % 41-68
Aksiyel iskelet %34-52 tutulur.
Cilt tutulumu %40-75 .En sık maküler veya makülopapüler rash
Fizik muayene;
%32-95 periartiküler ödem ve şişlik
%15 büyük eklemlerde tutulum
Akut hastalık süresi 7-10 gündür.
Bazı hastalarda akut hastalıktan sonra aylar içerisinde artrit/artralji, el ve ayak parmaklarının ödematöz poliartriti , sabah tutkluğu ve ağrı,ciddi tenosinovitler(özellikle el ve ayak bileklerinde ve ellerde)
Hastalarda kronik inflamatuvar bir poliartrit gelişebilir.
Tanıda chikungunya viral RNA tespiti veya virus serolojisi önemlidir.
-İnsan T-lenfotropik Virus (HTLV-I) enfeksiyonlarında büyük eklem tutulumları söz konusu olabilir.
Düşük titrede RF pozitifliği ve akut faz yanıtı eşlik edebilir. Spesifik antiviral antikorların tespiti ve artritin genellikle sınırlayıcı tarzda olması ile ayırıcı tanıya gidilebilir.

SİSTEMİK ROMATİZMAL HASTALIKLAR
Erken RA'yı sistemik lupus ertematozusdan (SLE), Sjögren sendromundan ,dermatomiyozitten ve miks konnektif doku hastalıkları gibi overlap sendromlarından ayırt etmek güç olabilir. Ancak bu hastalıklarda çeşitli döküntüler,kuru ağız ,miyozit veya nefrit gibi çeşitli sistemik özelliklerin ve spesifik otoantikorların varlığı unutulmamalıdır.
Yine akut faz reaktanları klinik aktivite ilişkisi örneğin SLE 'de RA kadar belirgin değildir.
SLE'de CRP düzeyleri genellikle normal veya hafif yüksek iken sedimentasyon hızı artmıştır.
Seyrek olarak RA'da gözlenenlere benzer nodüller SLE'de görülebilir
Overlap sendromları içerisinde özellikle anti-tRNA sentetaz ve anti-U1 RNP antikorlarının eşlik ettiği bir eroziv artrit tanımlanmıştır.
Jaccoud artropatisi, periartiküler yapıların gevşemesi ve uzamasına bağlı gelişen ulnar deviasyon ve kuğu boynu deformitesi görünümleri RA'yı taklit edebilir ancak bunlar düzeltilebilir durumdadır. RA'da gördüğümüz kıkırdak yıkımı , erozyonlar ve kistler gözlenmez.

PALİNDROMİK ROMATİZMA: Palindromik romatizma bir veya birkaç eklemi saatler- günler içerisinde eklem enflamasyon epizodları şeklinde etkileyip daha sonra günler hatta aylarca semptomun olmadığı bir tablodur.
Bazılarında özellikle anti-CCP pozitif hastalarda zamanla RA gelişebilir.

HİPERMOBİLİTE SENDROMU VE FİBROMYALJİ
Katılık veya şişlikten çok ağrı ana semptomdur
Hipermobilite sendromunda aşırı esnek eklemler söz konusudur ve sinovit bulgusu yoktur.
Fibromiyaljide hassas noktaların varlığı,yaygın ağrı hikayesi,vardır.eklemlerde hassasiyet olsa da sinovit (enflamasyon) bulgusu yoktur.Seroloji normaldir

REAKTİF ARTRİT VE İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI
Özellikle diz tutulumu RA'ya benzerdir. El tutulumu ise daha çok asimetriktir ve tenosinovit, entezis ve yumuşak doku tutulumu ile sosis parmak görüntüsü verebilir.
İnflamatuvar barsak hastalığında özellikle MKF eklemlerini tutan bir artrit açısında RA ile karışabilir ancak daha çok büyük eklemleri ve sakroiliak eklemi tutar

LYME ARTRİTİ: Geç bir bulgusu olarak özellikle diz olmak üzere birkaç büyük eklemde intermitten veya ısrarlı artrit tablosu gelişebilir.Gezici artraljiler ön plandadır
Eldeki küçük eklemlerin veya ayak tutulumu nadirdir.

PSÖRİATİK ARTRİT: Simetrik tutulum kafa karıştırıcıdır
Psöriatik artrit tanısını genellikle CCP ve RF negatif olan psöriyazisli hastalarda koymaktayız
Simetrik poliartriti olup CCP veya RF pozitif olan hastalarda ise RA tanısı konulur, çünkü cilt psöriyazisi yaygın görülen bir durumdur
Cilt bulgusu olan seronegatif hastalarda ise tırnak değişiklikleri veya entezit gibi psöriatik artritin tipik bulguları araştırılmalıdır. Bazı hastalarda tek ipucu ailede psöriyazis öyküsü olabilir

KRİSTAL ARTRİTLER: Kristal artropatiler bazen kronik poliartiküler tarzda olabilir .Sinovyal sıvıda ürat veya kalsiyum pirofosfat kristallerini varlığı ile tanı konur
Tofüslerin varlığı,tipik gut erozyonları ayırıcı tanıda destekler

ENFEKSİYÖZ ARTRİTLER: Genellikle mono artiküler, poliartiküler de olabilir
Sinovyal sıvı veya kanda etkenin izolasyonu ve lökositoz (sola kayma) anlamlıdır.

OSTEOARTRİT
Orta ve ileri yaş küçük eklem tutulumu açısından RA'yı taklit edebilir
Ancak (DİF) eklem tutulumu, Heberden nodülleri ve baş parmak karpometekarpal eklem tutulumu gibi özellikler ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır
Osteoartritteki şişlik ,sert ve kemiksi iken RA'da yumuşak, sıcak ve hassas eklemler söz konusudur.
Eklem katılığı OA'de daha az ve kısa sürelidir.

PARANEOPLASTİK HASTALIK
Malignensilerde eklem ağrısı veya poliartrit eşlik edebilir
Hipertrofik osteoartropati: en sık sebep akciğer kanserleridir.parmaklarda çomaklaşma,eklem ağrısı,periostal yeni kemik oluşumu söz konusudur.Kemik ağrısı hikayesi,gece ağrıları veeklem efüzyonu olabilir.
Myelodisplazi :İnflamatuvar bir poliartrit gelişebilir hastaların çoğunda seroloji negatiftir.
Artritin gerilemesine rağmen süren anemi ve sitopeniler ve yüksek akut faz rektanları varlığında miyelodisplaziden şüphelenmek gerekir

SARKOİD ARTROPATİSİ
Sarkoidozdaki kronik artropati kronik bir oligoartiküler tarzda veya poliartiküler tablo ile gelebilir.
Parankimal pulmoner hastalığın yanında en sık ayak bileklerini,elleri,dizleri,el bileğini MKF ve PİF eklemlerini etkiler.
-Yükselmiş Anjiotensin konverting enzim (ACE) seviyeleri(%50 vakada)
- Akciğer grafisindeki karakteristik sarkoidoz bulguları
ve RA'da gözlenmeyen Lofgren sendromundaki akut artrtit tablosu yardımcı olabilir.

Kaynaklar:

1. Smith CA, Petty RE, Tingle AJ. Rubella virus and arthritis. Rheum Dis Clin North Am 1987; 13:265.
2. Simon F, Parola P, Grandadam M, et al. Chikungunya infection: an emerging rheumatism among travelers returned from Indian Ocean islands. Report of 47 cases. Medicine (Baltimore) 2007; 86:123.
3. Cronin ME. Musculoskeletal manifestations of systemic lupus erythematosus. Rheum Dis Clin North Am 1988; 14:99.
4. Rheumatology 7th edition, by Marc C. Hochberg, Ellen M. Gravallese, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, and Michael H. Weisman
5. Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology,

AXİAL SPA PATOGENEZİ

Haşim ÇAKIRBAY

S pondiloartrit kavramı başta Ankilozan Spondilit olmak üzere psorıatik artrit,Reaktif artrit, Enflematuar barsak hastalığı,Undifere spondiloartrit vs hastalıkları ifade eder.Axial ve periferik olarak,radyolojik ve non radyolojik olarak ayrılabilir

Son zamanlarda genetik alanda yapılan bir çok çalışma GAVAS (genom-wide-assosiate-stadies)SpA Etyopatoneze ışık tutmuştur

Genetik olarak yapılan birçok çalışmaya rağmen HLA-B27 hastalık etyopatogenezinin merkezinde yer almaya devam ediyor

HLAB27 nin hastalığın sadece % 20-30 dan sorumlu tutulması HLA-B27 dışında non HLA-B27 genleri, HLA-B27 alt tipleri ve cevresel faktörlerin rolünü düşündürmektedir.En yaygın tip HLA-B27:05 dir.Son zamanlarda HLA-B27 den sonra AS patogenezi ilgi en önemli genin ERAP1-ERAP2 olduğu gösterilmiştir. Bu aminopeptitazlar endoplazmik retikulumda peptidlerin uygun uzunluğa taşınmasından sorumlu Ancak ERAP1 nin SpA daki gerçek önemi halen tam anlaşılamamıştır

ERAP1hastalığın % 26-30 sorumlu olduğu ayrıca HLA-B27 VE ERAP1 birlikte AS riskini %50-70 taşıdığı ifade edilmektedir.TNF başta olmak üzere SpA patogenezinde interlokinler önemli bir yere sahip.Özelikle IL-23/IL17 aksındaki bozulmanın SpA hastalığının patogenezine katkıda bulunduğu gösterilmiştir.Enflematuar Bağırsak Hastalığının SpA patogenezindeki önemi gün geçtikce artmaktadır.SpA hastalarının bağırsak mukozalarındaki lezyonlar 1980 yılarında tesbit edilmiştir. Bağırsak gecirgenliğinin artması patolojik sürece katkıda bulunur.

Öztle söylemek gerekirse SpA: HLA-B27 hastalık patogenezinin merkezinde olmak kaydı ile non-HLA -B27 genlerinin yatkınlığı ve bazı cevresel faktörlerinde tetiklediği halen bilinmiyen alanlarının olduğu bir hastalıktır

Kaynaklar:

1:David T.Yu.Pathogenesis of spondyloartritis jan,21,2019

2:Anoek de Koning,Eur j clin invest 20 11,2018

3:Gholamreza Daryabor,İmmünopatogenezis of Ankylosing Spondylitis:An Updated review:Acta med iran2018

AKSİYEL SPONDİLOARTRİTTE PROGNOZ VE BELİRLEYİCİLERİ

Prof. Dr. Murat BİRTANE

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne

Aksiyel Spondiloartrit (SPA), hastalığın aktivitesi ile ağrıya ve fonksiyon kaybına yol açar. Hastalığın ileri dönemlerinde oluşan sindezmofitlerle gelişen spinal hareket kısıtlılığı da fonksiyon kaybını daha da derinleştirir ve geri dönüşümsüz hale getirir. Aksiyel SPA bilindiği gibi bulguların MRI'da saptanan akut inflamasyon bulguları ile sınırlı kaldığı durumda non radyografik aksiyel SPA, radyografik bulguların sakroiliak eklemede ve omurgada görüldüğü zaman da ankilozan spondilit (AS) olarak adlandırılır.
Bu tasnifin henüz gündeme gelmediği yıllarda yapılan çalışmalarda kötü prognoz olarak hastaların % 20-30'unda oluşan ileri spinal kısıtlanma bir sondurum ölçütü olarak değerlendirilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda sindezmofit gelişiminin yavaş seyretmesi çok uzun soluklu prospektif çalışmalara ihtiyaç duyursa da bu çalışmalar, inflamatuvar kronik bel ağrısı'nın aksiyel SPA'ya dönüşümünü gösteren ve non radyografi SPA'dan AS'ye geçişi bize tahmin ettiren belirleyicileri bize sunmuştur. Ayrıca komplikasyonarın gelişimi ve mortaliteyi gösteren belirleyiciler de araştırılmıştır.
Kronik inflamatuvar bel ağrısının ne kadarının SPA'ya dönüştüğünü araştıran yeni çalışmalardan birinde Wang ve ark. ABD de ınflamatuvar bel ağrısı sıklığının%5-6 civarında olduğunu buna karşılık da aksiyel SPA sıklığının ise %0.4 ile 1.3 arasında olduğunu belirtmişlerdir Sonuçta her inflamatuvar bel ağrısı olgusunun SPA'ya evrilmediğini indirekt olarak belirterek bu oranın kendi uzun soluklu çalışmalarında %31 olduğunu rapor etmişlerdir. Aile hikayesi olan, üveit saptanan erkek olguların daha sıklıkla SPA'ya aday olduklarını göstermişlerdir (1).
Braun ve ark, 2002 yılında AS'de prognoza ilişkin yazdıkları kapsamlı derlemede, AS'nin 5-7 yıl gecikme ile tanındığını, ciddi hastalığın hastaların 1/3'ünde geliştiğini, hasar ve fonksiyon kaybının çoğunun ilk 10 yılda geliştiğini, ilk 10 yılda kalça tutulumu yoksa hastalığın ilerlemeyeceğini, kalça tutulumunun %25 hastada görüldüğünü ve servikal tutulumun önemli bir göstergesi olduğunu belirtmişlerdir. Bir Fransız çalışmasını referans göstererek kalça tutulumu, AFR yüksekliği, erken spinal limitasyon, uveit, 16 yaşdan önce başlangıç, NSAID'e kötü cevap ve oligoartrit varlığı gibi parametrelerin kötü prognoz belirleyicisi olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hastalık etkisinin genetik olarak da belirlendiğine vurgu yapmışlardır (2).

2009' dan sonra ASAS SPA kriterlerinin belirlenmesi ile birlikte, yapılan çalışmalarda non radyografik SPA-AS geçişi de hastalığın ilerlemesinin bir göstergesi olarak kullanılmıştır. Non radyografik SPA tarafındaki hastalar daha fazla kadın oranı içerir, HLA B27 pozitifliği oranı düşüktür, daha az CRP yüksekliği sergiler ancak AS'ye göre hastalık yükü hiç de hafif değildir ve benzer tedavi ajanlarına ihtiyaç gösterir. Yine de AS tarafındaki gözlenen bu farklar hangi özellikleri taşıyan kişilerin AS'ye evrilme olasılığının daha fazla olduğunu indirekt olarak bize gösterir. Poddubnyy ve ark'ın bu geçişi bize tahmin ettiren belirleyicileri araştırdığı çalışmalar, başlangıçta sindezmofit varlığına, CRP yüksekliğine ve doza bağlı sigara içiciliğine dikkat çekmiştir (3). Başka çalışmalar da ek olarak MRI daki şiddetli inflamasyon, erkek olmak, HLA B27 pozitifliği ve düşük evre sakroiliit faktörlerini belirleyici olarak öne sürmüşlerdir.

Son yıllarda radyografik progresyon belirleyici olarak araştırılan birçok biyokimyasal serolojik markır'dan calprotectin, vasküler endokrin growth faktör ve leptin ön plana çıkmıştır. Ayrıca birçok kıkırdak ve kemik metabolizma belirleyicilerinin de araştırıldığı bu alanda henüz çok net sonuçlar elde edilememiştir(4).

Tabiidir ki tedaviye iyi yanıt vermek iyi, vermemek de kötü prognoz göstergeleridir. Aksiyel SPA'da anti TNF tedaviye yanıt alacağımızı hissettiren göstergeler genç yaş, kısa hastalık süresi, erkek olmak, HLA B27 pozitifliği, düşük BASFI, artmış CRP, aksiyel semptom dominansisi ve anti TNF naif hasta olmaktır. NSAID'e yanıtsızlık burada biyolojik ajan kullanmayı gerektirir. Bu ajanlardan sürekli NSAID ile radyografik progresyonun az da olsa durdurulabildiğine dair kanıtlar vardır, biyolojik ajanların bu konudaki etkinliğine dair de iyi işaretler veren çalışmalar mevcuttur.

SPA'nın beklenen yaşam süresini kısalttığı konusu tartışmalıdır. Farklı görüşleri olan çalışmalar vardır. SPA'da en önemli ölüm nedenleri öncelikle kardiyovasküler, sonra da spinal hastalık, renal hastalık, gastrointestinal hastalık ve ilginç olarak alkol travma ya da intihardır. Mortalite belirleyicileri düşük eğitim seviyesi, komorbidite varlığı ve önceki kalça protez operasyon hikayesidir (5).

Kötü psikolojik durum belirleyicileri ise yüksek BASDAI ve BASFI, egzersiz yokluğu, stres, düşük gelir ve genç yaştır (6).

Bu prognoz belirleyicileri kısıtlanmaya, sosyal sıkıntılara, erken ölüme aday olan ya da olmayan hastaları ayırt ederek yetersiz ya da aşırı tedavi etmemizi dengeleyerek önemli görev görürler.

Kaynaklar:

1. Wang R et al. Clinical Evolution in Patients With New-Onset Inflammatory Back Pain Arthritis Rheum70 (7) 2018; 1049–55.

2. Braun J, Pincus T. Mortality, course of disease and prognosis of patients with ankylosing spondylitis Clin Exp Rheumatol 2002; 20 (Suppl. 28):*S16-S22.*

3. Poddubnyy D et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels, and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondylarthritis. Arthritis Rheum. 2012 May;64(5):1388-98

4. Reveille JD. Biomarkers for diagnosis, monitoring of progression, and treatment responses in ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis. Clin Rheumatol. 2015 ; 34(6): 1009–18.

5. Exarchou S et al. Mortality in ankylosing spondylitis: results from a nationwide population-based study. Ann Rheum Dis. 2016 Aug;75(8):1466-72.

6. Redeker I et al. Determinants of psychological well-being in axial spondyloarthritis: an analysis based on linked claims and patient-reported survey data. Ann Rheum Dis 2018;77:1017–24.

ROMATOİD ARTRİTTE PULMONER VE KARDİYOVASKÜLER TUTULUMLAR

Doç. Dr. Gamze KILIÇ

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Romatoid artrit (RA), sinovyal eklemlerin progresif hasarı ile karakterize kronik seyirli, etiyolojisi bilinmeyen, sistemik inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır. RA'lı hastaların yaklaşık %40'ında hastalık süresince farklı organ veya sistemlerin tutulumu ile ilişkili, ekstra-artiküler bulgular ortaya çıkmaktadır. Ekstra-artiküler bulguların gelişimi için potansiyel risk faktörleri; erkek cinsiyet, ileri yaş, sigara, şiddetli artrit, subkutan nodüllerin varlığı, yüksek titrede RF ya da anti-CCP ve HLA-DR4 pozitifliğidir. Bu ekstra-artiküler bulgular içerisinde pulmoner ve kardiyovasküler tutulum, RA hastalarında önemli morbitide ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. RA'lı hastalarda pulmoner bulgular; parankimal tutulum (interstisyel akciğer hastalığı (İAH), difüz alveolar hasar, intertsisiyel pnömoni), plevral kompliksyonlar (plörit, plevral efüzyon, pnömotoraks, vb.), üst ve alt hava yolu hastalıkları (krikoaritenoid artrit, bronşit, bronjektazi, obliteratif bronşiyolit, vb.), pulmoner nodüller, pulmoner hipertansiyon, pulmoner vaskülit, enfeksiyon, tromboembolik hastalıklar, malignite ve ilaçla ilişkili pulmoner toksite olarak sınıflandırılabilir. RA'da en sık görülen pulmoner tutulum İAH'dır. RA-İAH, genetik zeminde çevresel faktörlerin etkileşimi ile otoimmünite, enflamasyon, epitelyal/ endotel hücre hasarı, düzensiz anjiyogenez, anormal fibroblast farklılaşması ve aktivasyonunun yol açtığı intertisyel fibrozis ile karakterize kompleks bir süreçtir. Klinik bulguları, hastalık spektrumu ve patogenezi, idiypatik pulmoner fibrozise benzer.
Geleneksel risk faktörlerinden bağımsız olarak kardiyovasküler hastalık (KVH) gelişme riski genel popülasyona göre %48, mortalite ise %60 artmıştır. Erken RA döneminden başlayarak akut faz reaktanlarının yüksekliği ateroskleroz gelişimi ile ilişkilidir. Kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılması için RA hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması gerekmektedir. RA'lı hastalarda sık karşılaşılan kardiyovasküler bulgular perikardit (en sık), miyokard infarktüsü, endotel disfonksiyonu, sublklinik ateroskleroz, iletim defektleri, kapak hastalıkları ve kalp yetmezliğidir.

Kaynaklar:
Romano S, et al. Current Rheumatology Reports 2018
Spagnolo P, et al. Arthritis Rheumatol. 2018
O'Dwyer DN et al. Eur J Intern Med. 2013

SEMPATİK HİPERAKTİVİTENİN AĞRI VE ENFLAMASYONDAKİ YERİ

Doç. Dr. Fatma Gülçin URAL

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Sinir siteminin vücudun iç organlarla ilgili işlevlerini denetleyen kısmına otonom sinir sistemi (OSS) denir. OSS sempatik ve parasempatik sistemden oluşmaktadır.
Sempatik sinirler, T1 ve L2/L3 segmentleri arasından köken alır ve buradan ilk önce sempatik zincire ve daha sonra sempatik sinirler tarafından uyarılan doku ve organlara geçer. Sempatik sinirler nörojenik enflamasyonun ve ağrı iletiminin (nosisepsiyonun) düzenlenmesinde rol oynamaktadır. Ağrıya yol açan mediatörlerin salgılanması, ağrı yanıtlarının iletilmesi, ağrı yanıtlarına karşılık olarak oluşan refleks arkın oluşması ve enflamatuar yanıtın başlatılma süreçleri OSS' nin sempatik yanıtları vasıtası ile oluşmaktadır.

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan mevcut veya potansiyel doku hasarına bağlı, insanın geçmişindeki deneyimleriyle de bağlantılı duyusal ve hoş olmayan bir duygudur. Sempatik ve parasempatik sistemdeki homeostazın bozulması bedende patolojik uyarılara sebep olmakta ve bu patolojik uyarıların çoğu ağrıya neden olmaktadır. Kronik ağrı;periferik sinir sistemi başta olmak üzere OSS, merkezi sinir sistemi inputlarının etkili olduğu bir ağrıdır ve birçok romatizmal hastalıklarda karşımıza çıkan önemli bir ağrı tipidir.

Nörojenik enflamasyon, mediatörlerin enflamatuar bir reaksiyonu başlatmak için doğrudan kutanöz sinirlerden salındığı fizyolojik bir süreç olup eritem, şişme, sıcaklık artışı, hassasiyet ve ağrı gibi lokal inflamatuar yanıtların üretilmesi ile sonuçlanmaktadır. Nörojenik enflamasyon ve immünolojik enflamasyon eş zamanlı olarak mevcut olsa da, iki durum klinik olarak aynı değildir. Tüm enflamasyon süreçlerinde dolaşım disbalansı bulunmaktadır.
Sempatik sinir sisteminin hiperaktivitesi ve disfonksiyonunda enflamasyon, hipoksi ve ağrı kalıcı hale gelmektedir. Bu nedenle ağrı tedavisinde başarılı olmak için, organların sempatik inervasyonlarının bilinmesinde büyük fayda vardır.

Nöralterapi, lokal anestezik maddeler kullanarak OSS' yi uyarıp, organizmanın regülasyonu yoluyla bozulmuş beden fonksiyonlarının normale döndürülmesini sağlayan bir tedavi yöntemidir. Lokal anesteziklerin anestezi kadar önemli bir diğer etkileri de nörovejetatif etki mekanizmalarıdır. Nöralterapi lokal anesteziklerin etkinliğini sadece lokal ağrılı bölgelere değil, OSS' nin nörovejetatif bağlantılarını kullanarak şikâyete kaynaklık edebilecek uzak bölgelere kadar ulaştırabilmektedir.
Anahtar Sözcük: Ağrı, enflamasyon, nöralterapi, otonom sinir sistemi, sempatik sinir sistemi

Kaynaklar:

1. Tracey KJ. The inflammatory reflex. Nature 2002;420:853-859.
2. Pfister M, Fischer L. Die Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms der oberen Extremität mit wiederholter Lokalanästhesie des Ganglion stellatum. Praxis 2009;98:247-257.
3. Jänig W, Baron R. Pathophysiologie des Schmerzes. In: Fischer L, Peuker E (Hrsg.). Lehrbuch Integrative Schmerztherapie. Stuttgart: Haug; 2011.
4. Straub RH, Wiest R, Strauch UG, Härle P, Schölmerich J. The role of the sympathetic nervous system in intestinal inflammation. Gut 2006;55:1640–1649.
5. Barop, H.: Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Hippokrates, Stuttgart, 1996.

HORMONAL DİSBALANS VE VAGUS ETKİSİNDE ORTAYA ÇIKAN AĞRI VE ENFLAMASYON

Prof. Dr. Yusuf TAMAM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Hormonlar, hücre ve organların çalışma şeklini etkileyen kimyasal "haberciler"dir. Hormonal dengesizlik (Hormonal disbalans), vücuttaki bir veya daha fazla hormonun malfonksiyonu sonucu ortaya çıkar. Hormonal dengesizlik, asemptomatik veya önemsiz olabilir. Bununla birlikte, tiroid bozuklukları, diyabet, akne, obezite veya kısırlık gibi hafif veya şiddetli birçok hastalığın nedeni de olabilir.
Vagus siniri (kranial sinir X), otonom sinir sisteminin parasempatik bölümünün ana siniridir. Vagus siniri kalp hızı, gastrointestinal motilite ve sekresyon, pankreas endokrin-ekzokrin sekresyonu, hepatik glukoz üretimi ve diğer iç organ fonksiyonlarını kontrol ederek metabolik homeostazı düzenler.
Vagus siniri, patojen istilası ve doku yaralanması sırasında doğal immün yanıtları ve inflamasyonu kontrol eden nöral refleks mekanizmasının (enflamatuar refleks) ana bir bileşenidir. Enflamatuar refleks, sitokinler veya patojen türevli ürünler tarafından aktive edilen afferent vagus sinir sinyalinin proinflamatuar sitokin üretimini ve enflamasyonu düzenlemek için fonksiyonel olarak efferent vagus sinir aracılı çıktı ile ilişkili olduğu merkezi entegreli bir fizyolojik mekanizmadır.
Enterik sinir sistemi, primer olarak vagal orijinli nöral krest hücrelerinden kaynaklanır ve tüm gastrointestinal sistem boyunca yemek borusundan anüse kadar uzanan, bağırsak duvarına gömülü bir sinir pleksusundan oluşur.Vagus siniri, beyin bağırsak ekseni olarak da adlandırılan, santral sinir sistemi ve enterik sinir sistemi arasındaki bağlantı, beyin ve gastrointestinal sistem arasındaki çift yönlü bağlantıyı sağlar.
Hormonal denge ve vagus siniri; Fizyolojik homeostazın izlenmesinden ve beynin duygusal ve bilişsel alanlarının bağışıklık aktivasyonu, bağırsak geçirgenliği, enterik refleks ve enteroendokrin sinyallemesi gibi periferal bağırsak fonksiyonlarıyla ilişkilendirilmesinden sorumludur.
Beyin bağırsak ekseni, inflamasyonu kontrol etmek için hayati öneme sahiptir. Hormonal disbalans ve vagus disfonksiyonu pek çok kronik hastalığın oluşmasını kolaylaştıran inflamatuar süreçleri tetikler. Bu durum pek çok semptom ve rahatsızlığın oluşmasıyla sonuçlanacaktır.

Kaynaklar:

1. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut-brain axis: interac-tions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol* (2015) 28:203–9
2. Tracey KJ. Reflex control of immunity. Nat. Rev. Immunol. 2009; 9:418–428.
3. Andersson U, Tracey KJ. Reflex principles of immunological homeostasis. Annu. Rev. Immunol. 2011; 30:313–335. Baccala R, et al. Sensors of the innate immune system: their mode of action. Nat. Rev. Rheumatol.2009; 5:448–456.
4. Breit S, Kupferberg A, Rogler G and Hasler G (2018) Vagus Nerve as Modulator of the Brain–Gut Axis in Psychiatric and Inflammatory Disorders. Front. Psychiatry 9:44.
5. *Demir IE, Schäfer KH, Tieftrunk E, et al. Neural plasticity in the gastrointestinal tract: chronic inflammation, neurotrophic signals, and hypersensitivity. Acta Neuropathol. 2013 Apr;125(4):491-509.*

KRONİK AĞRI VE SİSTEMİK ROMATİZMAL HASTALIKLARDA NÖRALTERAPİ

Prof. Dr. Hüseyin NAZLIKUL

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan mevcut veya potansiyel doku hasarına bağlı, insanın geçmişindeki deneyimlerle de bağlantılı duyusal ve hoş olmayan bir duygudur. Akut ağrı sıklıkla periferik yapıların enflamasyonu ve/veya hasarından kaynaklanmasına karşın, kronik ağrı sadece akut ağrı süresinin uzamış hali değil çoğu zaman merkezi sinir sistemi inputlarının etkili olduğu bir ağrıdır. Kronik ağrı, merkezi ve periferik sinir sistemi sinyallerinin kompleks fizyolojik etkileşimi sonucu bireysel semptomlara neden olan; birçok romatizmal hastalıkta yaygın olarak bulunan ve engelliğe yol açan bir semptomdur.

En sık karşımıza çıkan kronik rahatsızlıklardan biri olan romatizmal hastalıkların değerlendirmesinde kronik ağrının yorgunluk, insomnia, hafıza zayıflığı ve değişken psikolojik durum gibi diğer santral komponenti olan semptomlarla birlikte bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır.Lokalize ağrı ile başvuran bir hastanın, daha geniş bir vücut ağrısı olabileceği ve lokal şikayetlere odaklanan tedavilerin aksine merkezi olarak etkili müdahalelerle daha iyi cevap alınabileceğini bilmek önemlidir.

Kronik ağrı mekanizmalarının iyi anlaşılması romatizmal hastalıklardaki ağrının temel sebeplerini doğru değerlendirmemizi ve hedefe spesifik tedavi programı yapmamızı sağlar.

Kronik ağrının tetiklenmesinde travmaların, latent asidozun, bağ dokusu yüklenmesinin, bozulmuş bağırsak florasının, otonom sinir sistemi (OSS) disfonksiyonunun, enfeksiyonların ve cerrahi müdahalelerin rolü olabilir.
Regülasyon ve ağrı tedavisinde en önemli nokta sempatik afferent ve efferent yanıtlardaki dengesizliği düzenlemektir. Sempatik sinir sistemi nörojenik inflamasyonun ve ağrı iletiminin (nosisepsiyonun) düzenlenmesinde başrolü oynamaktadır. Ağrıya yol açan mediatörlerin salgılanması, ağrı yanıtlarının iletilmesi, ağrı yanıtlarına karşılık olarak oluşan refleks arkın oluşması ve inflamatuar yanıtın başlatılma süreçleri OSS'nin sempatik yanıtları vasıtası ile oluşmaktadır.
Nöralterapi yaklaşımı ile bunun altında yatan patofizyoloji bu bölgenin sinirsel iletimi ile ilgilidir. Sinir sisteminin iç organlarla ilgili işlevlerini yürüten kısmına vejetatif veya otonom sinir sistemi denir. Tüm dolaşım sistemine bakıldığında arter, ven ve lenfatik sistemin sağlıklı olarak çalışabilmesi için sağlıklı bir OSS' ye ihtiyaç vardır; sağlıklı bir OSS ise nöralterapi ile sağlanabilir. Nöralterapi, lokal anestezik maddeler kullanarak OSS'ni uyarıp organizmanın regülasyonu yoluyla bozulmuş beden fonksiyonlarının normale döndürülmesini sağlayan bir tedavi yöntemidir. Nöralterapi lokal anesteziklerin etkinliğini sadece lokal ağrılı bölgelere değil, OSS'nin nörovejetatif bağlantılarını kullanarak şikâyete kaynaklık edebilecek uzak bölgelere kadar ulaştırabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ağrı, Romatizmal Hastalıklar, Otonom Sinir Sistemi, Regülasyon ve Nöralterapi

Kaynaklar:

1. Nazlikul, H: Dissertation (Doktor medicinae) im Rahmen des postgradualen Universitätslehrganges für Ganzheitsmedizin –Regulationsmedizin "Neuraltherapie Naturheilverfahren, Regulationsverfahren und Herdgeschehen" 12.2.2010 Die Medizinische Fakultät Charité.
2. Denise L. Bellinger et: Sympathetic Modulation of Immunity: Relevance to Disease Published in final edited form as: Cell Immunol. 2008 ; 252(1-2): 27–56. .
3. Sandkühler, Textbook of Pain, 6th Edition (2013) 94-110.
4. Tracey KJ. The inflammatory reflex. Nature 2002;420:853-859.

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA FİZİK TEDAVİ MODELİTELERİNİN KULLANIMI

Prof. Dr. Berrin DURMAZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Fiziksel modaliteler kas-iskelet sistemi problemlerinde yüzyıllar boyunca kullanılmıştır. Bu modaliteler fizik enerjinin terapötik ısı, soğuk veya eletroterapi yoluyla kullanılmasıdır. Fizik Tedavi, tek başına ya da diğer tedavi ajanlarıyla beraber kullanılabilecek, ısı, ışık, ses, elektrik akımları, egzersiz vb gibi fizik ajan ve tekniklerin kullanıldığı tedavi yöntemleridir. Terapötik sıcak lokal dolaşımı arttırmak, kas relaksasyonunu sağlamak, sertliği azaltmak amacıyla reçete edilir. Kas gevşemesi hem direk hem de refleks etki ile ortaya çıkmaktadır. Isı iletim yolları; Radyasyon (İnfra-red), Kondüksiyon (sıcak su, sıcak paketler, parafin) ve Konversiyon (kısa dalga diatermi, ultrason) şeklinde olmaktadır. Elektroterapi ile alçak ve orta frekanslı akımların (Galvanik akım, TENS, interferans, iyontoforez) fizyolojik etkilerinden yararlanılır. Ayrıca bir çok farklı fizik ajan (ESWT, Magnetik alan, Traksiyon, Masaj…vb), çeşitli etkileri nedeniyle kullanılmaktadır. Romatizmal hastalıklar başlığı altında bir çok hastalık ve alt grupları söz konusudur. Tedavi seçiminde fizik ajanların fizik ve biyolojik özelliklerinin yanı sıra kullanılacak hastalık doğasının da iyi bilinmesi gerekmektedir. Klasik olarak artrit hastalarının tedavisinde fizik tedavinin amaçları; (1) ağrıyı hafifletmek, (2) hasarı azaltmak, (3) fonksiyonları geliştirmek veya sürdürmek, (4) birincil ve ikincil sakatlığı önlemek ya da en aza indirmek ve (5) hastayı etkin bir öz öz bakım konusunda eğitmektir. Temel olarak ağrıyı kesmek; artritli bir kişinin terapötik egzersiz programına girmesine, daha rahat uymasına, daha fonksiyonel olmasına, gün içerisinde yeterli fiziksel aktivite seviyesine ulaşmasına izin vereceğinden birincil amaç haline gelir. Artritik ağrı yönetimi tedavinin birincil amacı olabilir veya diğer terapötik müdahalelerin sonucu olarak da ortaya çıkabilir. Artrit ağrısında fizik modalite seçiminde iki gerçek göz önünde bulundurulmalıdır: 1-) Ağrının fizyolojik bileşeni kas-iskelet sistemi kaynaklı (kas spazmı, sınırlı hareket, eklem düzensizliği, biyomekanik stres, aktiviteye bağlı yaralanma) ve hastalığın kendisinden (metabolitleri, immün eksüdayları, efüzyonunu) olabilir. 2-) Fiziksel modalitelerle kas-iskelet sistemi kaynaklı ağrının rahatlaması, ağrının kaynağını değiştiren uygun bir egzersiz şekli reçete edilmedikçe kısa süreli olacaktır.

Kaynaklar:

1. Li LC, Maetzel A, Pencharz JN, Maguire L, Bombardier C. Use of Mainstream Nonpharmacologic Treatment by Patients With Arthritis. Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)Vol. 51, No. 2, April 15, 2004, pp 203–209. DOI 10.1002/art.20244
2. Sánchez L, Richardson J, MacIntyre NJ. Efficacy of ultrasound therapy for the management of knee osteoarthritis: a systematic review with meta-analysis. Osteoarthritis and Cartilage 18 (2010) 1117-1126
3. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hipandknee osteoarthritis, part II:OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthritis Cartilage 2008;16:137-62.
4. Tarner IH, Ladner UM, Uhlemann C, Lange Uwe. The effect of mild whole-body hyperthermia on systemic levels of TNF-alpha, IL-1beta, and IL-6 in patients with ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol (2009) 28:397–402
5. Stucki G, Kroeling P.2000 Physical therapy and rehabilitation in the management of rheumatic disorders. BaillieÀ re's Clinical Rheumatology Vol. 14, No. 4, pp. 751-771.

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA EGZERSİZİN YERİ

Dr. Tuğçe Özekli Mısırlıoğlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

İskelet kaslarının bazal seviye üzerinde enerji harcamasına neden olan her türlü vücut hareketi, fiziksel aktivite; fiziksel uygunluğun (fitness) korunması ya da iyileştirilmesi için planlı ve tekrarlı olarak yapılan yapılandırılmış fiziksel aktiviteler ise egzersiz olarak isimlendirilir. Fiziksel aktivite terimi egzersiz, spor, hobi aktiviteleri, mesleki aktiviteler ve günlük yaşam aktivitelerini içeren bir şemsiye terimdir (1).

Romatolojik hastalıkları olan kişilerin fiziksel aktiviteleri sağlıklı kontrollerine göre azalmıştır. Azalmış fiziksel aktivite yanında enflamatuvar hastalıklarda görülen kronik enflamasyon nedeniyle tüm romatolojik hastalıklar, artmış kardiyovasküler morbidite ve mortaliteye sahiptir. Bu hastalıklarda kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılması 2015/2016 EULAR önerilerine göre romatoloji uzmanının sorumluluğundadır (2).

Düzenli fiziksel aktivitenin enflamatuvar romatolojik hastalıklarda eritrosit sedimentasyon hızı, radyografik eklem hasarı ve hastalık spesifik eklem hasarını azaltarak hastalık aktivitesini azalttığına dair yüksek-orta düzey kanıt, semptomlarda iyileşme sağladığına dair ise orta-düşük düzey kanıt mevcuttur (3).

Romatolojik hastalık için oluşturulan tedavi kılavuzlarında egzersiz tedavisi sıklıkla önerilmesine karşın uygulanması gereken egzersizin tipi, sıklığı ve pratik kullanımı ile ilgili yeterli bilgi verilmemiştir. Bu kılavuzlardaki kısıtlılığı önlemek için EULAR 2018 yılında enflamatuvar artrit ve diz/kalça osteoartriti için fiziksel aktivite önerilerini oluşturulmuştur (4). Önerileri oluşturmak için yapılan meta-analizde WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve ACSM (American Collage of Sports Medicine) tarafından sağlıklı bireyler için kabul edilen fiziksel aktivite önerilerine uyan ve uymayan randomize kontrollü çalışmalar karşılaştırılmıştır (5). Bu meta-analizin sonucunda aerobik egzersizlerin kardiyovasküler fitness üzerine orta dereceli etkili, dirençli kuvvetlendirme egzersizlerinin kas kuvveti üzerine orta dereceli etkili, esneklik ve dirençli kuvvetlendirme ya da aerobik egzersizlerin esneklik üzerine etkisiz, fiziksel aktivite önerilerinin davranış değişikliği üzerine az etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Tek başına esneklik ya da nöromotor egzersizlerinin etkinliğini araştıran bir çalışmaya rastlanmamış, çalışmaların hiçbirinde verilen egzersizlerin olumsuz etkisi bulunmamıştır. Bu sonuçların ışığında oluşturulan 2018 EULAR önerilerinde sağlıklı bireyler için kabul edilen fiziksel aktivite önerilerinin romatolojik hastalıklarda güvenle uygulanabileceği sonucuna varılmıştır. Romatolojik hastalığı bulunan 18 ve 65 yaş arasındaki tüm erişkinlerin haftada 5 gün, günde en az 30 dakika süren orta şiddetli ya da haftada 3 gün, günde en az 20 dakika süren yüksek şiddetli aerobik egzersiz ile haftada 2 gün kas kuvvetini ve enduransını koruyucu ya da arttırıcı egzersiz yapması önerilmektedir.
Özetle; romatolojik hastalıklarda kardiyovasküler hastalık riski, dolayısıyla mortalite artmıştır. Fiziksel aktivite ve egzersizin anti-enflamatuvar, dolayısıyla kardiyovasküler hastalıklardan koruyucu etkisi kanıtlanmıştır. Sağlıklı kişiler için önerilen ACSM kılavuzları romatolojik hastalıklarda güvenle uygulanabilir. Hastaların egzersiz katılımını arttırmak için hasta eğitimine özellikle önem vererek hastaları motive etmek pratiğimizde yer almalıdır.

Kaynaklar:

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126–31.
2. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis 2017;76:17–28.
3. Sveaas SH, Smedslund G, Hagen KB, et al. Effect of cardiorespiratory and strength exercises on disease activity in patients with inflammatory rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2017;51:1065–72.
4. Rausch Osthoff A-K, Niedermann K, Braun J, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis Epub ahead of print. doi:10.1136/ annrheumdis-2018-213585.
5. Rausch Osthoff A-K, Juhl CB, Knittle K, et al. Effects of exercise and physical activity promotion: meta-analysis informing the 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with rheumatoid arthritis, spondyloarthritis and hip/ knee osteoarthritis. RMD Open 2018;4:e000713. doi:10.1136/ rmdopen-2018-000713.

NÖRO-BEHÇET TANISI VE KLİNİĞİ

Dr. Ahmet Kıvanç CENGİZ

19 Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Behçet sendromu 1937 yılında tekrarlayan oral, genital ülserler ve göz bulguları ile tanımlanmış olsa da aslında vasküler, intestinal , nörolojik, kardiopulmoner, lokomotor sistem ve mukokutanöz bulguları ile ataklar ve remisyonlarla seyreden sistemik bir vaskülittir. Seyri sırasında birçok farklı tipte, çapta ve yerleşimde damar tutulabilir.

Behçet sendromunda nörolojik tutulum çok sık görülmese de önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olması nedeniyle önemlidir. Nörolojik tutulum parankimal ve non-parankimal olarak ikiye ayrılarak incelenebilir. Parankimal tutulum nöro-Behçet tutulumlarının büyük çoğunluğunu oluşturur. En sık beyin sapı tutulumu şeklinde görülür. Sıklıkla piramidal sistem bulguları, davranışsal ve bilişsel bozukluklar ile prezente olur. Tanıda görüntüleme yöntemleri ve beyin omurilik sıvısı incelemesi önemli yer tutar.

Non-parankimal tutulumlar arasında en sık görülen dural sinüs trombozudur. Bu tutulumda en sık rastlanan başvuru yakınması ise kafa içi basınç artışına bağlı gelişen baş ağrısıdır.
Behçet sendromunda nörolojik bulgular bazen hastalığın diğer tutulumlarına sekonder olarak yada kullanılan ilaçlara bağlı olarak da gelişebilir. Superior vena kava trombozuna bağlı gelişebilen kafa içi basınç artışının neden olabildiği başağrısı, kardiak tutuluma bağlı gelişebilen iskemik inmeler diğer sistemik tutulumların neden olduğu nörolojik bulgulara örnek gösterilebilir.
İlaçlar konusunda ise literatürde özellikle siklosporin, talidomid ve kolşisine bağlı gelişen birçok nörotoksisite, periferal nöropati ve myopati vakaları mevcuttur.

Konuşmada Behçet sendromunda saptanan nörolojik bulgular, nöro-Behçet epidemiyolojisi ve tanı kriterleri, tanıda yardımcı olabilecek yöntemler ve kısıtlıklıkları, ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar üzerinde durulacaktır.

Kaynaklar:
1) Kidd DP. Neurological complications of Behcet's syndrome. J Neurol 2017 Oct;264(10):2178-2183. doi: 10.1007/s00415-017-8436-9.
2) Kalra S, Silman A, Akman-Demir G, Bohlega S, Borhani-Haghighi A et al. Diagnosis and management of Neuro-Behcet's disease: international consensus recommendations. J Neurol 2014 Sep;261(9):1662-76. doi: 10.1007/s00415-013-7209-3.
3) Saip S, Akman-Demir G, Siva A. Neuro-Behçet syndrome. Handbook of Clinical Neurology 2014;121:1703-23. doi: 10.1016/B978-0-7020-4088-7.00110-3.
4) Sorgun MH, Kural MA, Yucesan C. Clinical characteristics and prognosis of Neuro-Behcet's syndrome. Eur J Rheumatol 2018 Dec; 5(4):235-239. doi: 10.5152/eurjrheum.
5) Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B. Clinical patterns of neurological involvement in Behcet's disease: evaluation of 200 patients. The Neuro-Behçet Study Group. Brain 1999 Nov;122:2171-82.

FMF TANI VE TEDAVİSİ

Uzm. Dr. Yunus DURMAZ

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Romatoloji Kliniği, Karabük

Ailevi akdeniz ateşi (FMF) Otozomal resesf geçişli otoinflamatuar bir hastalıktır. Herediter periyodik ateş sendromları içerisinde ilk tanımlananı ve en sık görülenidir. Ülkemizdeki prevalansı 1/400-1/1000 arasındadır. Türklerde taşıyıcılık E148Q mutasyonuda dahil edilince % 20'lere ulaşmaktadır. Ülkemizinde içinde bulunduğu Doğu Akdeniz havzası ülkelerinde daha sık görülmektedir. FMF'den sorumlu olan gen, 16. kromozomda yer alan 10 ekzonlu MEFV (MediterraneanFeVer) genidir. Bu genin kodladığı pyrin (pirin) proteini, 781 amino asitten oluşmaktadır. Pyrinin N terminal parçasındaki 92 amino asitlik bir motif ''pyrin domaini'' (PYD) olarak adlandırılır. Pyrindeki PYD ile, ASC adı verilen bir adaptör protein arasındaki homotipik etkileşim, kaspaz-1'in proinflamatuar oto-katalizine yol açar. Kaspaz-1, pro-interlökin (IL)-1'in aktif IL-1'e dönüşümünü sağlayarak inflamatuar yanıta neden olan enzimdir. Pyrin, ASC ile kaspaz-1 arasındaki etkileşimi inhibe ederek, düzenleyici rol oynamaktadır. FMF hastalarında pyrin mutasyonu sonucu pro-IL-1'in aktif IL-1'e dönüşümü kontrol edilemez. Klinik olarak ataklar halinde ateş, peritonit, artrit, deri tutulumu, plörit, perikardit görülebilir. FMF atakları sırasında lokositoz,sedimentasyon yüksekliği, akut faz reaktanlarında artış (CRP, SAA, fibrinogen,haptoglobin, C3 ve C4) gibi laboratuvar bulguları olabilir. FMF'li hastalarda atak sırasında geçici albuminuri, mikroskopik hematuri görülebilir, nadiren hiperbiluribinemi bildirilmiştir. Ayrıca S100A12, FMF hastalarında hastalık aktivitesini, inflamasyonu ve kolşisin tedavisine yanıtı izlemek için değerli bir biyobelirteçtir (1). Hastalığın tanısında 'Genişletilmiş Tel Hashomer Kriterleri' kullanılmaktadır (2). FMF'de tedavinin amaçları: atakların önlenmesi, akut atağın tedavisi, ataklar arası dönemdeki subklinik inflamasyon baskılanması, amiloidozun ve geliştiğinde progresyonunun önlenmesi ve FMF'ya eşlik eden diğer klinik bulguların tedavisi olarak sıralanabilir. FMF tanısı bu konuda deneyimli bir hekim tarafından konulmalı ve tedavi düzenlenmelidir. Kolşisin tolerans ve uygunluğa bağlı olarak dozaj tek veya bölünmüş dozlarda kullanılabilir (3). Anti-inflamatuar, antimitotik, antifibrotik etkileri vardır. Özellikle inflamazom ile ilişkili inflamasyonda baskılayıcı işlevi vardır. Kolşisin ile hastaların %15- 30'unda kısmi yanıt alınmakta, %5-13'ünde ise yanınıtsızlık mevcuttut. Üç ayda bir CRP ve SAA izlenip eşlik eden subklinik inflamasyon durumunda kolşisin dozu çocuklarda 2 mg/gün, yetişkinlerde 3 mg/güne kadar ya da hastanın tolere edebildiği maksimum doza kadar arttırılmalıdır. Altı ay boyunca düzenli olarak maksimum tolere edebildiği dozu aldığı halde ayda bir ya da daha sık atak geçirenler dirençli kabul edilip IL-1-6'i hedefleyen tedavilere geçilebilir (4,5). Eklem bulguları ön planda olanlarda Anti-TNFler de tercih edilebilir. Bu tedaviler sırasında da kolşisin tedavisi sürdürülmelidir (3).

Kaynaklar:

1. Kallinich T, Wittkowski H, Keitzer R, et alNeutrophil-derived S100A12 as novel biomarker of inflammation in familial Mediterranean fever. Annals of the Rheumatic Diseases 2010;69:677-682.
2. Livneh A, Langevitz P, Zemer D, Zaks N, Kees S, Lidar T, et al. Criteria for the diagnosis of familial Mediterranean fever. Arthritis Rheum 1997; 40: 1879-85.
3. Ozen S, Demirkaya E, Erer B, et al. EULAR recommendations for the management of familial Mediterranean fever. Annals of the Rheumatic Diseases 2016;75:644-651.
4. Ben-Zvi I, Kukuy O, Giat E. Anakinra for Colchicine-Resistant Familial Mediterranean Fever: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Arthritis Rheumatol. 2017 Apr;69(4):854-862. doi: 10.1002/art.39995.
5. Ugurlu S, Hacioglu A, Adibnia Y, Hamuryudan V, Ozdogan H. Tocilizumab in thetreatment of twelve cases with aa amyloidosis secondary to familial mediterranean fever. Orphanet J RareDis. 2017 May 30;12(1):105. doi: 10.1186/s13023-017-0642-0.

STİLL HASTALIĞININ TANI VE TEDAVİSİNDEKİ YENİLİKLER

Prof. Dr. Şenay ÖZDOLAP

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Zonguldak

Erişkin Still hastalığının (ESH), başlıca temel bulguları yüksek ateş, deri döküntüsü, artrit/atralji olmakla birlikte birçok organ tutulumuyla karakterize, nadir görülen sistemik inflamatuar bir hastalıktır. Hastalık ilk kez 1897'de Sir Frederic George Still tarafından çocuklarda tanımlanan Still hastalığından sonra, 1971 de Eric Bywaters benzer klinik bulguları taşıyan 14 yetişinde hastalığı tanımlamış ve erişkin Still hastalığı (ESH) olarak adlandırmıştır (1).
Hastalığın görülme sıklığı 1-10/1.000.000 olup, bazı çalışmalarda kadın erkek oranı iki olarak verilmektedir. Her yaş grubunda görülse de genellikle 16-38 yaş arasında yoğunlaşmaktadır.
ESH'nın etiyolojisi ve patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır (2). Hastaların kan ve dokularında, fazla miktarda interlökin (IL)-1β, IL-6, IL-18, TNF-α ve interferon (IF)-γ gibi proinflamatuar sitokinlerin bulunması, T-helper hücre yanıtının patogenezde önemli rolü olduğunu göstermektedir. Ailesel yatkınlık tanımlanmamış ve human lökosit antijen ile yapılan genetik çalışmalar tam bir sonuca ulaşamamıştır. IL-6 gen polimorfizmlerinin ilgili sitokinin disregülasyonuna neden olduğu öne sürülmektedir.
ESH'nın etyopatogenezinde en çok üzerinde durulan hipotez, viral (Rubella, kızamık, kabakulak, Epstein-barr virüs, hepatit A, B veya C virüs, HIV, CMV, parvovirus B19, adenovirus, echovirus, human herpes virüs 6, influenza ve parainfluenza virüs ve coxsackie virüs gibi) veya bazı bakteriyel (Yersinia, Campylobacter, Chlamidia, mycoplasma ve borrelia gibi) enfeksiyonların rolü olabileceği görüşüdür (3).

ESH'nin ana klinik özelliği ateş, cilt döküntüsü ve artrittir. Ateş %95 hastada görülür. Sıklıkla günde bir kez daha sıklıkla 2 ke z 39 °C ve üzerine çıkıp gün içinde normale inen özellik gösterir. En az bir hafta sürer. Cilt döküntüsü somon veya pembe renkte maküler döküntüler olup hastaların %97sinde görülür. Sıklıkla ekstremitelerin proksimalinde ve gövdede, %15 olguda boyun ve yüzde görülür. Ateşin yükseldiği sürede görülür ateş normale döndüğünde kendiliğinden kaybolur. Artrit/artralji %90 vakalarda görülür. Artrit oligo veya poliartiküler başlangıç gösterebilir (4) .

Semptom	**Sıklık (%)**
Ateş	82-100
Cilt döküntüsü	77-100
Artralji	95-100
Artrit	72-100
Boğaz ağrısı veya farenjit	35-92
Miyalji	38-84
Lenfadenopati/splenomegali	35-71
Plörit/perikardit	20-25
Santral sinir sistemi bulguları	10

Makrofaj Aktivasyon Sendromu (MAS): ESH'nın seyri sırasında gelişebilen, akut ateş, hepatosplenomegali, lenfadenopati, pansitopeni, serumda çok yüksek ferritin düzeyleriyle birlikte, trigliserit ve karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik ve histolojik olarak kemik iliğinde histiyositler tarafından hemofagositozun izlendiği nadir fakat fatal bir komplikasyondur.

Eritrosit sedimentasyon hızında artma, nötrofilik lökositoz, normokrom normositer anemi ve karaciğer enzimlerinde artma, ESH'nin önemli laboratuvar bulgularındandır. Yine serum ferritin seviyesinin aşırı yükselmesi diğer yandan glikozillenmiş ferritin seviyesinin %20'den fazla düşmesi, ESH tanısı için oldukça spesifiktir.

ESH Sınıflama Kriterleri (5)

Yamaguchi	**Fautrel**
Majör kriterler Ateş ≥ 39 C˚; 1 hafta veya daha fazla süren Artralji: 2 hafta ve daha fazla süren Tipik cilt döküntüsü: ateşle birlikte makulopapüler, Kaşıntısız, somon-pembe renkli Lökositoz ≥ 10 000mm3 nötrofil ≥ % 80	Pik yapan ateş ≥39 °C Artralji Geçici eritem Farenjit Nötrofil ≥ % 80 Glikozile ferritin oranı ≤ % 20
Minör Kriterler Farenjit veya boğaz ağrısı Lenfadenopati ve/veya Splenomegali Karaciğer enzim anormallikleri (aminotransferazlar) Romatoid faktör veya anti-nükleer antikor negatifliği	Tipik cilt döküntüsü Lökositoz ≥ 10 000/mm3
Dışlama Kriterleri Enfeksiyonun olmayışı; özellikle sepsis ve EBV enfeksiyonu Malign hastalığın olmayışı; özellikle lenfoma - İnflamatuar hastalıkların yokluğu; özellikle Poliarteritis nodoza İkisi majör olmak üzere en az beş kriterin varlığı ve dışlama kriterlerinin bulunmayış	Yok Dört majör kriter veya 3 majör 2 minör kriter

Hastalığın birinci basamak tedavisinde, yüksek doz salisilat (100 mg/kg/gün) veya nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, kortikosteroid (0,5-1 mg/kg/gün prednizolon veya eş değeri) önerilmektedir. Steroid dozu düşerken gelişecek nükslerde veya steroid dozunu azaltmak amacıyla ikinci basamak tedavide öncelikle düşük doz metotreksat önerilmektedir. Hidroksiklorokin, sülfasalazin, azathioprin ve siklosporinde ikinci basamak tedavide tek başına veya metotreksatla kombine olarak kullanılabilir. Diğer tedavilere dirençli olgularda, biyolojik tedavi ajanları tercih edilir. Bunlar: Anti-TNF-α reseptör blokerleri; etanercept ve infliximab, IL-1β reseptör antagonisti; anakinra ve IL-6 reseptör blokeri; tocilizumab'dir.

1. Still GF. On a form of joint disease in children. Med Chirm Trans 1897;80:47-49.
2. Kadar J, Petrovicz E. Adult- onset Still's disease. Best Pract Res Clin Rheumatol 2004; 18: 663-76
3. Efthimiou P, Paik PK, Bielory L. Diagnosis and management of adult onset Still's disease. Ann Rheum Dis 2006;65:564-572.
4. . Fautrel B. Adult-onset Still's disease. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2008; 22: 773-92.
5. Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, Kasukawa R, Mizushima Y, Kashiwagi H, et al. Preliminary criteria for classification of adult Still's disease. J Rheumatol 1992;19:424-430.

KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU

Dr. Aliye TOSUN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS); başlatıcı etken ile orantısız şiddette ve belirli bir sinir dağılımıyla sınırlı olmayan kronik ağrı ve buna eşlik eden vazomotor, sudomotor ve motor/trofik değişikliklerle karakterize bir sendromdur. Sıklıkla kırıklar, burkulmalar ve cerrahi işlemler sonrasında izlenmekle birlikte enjeksiyonlar, yanıklar, böcek ısırıkları, gebelik, inme veya myokard enfarktüsü gibi durumlar da tetikleyici nedenler arasında yer almaktadır.

Patofizyoloji

Hem periferik, hem santral sinir sisteminde çok sayıda patofizyolojik değişiklikler izlenmesinin yanı sıra, lokal doku inflamasyonu, nörojenik inflamasyon ve psikolojik faktörlerin de hastalık gelişiminde rol oynadığı gözükmektedir. KBAS patofizyolojisi anormal inflamatuvar mekanizmalar, vazomotor disfonksiyon ve maladaptif plastisite olmak üzere 3 ana bölümde incelenebilir.

Tanı

Tanı tamamen klinik tanıdır, herhangi bir altın standart laboratuvar testi veya görüntüleme yöntemi bulunmamaktadır. Güncel olarak IASP tarafından onaylanmış olan Budapeşte Tanı Kriterleri tanıda kullanılmaktadır. (Tablo 1)

Tablo 1. Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Klinik Tanı Kriterleri

1	Başlatıcı etken ile orantısız, devam eden ağrı
2	Aşağıdaki dört kategoriden üçünde en az bir belirti bildirmeli Duyusal: Hiperaljezi ve/veya allodini Vazomotor: Isı asimetrisi ve/veya cilt rengi değişiklikleri ve/veya cilt rengi asimetrisi Sudomotor/ödem: ödem ve/veya terleme değişiklikleri ve/veya terleme asimetrisi Motor/trofik: EHA azalma ve/veya motor disfonksiyon (kuvvetsizlik, tremor, distoni) ve/veya trofik değişiklikler (kıllar, tırnaklar, cilt)
3	Muayene sırasında aşağıdaki kategorilerden iki veya daha fazlasında en az en az bir bulgu gösterilmeli Duyusal: Hiperaljezi (iğne batırma) ve/veya allodini (hafif dokunma ve/veya derin somatik basınç ve/veya eklem hareketi) bulgusu Vazomotor: Isı asimetrisi ve/veya cilt rengi değişiklikleri ve/veya cilt rengi asimetrisi bulgusu Sudomotor/ödem: ödem ve/veya terleme değişiklikleri ve/veya terleme asimetrisi bulgusu Motor/trofik: EHA azalma ve/veya motor disfonksiyon (kuvvetsizlik, tremor, distoni) ve/veya trofik değişiklikler (kıllar, tırnaklar, cilt) bulgusu
4	Bulgu ve belirtileri daha iyi açıklayan başka bir tanı olmamalı

Araştırma amaçlı kullanılacak ise **her 4 belirti kategorisinde de en az bir belirti izlenmesi ve muayene sırasında iki veya daha fazla bulgu kategorisinde en az bir bulgu saptanması gereklidir.

KBAS Alt Grupları

KBAS üç alt gruba ayrılmıştır:

- KBAS 1 (eski adıyla refleks sempatetik distrofi)
- KBAS 2 (eski adıyla kozalji): öncesindeki majör bir sinir lezyonuna ait elektrodiagnostik bulgu veya başka kesin bir bulgu
- KBAS-NOS* (not otherwise specified-aksi belirtilmedikçe): KBAS kriterlerini kısmen karşılayan, başka bir durumla daha iyi açıklanamayan

*Bu alt grup eski kriterlere göre KBAS tanısı alan, ancak son kriterleri karşılayamayan hastalar için eklenmiştir.

Tedavi

Günümüzde halen altın standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Sendromun hem tıbbi, hem psikolojik, hem de sosyal yönlerini dikkate alan multidisipliner yaklaşımlar önerilmektedir. Tedavide ana amaçlar ağrıyı azaltmak, fonksiyonu korumak veya restore etmek, hastaların hastalıklarının üstesinden gelmelerini sağlamak ve yaşam kalitelerini arttırmaktır. Hastalara ve ailelerine başlangıçta eğitim verilmelidir. Fizyoterapi ve iş-uğraşı tedavileri KBAS tedavisinin ana bileşenleri olmalıdır. Tedavi basamaklı bir şekilde uygulanmalı, primer motor korteks ve premotor korteks aktivasyonu sağlayan kademeli zihinsel imgeleme ve ayna tedavisi de tedaviler arasında yer almalıdır. Farmakolojik tedaviler arasında antiinflamatuvar/immünmodulatör ilaçlar, kalsitonin ve bifosfonatlar, sodyum ve kalsiyum kanal blokörleri, monoaminerjik transmisyonu arttıran ilaçlar, opioidler, NMDA reseptor antagonistleri, vazodilatatörler ve kas gevşetici/antispastik ilaçlar yer almaktadır. Girişimsel tedaviler olarak sinir blokajları, intravenöz bölgesel anestetik infüzyonları, implante ağrı tedavi cihazları ve cerrahi tedaviler KBAS'da uygulanmaktadır. Non invazif beyin stimülasyonu yöntemlerinden olan rTMS'in KBAS tedavisinde ağrıda azalma sağladığı bildirilmiştir.

Kaynaklar:

1. Sahli F, Monroe F, Staab J, Manion S. The interdisciplinary management of complex regional pain syndrome. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. Volume 17, Issue 4, October 2013 , Pages 168-173.
2. Borchers AT, Gershwin ME.Complex regional pain syndrome: A comprehensive and critical review. Autoimmunity Reviews 13 (2014) 242–265
3. Updated Guidelines for Complex Regional Pain Syndrome type 1, November 2014. Netherlands Society of Rehabilitation Specialists- Netherlands Society of Anaesthesiologists.
4. Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RSGM, Richardson K,Swan M, Barthel J, Costa B, Graciosa JR,Bruehl S. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 4th Edition.Pain Medicine 2013; 14: 180–229
5. Harden RN, Bruehl S, Stanton-Hicks M, Wilson PR. Proposed new diagnostic criteria for complex regional pain syndrome. Pain Med. 2007 May-Jun;8(4):326-31.

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA SANTRAL AĞRI MEKANİZMALARI

Dr. Tülay ERÇALIK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bölümü, İstanbul

Ağrı uluslararası Ağrı Çalışma Grubu (IASP) tarafından gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı ortaya çıkan hoşa gitmeyen duysal ve duygusal bir deneyim olarak tanımlanmıştır. Bu tanım kronik ağrının her zaman görünen bir doku hasarı ile ilişkili olmaması bu tanımın sorgulanmaktadır (1).

Romatizmal hastalıklarda ağrı, periferik ve santral sinir sisteminin kompleks etkileşimi ile bireysel semptomlar kompleksi olarak karşımıza çıkar ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Ağrı romatizmal hastalıklar için enflamasyon belirteci olarak kullanılmakla birlikte , periferik enflamasyonla her zaman korele olmayabilir, bu da eşlik eden santral ağrı mekanizmaları ile açıklanmaktadır(2).

Santral ağrı tabiri önceden omurilik yaralanması, inme gibi merkezi sinir sistemi hastalıklarını ilgilendiren durumlar için kullanılırken; son zamanlarda tanım genişletilerek, kronik ağrının oluşmasına ve kalıcı olmasına sebep olan ağrı algısının psikososyal yönünü de içeren merkezi sinir sistemi (MSS) disfonksiyonlarını da içermektedir. Santral ağrı, primer olarak periferik nosiseptif girdinin sebep olduğu, santral faktörlerce artırılmış kronik ağrının kişilerce algılanmasıdır. Bir çok romatizmal hastalıkta bu komponent bulunabilir.

İnflamatuar durumlarda uzun süren ve bazen kalıcı olabilen **ağrı hipersensitivitesi** gelişebilir. Nosiseptif sistemde gelişen transkripsiyonel, yapısal ve fenotipik değişiklikler aktif periferik bir patoloji ve nossieptif girdi olmamasına rağmen kronik ağrının ortaya çıkmasına neden olur. İnflamatuar ağrı hipersensivitesi gelişiminde bazı meknizmalar sorumlu tutulmuştur. Bunlar, periferik inflamasyon bölgesindeki prostanoid üretiminin artmasına bağlı olarak dorsal boynuz nöronlarında COX-2 salınımının indüklenmesi, makrofaj benzeri hücrelerin aktivasyonu ile bu hücrelerden salınan sitokin ve kemokinlerin nöron ve glial hücreler üzerine etki ederek gen transkripsiyonunu değiştirmesi, inflamasyon bölgesindeki büyük miyelinli liflerin inflamatuar sinyallerle ve sinir büyüme faktörleriyle (NGF) karşılaşması sonucu büyük DRG nöronlarından P maddesi ve BNDF salınımıdır.

İnflamasyon durumunda santral sensitizasyon gelişiminde ve sürdürülmesinde spinal kordtaki glial hücrelerin (astrosit ve mikroglia) aktivasyonunun da önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Glial hücrelerin aktivasyonu dorsal boynuz nöronlarından GABA reseptör ekspresyonunu azaltarak GABAerjik inhibisyonu azaltır. Böylece, nöronal eksitabilite artışına ve patolojik ağrı oluşmasına ve sürdürülmesine neden olur.
Santral sensitizasyonu başlatan ve sürdüren mekanizmaların en önemlilerinden birisi de disinhibisyondur. Santral sinir sisteminde GABAerjik ve/veya glisinerjik inhibitör nörotransmisyonun azalmasıdır. Sinir hasarı ve inflamasyon sonrası GABA ve/veya glisin salınımını ve postsinaptik etkilerini içeren birçok mekanizma disinhibisyona neden olabilir (3) .

Santral ağrılarda genetik/ailesel yatkınlığın önemli olduğu bilinmektedir. Bundan dolayı kronik ağrı değerlendirilmesinde aile anamnezi çok önemli olup hastada santral ağrı gelişme riski öngörülebilir.

Romatizmal hastalıklarda santral ağrı değerlendirmesinde diğer önemli nokta ise kronik ağrının yorgunluk, uyku bozukluğu, hafıza zayıflığı, ve değişken psikolojik durum gibi diğer santral komponentili semptomlarla birlikte bulunup bulunmadığının araştırılmasıdır.
Santral ağrı algısı kişiden kişiye değişebilmekte olduğundan, romatoloji uzmanları ağrının karakterini çok iyi değerlendirmeli ve santral komponenti olan ağrılarda sadece periferik ağrı tedavisiyle (Ör: DMARD, cerrahi) yetinmemelidir. Santral ağrının hastaları ne düzeyde etkilediğinin değerlendirilememesi ve bunu etkileyen faktörlerin tam olarak belirlenememesi ise şimdilik klinik bir limitasyon olarak gözükmektedir.

Kaynaklar:

1-Chen J, Han JS, Zhao ZQ, Wei F, Hsieh JC, Bao L, et al. Pain. In: Pfaff, ed. Neuroscience in the 21st Century: From Basic to Clinical. LLC: Springer Science+Business Media; 2013. p. 965-1021.
2-Atzeni F, Masala IF, Salaffi F, Di Franco M, Casale R, Sarzi-Puttini P
Pain in systemic inflammatory rheumatic diseases. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015 Feb;29(1):42-52.
3-.Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, Julius D. Cellular and molecular mechanisms of pain. Cell 2009;139(2):267-84.

ENFLAMATUAR ROMATİZMAL HASTALIKLARDA AĞRI TEDAVİSİNİN YÖNETİMİ

Prof. Dr. Ayşen AKINCI

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Son yıllarda hemen hemen her kronik ağrılı durumda santral sensitizasyon geliştiği ve buna bağlı olarak da belli oranlarda "fibromiyaljilik hali" bulunduğu gösterilmiştir. Eğer bu fibromiyaljilik hali %100 ise fibromiyalji sendromu olarak adlandırılmaktadır ancak hem lupus, spondiloartritler, romatoid artrit gibi inflamatuar hastalıklarda, hem de osteoartrit, gerilim tipi baş ağrısı, temporomandibular eklem disfonksiyonu gibi diğer kronik ağrılı durumlarda değişen oranlarda fibromiyaljilik hali görülebilir. Aktif romatoid artrittte etkin tedavilerle hastalık aktivitesi baskılanamamış hastaların yaklaşık beşte birinde fibromiyalji kriterlerinin tamamlandığı gösterilmiştir. Wolf bu hali "polisemptomatik distress" durumu olarak tanımlamakta ve "fibromyalgianess" olarak adlandırmaktadır. Ankilozan spondilitli hastalarda yapılan çalışmalarda da inflamatuar ağrı yanında nöropatik karakterde non-inflamatuar ağrılar tespit edilmiştir. Gerçekten de RA ve AS gibi kronik inflamatuar hastalıklarda bazen ağrı yakınmaları laboratuvar testleri ve hastalık belirteçleri ile orantılı olmayabilir. Bu durum hastayı takip eden ve tedavisini düzenleyen hekimler için zaman zaman problem oluşturmaktadır. Günlük pratikte çoğu zaman hastanın RA ya da AS için kullandığı ilaçlar modifiye edilerek tedavini devamına karar verilmekte fakat hastanın kliniğinde anlamlı bir düzelme görülmemektedir. Hastalık aktivitesi ve laboratuvar skorları daha iyi durumda iken orantısız olarak ağrı skorlarının yüksek olması bu durumun eşlik eden ağrılı bir semptom mu yoksa psikolojik sebeplerden mi kaynaklandığına dair şüpheler uyandırmaktadır. Görülen bu semptom şiddetlenmesinin primer inflamatuar hastalıkta görülmesi muhtemel olan fibromiyaljilik hali (fibromyalgianess) ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. "Polisemptomatik Distress Skalası" (PSD); modifiye 2010 FMS tanı kriterlerinde bulunan yaygın ağrı indeksi (WPI) ile semptom şiddet skoru (SSS)'nun toplamını göstermektedir (PSD= WPI+SSS). PSD'nin belli bir değerin üstünde olması (>12) semptomların nedeninin fibromiyaljilik halinden yani santral sensitizasyondan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, inflamatuar hastalığı olup etkin tedaviye rağmen yanıt alınamayan hastaların tedavilerinde göz önünde bulundurulması gereken bir nokta olarak kabul edilmektedir. Böyle hastalarda tedavide inflamatuar romatizmal hastalığa yönelik tedaviler tek başına yeterli olamayacaktır. İnflamatuar romatizmal hastalığa bağlı ağrının ek tedavisi fibromiyaji veya nöropatik ağrı tedavisine benzerlik göstermektedir. İlaç tedavileri yanında ilaç-dışı tedaviler de uygulanmalıdır. Her hastalıkta olduğu gibi hastanın eğitimi ve hastalığı konusunda bilgilendirme yanında egzersizler, meditasyon-yoga, balneoterapi, TENS, gerektiğinde ortezler ve splintler verilebilir. İlaç tedavileri; inflamatuar romatizmal hastalığa özel ilaçlar yanında trisiklik antideprasanları, gabapentinoidleri, SNRI'ları ve bazı hastalarda da tramadol gibi analjezikleri içermektedir. Tedavinin "bireyselleştirilmiş" olması ve yakın takip ile basamaklandırılarak uygulanması önemlidir. En son 2018'de yayınlanan inflamatuar artritlerde ve osteoartritte ağrı tedavisi konulu öneriler; hasta-merkezli bir çatı altında biyopsikososyal açıdan yaklaşımla, bu hastalıklar konusunda yeterli bilgi sahibi olmalarını ve lokalize vs yaygın ağrı ayırımını yapabilmelerini şart koşmaktadır. Tedavi bilimsel kanıtlar ışığında, hastanın ihtiyaçları, tercih ve öncelikleri, ağrı karakteristikleri, önceki tedaviler, inflamasyon ve eklem hasarı, ve psikolojik ve diğer ağrı-ilişkili faktörler göz önünde tutularak planlanmalıdır. Bu bağlamda; hastanın eğitimi, fiziksel aktivite ve egzersiz düzenlenmesi, ortezler, psikolojik ve sosyal girişimler, uyku düzenlenmesi, kilo kontrolü, farmakolojik tedaviler, eklem-spesifik tedavi seçenekleri, ve gerektiğinde multidisipliner ağrı yönetimi uygulanmalıdır.

Referanslar:

1. Basu N, Kaplan CM, Ichesco E, Larkin T, Harris RE, Murray A, Waiter G, Clauw DJ. Neurobiological features of fibromyalgia are also present among rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheumatol. 2018(1) : 1000-1007
2. Geenen R, Overman CL, Christensen R, et al. EULAR recommendations for health profesional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2018;77:797-807
3. Hadavi S, Shenker NG. Arthritis pain management: a holistic approach. Rheumatology (Editorial). 2018 Dec 10: doi:10.1093/rheumatology/key389
4. Harth M, Nielson W. Pain and affective distress in arthritis: relationship to immunity and inflammation. Expert Review of Clinical Immunology. 2019: DOI: 10.1080/1744666X.2019.1573675
5. Zhang A, Lee YC. Mechanisms for Joint Pain in Rheumatoid Arthritis (RA): from Cytokines to Central Sensitization. Current Osteoporosis Reports (2018) 16:603–610

OTOİMMUNİTEDE BİYOMARKERLAR VE PATOJENİK YÖNÜ

Prof. Dr. Meltem ALKAN MELİKOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum

Biyomarker "normal biyolojik süreçlerin, patolojik süreçlerin veya tedavi yanıtının göstergesi olarak objektif bir şekilde ölçülebilen bir özellik» olarak tanımlanmaktadır (1).. Biyomarkerlara örnek olarak; kardiyovasküler hastalıklar için lipidler, kolesterol, kan basıncı, tiroid hastalıkları için tiroid fonksiyon testleri verilebilir. Romatolojik hastalıklarda elimizi bu derece güçlendirecek biyomarkerlara gereksinimimiz olduğu açıktır.

Genel tanımdan yola çıkıldığında «biyomarker» klinik parametreler, görüntüleme, çeşitli immun yanıt göstergeleri, genetik analizler, histolojik incelemeler gibi pek çok biyolojik veriyi kapsayabilir. Temelde biyomarkerler iki grupta düşünülebilir; tanımlayıcı ve mekanik biyomarkerlar. Tanımlayıcı biyomarkerlar patogenezde doğrudan yer almayıp, süreçteki biyo-ürünler veya hasarın göstergeleridir. Klinik veriler (eklem sayıları, ağrı skorları vb), görüntüleme bazlılar (Xray, CT, MRI..) ve akut faz reaktanları (ESH, CRP..) tanımlayıcı biyomarkerlara örnek verilebilir. Mekanik biyomarkerlarsa hastalığın biyolojik kökeninde yer alırlar; otoantikorlar, sitokinler, immun hücre tipleri, gen ekspresyonları gibi. Bu nedenle de hastalığın özelliklerini temsil etme bakımından daha çok bilgi verebilirler.
Biyomarkerlar romatoloji pratiğinde hastalığı asemptoatik dönemde tanınması, erke ntedavisi hatta önlenmesi, undiferansiye olguda net tanı sağlanması, hastalık aktivitesi ve prognozunun belirenmesi, etkin ve güvenli tedavinin baştan kestirilerek «kişiye özgü tedavi» nin sağlanması, tedavi yanıtı ve toksisitesinin izlenmesi ve dolayısı ile tüm bunlar sayesinde hasta yönetimi ve maliyette optimizasyonun sağlanmasında yol gösterebilir.

Hastalıkların asemptomatik döneminde biyomarker kullanımına örnek olarak romatoid artrit (RA) için otoantikor ve sitokinlerinden oluşan bir profilin (ACPA, TNF-a, IL-6, IL-12p70, IFN-gama) asemptomatik kişilerde 2 yıl içinde hastalık gelişimini predikte edebileceği bildirilmiştir (2). Ayrıca SLE'de %88 hastada tanıdan ortalama 3 yıl önce en az bir otoantikor pozitifliği olduğu da gözlenmiştir (3).

Biyomarkerların en temel kullanım alanı semptomatik olgunun tanısıdır. RF, ANA, ACPA gibi markerlar günlük pratiğimizde son derece önemli bir yer almaktadır. Ancak mevcut biyomarkerların duyarlılıklarının görece düşük olduğu söylenebilir. Örneğin RF pozitifliği RA'da çok değerli olsa da, birçok olguda RF negatif seyretmektedir.

Günlük pratikte halen hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi çoğunlukla klinik verilere dayanmaktadır. Oysa klinik remisyonda bile progresyonun devam edebildiği bilinmektedir. Bu anlamda mevcut aktiviyeti daha net gösterecek markerlara ihtiyacımız devam etmektedir. İlerideki hastalık aktivitesinin öngörülmesi bakımından biyomarkerlara örnek olarak ESH, CRP, C3-C4, anti dsDNA verilebilir. Ancak bu markerların da prediktif değerleri suboptimal görünmektedir. Bu anlamda RA'da 12 inflamatuar markerdan oluşan bir multimarker panelin yüksek bir prediktif değeri bildirilmiştir (The multiple-biomarker disease activity) (4).

Biyomarkerların yer bulduğu önemli bir alan da tedavi yanıtının ve toksisitesinin öngörülmesidir. Tedaviye yanıtın olup olmadığına karar vermek hastalık progrese olurken belki de aylarca sürebilmektedir. Hem tedavi yanıtı hem tolerasyonu predikte edilerek, günümüzde artık önemli bir kavram olan «kişiye özgü tedavi» olanağı sağlanabilmelidir. Farmakodinamik biyomarkerlar FDA tarafından öncelikli araştırma alanlarından biri olarak gösterilmiştir.

Romatoloji pratiğinde halen kullanılmakta olan biyomarker sayısı az sayıda olup, bu markerların bir süredir statik kaldıkları söylenebilir. Tüm bu aşamalarda yaralı olacak yeni kuşak güvenilir biyomarkerlara gereksinim olduğu açıktır. Günümüzde yeni teknolojiler bu alanda da bazı aday biyomarların gelişmesine olanak sağlamaktadır. Ancak aday biyomarkerların pratiğimize geçebilmesi için klinik validasyon çalışmaları gerekmektedir. Bu anlamda sayısız araştırmaya olmasına rağmen bilimsel ilerleyişin yavaş görünmektedir. Karma indeksler ve omik teknolojileri (genomik, proteomik…) şu an için ümit verici görünmekte, bazı yeni biyomarkerlar ticari olarak ulaşılabilir olma yolunda ilerlemektedir.

Kaynaklar:

1. Robinson WH, Lindstrom TM, Cheung RK, Sokolove J. Mechanistic biomarkers for clinical decision making in rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol. 2013;9:267-76.
2. Sokolove J, Bromberg R, Deane KD, Lahey LJ, Derber LA, Chandra PE, Edison JD, Gilliland WR, Tibshirani RJ, Norris JM, Holers VM, Robinson WH. Auto antibody epitope spreading in the pre-clinical phase predicts progression to rheumatoid arthritis. PLoS One. 2012;7:e35296.
3. Arbuckle MR, McClain MT, Rubertone MV, Scofield RH, Dennis GJ, James JA, Harley JB.Development of autoantibodies before the clinical onset of systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. 2003 16;349:1526-33.
4. Eastman PS, Manning WC, Qureshi F, Haney D, Cavet G, Alexander C, Hesterberg LK. Characterization of a multiplex, 12-biomarker test for rheumatoid arthritis. J Pharm Biomed Anal. 2012;70:415-24.

THE ASSOCIATION BETWEEN SARCOPENIA AND RHEUMATOLOGICAL DISEASES

Sibel EYİGÖR, MD, Prof

Ege University Faculty of Medicine Physical Medicine and Rehabilitation Department, Izmir

Sarcopenia (“sarx” for muscle, “penia” for loss) is an important problem among elderly individuals. Approximately half of the population over the age of 80 is suggested to have sarcopenia-related muscle loss (1, 2). The condition causes health problems, limits independence and increases morbidity and mortality due to increased risk for falls (3, 4). Sarcopenia is associated with age, malnutrition, physical inactivity, inflammatory stress and hormonal changes. Sarcopenia is thought to be associated highly with inflammatory stress which leads to muscle atrophy.
Sarcopenia was first described in 1988 by Rosenberg as a reduction in body functions due to muscle mass depletion. In 2009, the International Working Group on Sarcopenia (IWGS) defined age-related sarcopenia as a loss of skeletal muscle mass and functions associated with aging. Later, the same group redefined the condition as "whole body or appendicular fat-free mass deficiency and combination of bad physical function"(2). Due to this definition being insufficient in clinical practice, The European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) recommended using the presence of both low muscle mass and low muscle function (strength or performance) to diagnose sarcopenia (2).The EWGSOP currently defines sarcopenia as a syndrome characterized by progressive and generalized loss of skeletal mass, which can cause adverse consequences such as physical disability, poor quality of life, and death.
Rheumatologic diseases cause inflammation in various parts of the body, especially the joints. As a result, these patients have severe joint pain which limits their daily activity. Therefore, a significant association between sarcopenia and rheumatologic diseases could exist (5). To date, only a handful of studies have explored the associations between rheumatologic disease and sarcopenia.

As stated many times, the literature on this topic is quite limited; however, available data may be sufficient to associate sarcopenia with diseases such as RA, OA and SSc. Even so, analyses in the majority of these studies are not sufficient to support the existence of a causal relationship between the diseases. Future studies should primarily focus on illumination of causal relationships between sarcopenia and rheumatologic diseases, and to determine whether the presence of inflammation or the physical limitations brought byrheumatologic diseases are more critical in the development of sarcopenia.

References:

1. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. American journal of epidemiology. 1998;147(8):755-63.
2. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinkova E, Michel J-P. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 2010;13(1):1-7.
3. Cawthon PM, Marshall LM, Michael Y, Dam TT, Ensrud KE, Barrett-Connor E, et al. Frailty in older men: prevalence, progression, and relationship with mortality. J Am Geriatr Soc. 2007;55(8):1216-23.
4. Hartman MJ, Fields DA, Byrne NM, Hunter GR. Resistance training improves metabolic economy during functional tasks in older adults. Journal of strength and conditioning research. 2007;21(1):91-5.
5. Santos MJ, Vinagre F, Canas da Silva J, Gil V, Fonseca JE. Body composition phenotypes in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: a comparative study of Caucasian female patients. Clinical and experimental rheumatology. 2011;29(3):470-6

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA UYKU PROBLEMLERİ VE YORGUNLUK

Prof. Dr. Kadriye ÖNEŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabiitasyon Sağlık Uygulamaları Araştırma Merkezi, İstanbul

Uyku, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan temel günlük yaşam aktivitelerinden biri olup gerek fiziksel gerekse ruhsal yönden sağlıklı olması için önemli bir gereksinimdir.
IL -6, Tip 1-Interferon, TNF uyku regülasyonunda önemli proinflamatuar sitokinler olduğu ve derin uykunun yaşandığı NREM döneminde yüksek, REM döneminde ise azaldıkları gösterilmiştir. TNF nin gün içinde yüksek olması uykusuzluk, yorgunluk, kötü uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. TNF antogonisleri ile bu etkiler azaltılabilmektedir.
Romatolojik hastalığa sahip kişilerde uyku problemi oranı % 70 'in üzerindedir. Farklı romatolojik hastalıklarda anormal yüksek sitokin seviyesi (TNF, interferonlar (IFN'ler), IL'ler ve bunların çözünür reseptörleri dahil) vardır.
Romatoid artrit'te uyku problemlari % 80 civarında görülüyor. Hastalık aktivitesi, ağrı, depresyon, mental sağlık, inflamatuar sitokinler, kadın cinsiyet, medikasyonlar, glukokortikoidler, komorbiditeler, yorgunluk RA da uyku bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. RA de uyku bozukluğunda TNF-α, IL-1, and IL-6 sitokinler hem somnojenik hem de yüksek dozlarda uyku üzerindeki inhibitör etkileri ile majör rol oynarlar.
Fibromiyalji (FM) 'de ağrı primer semptom olarak kabul edilmektedir ancak uyku bozuklukları da %90'ın üzerinde bir sıklıkta rastlanmaktadır.
Yapılan çalışmalar FM'de uyku bozukluğu sıklığının %88-96 arasında değiştiğini göstermektedir. FM'de uyku bozukluğunun ağrıyı artırdığı, ağrının da uyku bozukluğuna sebep olduğu kısır bir döngünün bulunduğu bildirilmiştir. Sağlıklı bireylerde uyku yoksunluğu fibromiyalji benzeri semptomlara neden olabilir ve ağrı modülasyonunda bozulma ile ilişkilidir.
Romatizmal hastalıkların uyku problemlerinin yönetiminde: Hastalık aktivitesinin kontrolü, ağrı kontrolü, depresyon, anksiyete tedavisi, uyku düzenleme ilaçları, stresle başetmede bilişsel davranış tedavisi, egzersiz önemlidir.
Romatizmal hastalıklarda uyku problemleri ile yorgunluk etkileşim halinde olan iç içe geçmiş durumlardır. Yorgunluk, uyku problemleri, ağrı, hastalık aktivitesi ve depresyon ile ilişkilidir. Romatizmal hastalıklarla ilişkili yorgunluğun etiyolojisi, fiziksel, psikolojik, bilişsel, sosyal ve davranışsal yönleri içeren çok boyutludur. Romatizmal popülasyonu etkileyen yorgunluk genellikle inflamasyon, anemi, uyku güçlüğü ve psikiyatrik komorbiditelerle bağlantılıdır. Daha spesifik olarak, RA, AS ve IBD hastalarında yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler, bu hasta popülasyonlarındaki yorgunluğun artan hastalık aktivitesi, ağrı, düşük uyku kalitesi, depresyon ve algılanan stres ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Aktif RA hastalarında biyolojik müdahalelerle tedavi, yorgunlukta küçük ve orta derecede bir iyileşmeye yol açabilir . Yorgunlukta azalma oranları , anti-TNF ve anti-TNF olmayan biyolojikler için benzerdir. Bununla birlikte, iyileşmenin, biyolojik maddelerin doğrudan yorgunluğa veya dolaylı olarak inflamasyon, hastalık aktivitesi veya başka bir mekanizmadaki azalmaya bağlı doğrudan bir etkisinden kaynaklanıp kaynaklanmadığı açık değildir .

Kaynaklar:

Choy EH. The role of sleep in pain and fibromyalgia. Nat Rev Rheumatol. 2015;11(9):513-520
Szady P, Bączyk G, Kozłowska K. Fatigue and sleep quality in rheumatoid arthritis patients during hospital admission. Reumatologia. 2017;55(2):65-72
Irwin MR, Cole SW. Reciprocal regulation of the neural and innate immune systems. Nature Rev Immunol. 2011; 11:625–32
Davis CJ, Krueger JM (2012) Sleep and Cytokines. Sleep Med Clin 7:517–527
Matcham F, Rayner L Steer S, Hotopf M.The prevalence of depression in rheumatoid arthritis:a systematic review and meta-analysis Rheumatology 2013; 52:2136-2148

ARTRİT TEDAVİSİNDE OPİOİDLERİN YARARLARI RİSKLERİ

Dr. Tülay ERÇALIK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon – Algoloji, İstanbul

Kronik ağrının yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) analjezik merdiveni opioid ve non-opioid analjeziklerin kullanılmasına rehberlik etmektedir. Opioidler bu rehberde kronik ağrı için orta ve şiddetli ağrı tedavisinde yerini almaktadır.

Opioid analjezikler etkilerini opioid reseptörleri üzerinden gerçekleştirirler. Üç majör opioid reseptörü vardır: mü, delta ve kappa.En önemli analjezik etki mü opioid reseptörleri ile olur. Opioidlerin temel etki bölgesi santral sinir sistemidir. Mezensefalondaki periakuaduktal gri maddede bulunan reseptörlerin aktivasyonu opioid analjezisinin en önemli mekanizmasıdır. Spinal kordda küçük, duysal sinir sonlanmalarının yer aldığı arka boynuzun substansia jelatinoza kısmında mü-opioid reseptör agonistleri bulunur. Opioidler beyin ve omurilikteki etki mekanizmalarları ile nosiseptif ağrıyı azaltır. Opioidlerin ağrı tedavisinde önemli yeri olmakla birlikte opioid tedavisi, potansiyel olarak ciddi yan etkileri ve kötüye kullanım riskini de beraberinde getirir. İlacın kötüye kullanılacağı korkusu ve yan etkilerinden dolayı opioidlerin gereğinden az kullanılmaları ağrı tedavisinde başarısızlığa neden olmaktadır. Akut ağrı formlarında ve kanser ağrılarında opioid tedavisinin yeri iyi bilinmektedir fakat kanser dışı kronik ağrılardaki yeri tartışmalıdır. Orta/şiddetli kronik ağrısı olan, yaşam kalitesi bozulmuş hastalarda diğer analjezikler ağrıyı kontrol etmede yetersiz kaldığında opioid analjezik başlanması düşünülmelidir.[1]

Romatizmal hastalıklarda ağrı, hastalık tedavisinde kullanılan non-steroid antienflamatuar ilaçlar, steroidler, DMARD'lar, TNF blokerleri gibi ilaçlar ile her zaman tam anlamı ile kontrol altına alınamayabilir. Bu noktada opioid analjezikler devreye girmektedir. Romatizmal hastalıklarda opioid kullanımı ile ilgili olarak elde edilen veriler genellikle 6 haftadan kısa kullanım sürelerini içermektedir. Kronik kullanımlarına ilişkin kanıtlar yetersizdir. [2] Romatoid artritli hastalarda özellikle ileri yaş hasta grubunda %40'lara varan oranlarda reçetelendiği saptanmışken, ankilozan spondilit hastalarında yapılan bir araştırmada kronik kullanım %9,5, aralıklı kullanım %21,7 olarak saptanmıştır. Birleşik devletlerde 2007-2014 arasında, eklem osteoartriti olan hastaların% 17'si kalça osteoartriti olan hastaların% 13.4'ü ve diz osteoartriti olan hastaların% 15.9'una ağrı tedavisi için bir opioid verildiği saptanmıştır. 2016 yılında, opioidlerin kronik ağrıda kullanımı ile ilişkili olarak bir guideline yayınlanmıştır ve klinisyenlere 12 tavsiye hazırlanmıştır. Bu önerilere göre, klinisyenler öncelikle kronik ağrı tedavisinde non-farmakolojik veya non-opioid farmakolojik tedaviyi tercih etmeli, opioid reçeteleme, ağrı ve fonksiyonellik üzerine olan etkisi beklenen risklerden fazla olduğunda düşünülmelidir. Tedaviye başlamadan önce bir tedavi hedefi belirlenmeli, beklenen yarar sağlanamadığında veya riskler yararlardan fazla olduğunda ilacın nasıl kesileceği planlanmalıdır. İlaç başlandıktan 1-4 hafta sonra ilk görüşme yapılmalı, tedavi devamında da belirli aralıklarla (3ay) hastalar izlenerek fayda ve riskler değerlendirilmelidir. Başlangıçta uzun etkili opioidler yerine hızlı salınımlı formlar tercih edilmelidir. İlaç başlanırken en etkin minimum doz ile başlanmalı artırımlar 50 mg morfin (MME) eşdeğeri dozda yapılmalı, 90 MME üzerine çıkılmamalıdır. Doz aşımı, madde kullanım bozukluğu öyküsü, veya eşzamanlı benzodiazepin kullanımı gibi durumların varlığıda değerlendirilmelidir.[3]

Sonuç olarak, tüm kronik ağrılarda olduğu gibi romatizmal hastalıklarda da santral ağrı mekanizmalarının da eşlik edebilmesi nedeni ile sadece periferik etkili veya enflamasyon önleyici tedaviler ile ağrı kontrolü sağlanamayabilir. Bu noktada opioid ilaçlar, rehberlerin klavuzluğunda belirli kurallar çerçevesinde etkin olarak kullanılabilir.

Kaynaklar:

1-Sami Küçükşen, opioid analjezikler. Nilay Şahin, Bekir Durmuş. edt, Romatizmal Hastalıklarda kullanılan ilaçlar, baskı 1, 2014: 116-128

2-Borenstein DG, Hassett AL, Pisetsky D Pain management in rheumatology research, training, and practice. Clin Exp Rheumatol. 2017 Sep-Oct;35 Suppl 107(5):2-7. Epub 2017 Sep 28.

3-Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Mar 18;65(1):1-49.

KONVANSYONEL DMARD TEDAVİSİ

Prof. Dr. Nilay ŞAHİN

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

Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) romatoid artrit başta olmak üzere pek çok romatizmal hastalıkta kullanılan çok önemli bir grup ilaçtan oluşmaktadır. Bunlar genelde romatizmal hastalıklarda uzun dönemde ortaya çıkan hastalık lezyonlarını önleyici ve geciktirici ilaçlar olarak kullanılırlar. Hatta bu ilaç grubu EULAR tarafından sentetik ve biyolojik DMARD' lar olarak iki gruba ayrılmıştır. Hatta bu ayrımın içinde sentetikler metotreksat, leflunamid, salazoprin olarak konvansiyonel sentetik DMARD' lar ile tofasitinib olarak target sentetik DMARD' lar olarak ikiye ayrılmıştır. Etkileri 6-12 haftalık kullanımdan sonra ortaya çıkmaktadır. DMARD' lar ilk başlangıçta step up/step down olarak başlanabilirler. Etkinliklerini özellikle hastanın fizik muayenesi, kliniği, akut faz reaktanları, HAQ ve radyolojik progresyonla takip etmek uygundur. Çünkü bu ilaçlar inflamasyonu baskılamada, semptomları azaltmada, remisyonda ve radyolojik progresyonun yavaşlamasında etkinliği olan ilaçlardır.

Konvansiyonel DMARD' lar içinde en sık kullandığımız metotraksat (MTX) olup bunun dışında sıklıkla tercih edilenler sülfasalazin (SSZ), leflunamid (LF) ve hidroksiklorokindir (HKQ) (tablo 1). Diğer daha nadir olarak tercih edilen konvansiyonel DMARD' lar ise; azatioprin (AZP), siklosporin (SS), tetrasiklin (TS) ve altın tuzlarıdır. Romatolojik hastalıklarda tedavi amacıyla seçilecek ilaçlardaki hedefler son yıllarda sadece semptomların rahatlaması değil aynı zamanda düşük hastık aktivitesi elde etmek olmuştur. Bu nedenle EULAR önerileri çerçevesinde DMARD' ların akılcı kullanımı belirlenmiş ve hekimlere sunulmuştur.

Romatolojik hastalıklardan özellikle romatoid artrit (RA) tanısı alan hastalarda ilk olarak derhal MTX' a başlanması önerilir. Eğer MTX başlanmasında bir sıkıntı varsa LF veya SSZ başlanabilir. İlk dönemler bu DMARD' lar yanına kısa süreli kortikosteroidler ilave edilebilir. Eğer 6 ay içinde yanıt alınırsa tedaviye bu şekilde devam edilir. Ancak tedaviye yanıt yetersiz ise çoklu konvansiyonel DMARD' lara veya hastada kötü prognostik faktörler varsa o zaman biyolojik veya hedefe yönelik sentetik DMARD' lara başlanabilir. Bu tercihlerimizde de 6 ay içinde başarıya ulaşamadıksa farklı biyolojik DMARD' lara geçiş yapmakta fayda vardır.

Bu basamaklarda ilerlerken hangi DMARD' ı öncelikli seçeceğimizi ise tamamen hastanın koşullarına göre belirlemeliyiz. Yapılan bir derlemede DMARD tedavisinin etkinliklerinin incelendiği 258 çalışmanın 211' i; 31 RKÇ, 1 Non-RKÇ, 44 plasebo kontrollü çalışma, 28 meta-analiz veya gözden geçirme ve 107 gözlemsel çalışma sonuçları yayınlanmıştır. Yapılan tüm bu çalışmalara göre;

- ACR20 üzerindeki etkileri, radyografik değişiklikler ve fonksiyonel kapasite artış;
  - MTX ve SSZ *eşdeğerdir*.
  - SSZ+MTX = MTX ve SSZ
- KS+DMARD> tek başına DMARD
- Erken RA'lı hastalarda;
  - etanersept, adalimumab veya MTX'e karşı klinik yanıtlar benzerdi.
  - ancak radyografik sonuçlar; etanersept, adalimumab>MTX'
- Klinik olarak; MTX+Biyolojik DMARD>Biyolojik DMARD monoterapi.
- Klinik yanıt oranları, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi;
  - MTX+Biyolojik DMARD>MTX monoterapi.

DMARD Tedavisinde Moniterizasyon

İlaç	Toksik etki	Değerlendirme	Sistemik muayene	Laboratuvar	Yorum
HKQ	Maküler değişiklikler	Önceden göz problemi olmayan, <40y	Görme alanı ve fundoskopik muay/yıl	Yok	En iyi tolere edilen DMARD
SSL	Nötropeni, myelosupresyon	Hemogram, (ALT ve G6PD riskli hastada)	Ateş, solukluk	İlk 3 ay haftada 2, sonra 3 ayda bir	Enterik kaplı tb iyi tolere edilir
MTX	Myelosupresyon, pnömonit, hepatik fibrosis	Hemogram, AC. grafi, ALT, Cr, Alb, HB/C	Oral ülser, öksürük, bulantı, kısa solunum	(Hemogram, ALT, Alb)/4-8hf	Alkolle alınmaz, gebe ke.
Leflunamid	Myelosupresyon, hepatik fibrosis	Hemogram, ALT, Alb, HB/C	Diare, kilo kaybı, HT	(Hemogram, ALT, Alb)/4-8hf	Yö uzun, gebe ke, alkol alımı sınırlı

Kaynaklar:

1. Örnek Z, Yeşil NK, Doğan İ, Şahin H, Baki AE. Rational Usage of Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs with the Guidance of EULAR and ACR Suggestions. Open Journal of Rheumatology and Autoimmune Diseases, 104-112; 2015.
2. Smolen J, EULAR, London, HOT Session 11, 11 June 2016. Available at: http://www.eular.org/clinical_affairs_initiatives.cfm
3. Gibofsky A. Current Therapeutic Agents and Treatment Paradigms for the Management of Rheumatoid Arthritis. Am J Manag Care. 2014;20: 136-144.
4. Donahue KE, Jonas DE, Hansen RA, et al. Drug therapy for rheumatoid arthritis in adults: an update. Comparative Effectiveness Review Number 55. AHRQ publication No-12-EHCO25-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2014.
5. Romão VC, Canhão H, Fonseca JE. Old drugs, old problems: where do we stand in prediction of rheumatoid arthritis responsiveness to methotrexate and other synthetic DMARDs? Romão et al. BMC Medicine 2013, 11:17.

ROMATOİD ARTRİTTE TNF BLOKERLERİNDEN BAŞKA AJANLAR

Prof. Dr. Hatice BODUR

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Romatoid artrit (RA) tedavisinde hedef erken tanı, erken ve etkili tedavi ile remisyon sağlamak ve sürdürmektir. Remisyon sağlanamayan durumlarda ise düşük hastalık aktivitesi hedeflenir.
RA'nın patogenezi ve proinflamatuar sitokin ağı hakkında bilgilerimizin artışıyla çeşitli endojen sitokinler, reseptörler, hücreler gibi immün cevabın belli noktalarını hedef alan çeşitli antikorlar biyoteknolojik olarak geliştirilmiştir. Geliştirilen bu biyolojik ilaçların, konvansiyonel modifiye edici ilaçlara göre çok daha etkili olmaları ve belirgin klinik ve radyolojik iyileşmeye yol açmaları 'biyolojik çağı ' olarak adlandırılan dönemi başlatmış ve tedavide çığır açmıştır. Böylece remisyon/ düşük hastalık aktivitesi hedefine ulaşabilmek daha olası hale gelmiştir.
İlk kullanılan biyolojik ilaçlar TNF-α inhibitörleridir. Daha sonra TNF dışındaki diğer sitokinleri, T ve B hücreleri hedef alan ajanlar geliştirilmiştir.

IL -6 İnhibisyonu
Tosilizumab (TCZ) IgG yapısında, anti IL6 reseptör subunit alfa monoklonal antikorudur. Hem membrana bağlı ve hem de solubl reseptörlere bağlanarak IL-6'nın bağlanmasını önler. İntravenöz (8 mg/kg/4 hafta infüzyon) ve subkutan (162 mg/hafta) formları vardır. Uluslararası klavuzlara göre en güncel yaklaşım, biyolojik veya hedefe yönelik sentetik modifiye edici ilaçların metotreksat (MTX) ile kombine edilmesidir. MTX yan etki veya intolerans durumlarında ise monoterapi uygulanır. Uzun süreli TCZ çalışmalarında, pek az hastada etkisizliğe bağlı ilaç kesme olduğu ve bu durumun koterapiden bağımsız olduğu izlenmiştir. TCZ monoterapisi, kombine terapiden aşağı değildir. Tüm bu veriler ışığında, MTX kontrendikasyonu ve intoleransı durumlarında monoterapi olarak önerilmektedir. Güvenlik diğer bDMARD'lar ile benzerdir. Divertikülit öyküsü olan ve/veya yaşlı hastalarda intestinal perforasyon riski olabilir.

T Hücre Hedefli Tedavi
T hücre kostimulasyonunda selektif modülasyon sınıfında ilk ilaç abataseptdir (ABA). T hücre aktivasyonu için gerekli kostimülatör sinyallerin modülasyonu üzerinden etki gösterir. İnsan IgG1'in modifiye edilmiş olan Fc kısmı ile CTLA-4'ün ekstrasellüler kısmının birleştirilmesiyle oluşmuş sentetik ve humanize bir füzyon proteinidir.CD80/CD86 kompleksine bağlanarak, T hücre yüzeyindeki CD28 ile etkileşimi önler.
Erken ve yerleşik RA'da yapılan pek çok çalışmada etkinliği gösterilmiştir. Tolerabilitesi iyidir. İntravenöz (10 mg/kg 0-2-4.haftalarda ve ardından 4 haftada bir) ve subkutan formları (125 mg/hafta) vardır. SC uygulama, İV uygulamadan daha az etkin değildir. Güvenlik diğer biyolojik ajanlarla benzerdir. İleri yaş, daha önce geçirilmiş ciddi infeksiyon ve tekrarlayıcı infeksiyonlar, infeksiyon gelişimi açısından risk faktörüdür. ABA'nın immünojenisitesi düşüktür.

B Hücre Hedefli Tedaviler
Rituksimab (RTX) B hücrelerin yüzeyindeki CD20 molekülünü hedef alan şimerik bir monoklonal antikordur. İlaç infüzyonu 1000 mg/ 14 gün olmak üzere 2 kez yapılır. İnfüzyon reaksiyonu oluşabileceği için infüzyon yavaş yapılmalıdır. Öncesinde glukokortikoidle premedikasyon yapılır. İnfüzyon 6 ayda bir tekrarlanır.
RF veya ACPA pozitif hastaların tedaviye iyi yanıt ihtimalinin daha yüksektir. İnterstisyel akciğer hastalığı olanlarda hastalık stabil kaldığı veya düzelme izlendiği için, bu hastalarda kabul edilebilir bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Enfeksiyon sıklığında artış ve fırsatçı enfeksiyonlar olabilir. Enfeksiyon için predispozan faktörler; ileri yaş, komorbidite, ekstraartiküler tutulum ve düşük IgG seviyeleridir. Ig düzeyleri tedavi öncesinde kontrol edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Jones G, Panova E. New insights and long-term safety of tocilizumab in rheumatoid arthritis. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease 2018;10(10): 195 –199.
2. Bortoluzzi A, Furini F, Generali E, Silvagni E, Luciano N, Scire CA. One year in review 2018: novelties in the treatment of rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol 2018; 36: 347-361.
3. Blair HA, Deeks ED. Abatacept: A Review in Rheumatoid Arthritis. Drugs DOI 10.1007/s40265-017-0775-4.
4. Emery P, Pope JE, Kruger K, Lippe R, DeMasi R, Lula S et al. Efficacy of Monotherapy with Biologics and JAK Inhibitors for the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Adv Ther (2018); 35:1535–1563

ERKEN ROMATOİD ARTRİTTE TANIYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Yasemin TURAN

Adnan Menderes Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın

Romatoid Artrit (RA), etiyolojisi belli olmayan, temel olarak büyük ve küçük eklemleri etkilemekle birlikte sistemik etkilere de yol açan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %1 oranındadır. Hastalık sadece morbiditeyi değil mortaliteyi de arttırmaktadır (1). Erken RA tanısına geçmeden önce erken artrit tanısı hakkında bilgi vermek daha doğru olacaktır.

Erken Artritin Klinik Tanısında Güncel Ne Var?

Çoğu erken artrit kliniği bir yıldan kısa süreli, ancak iki yıla kadar uzayabilir. Doğal seyri tam olarak belli değildir. Erken artrit ayırıcı tanısı tablo 1'de verilmiştir.

Tablo1: ERKEN ARTRİT AYIRICI TANISI

SEPTİK ARTRİT	Ateş yükselmesi, halsizlik, iştahsızlık, bulantı vb. sistemik bulgular saptanır. Lökosit, ESH, CRP yükselir.
KRİSTAL ARTRİT	ÜA yüksekliği, USG bulguları (çift kontür, lineer çizgilenme)
REAKTİF ARTRİT	Alt ekstremite asimetrik tutulum, seronegatif.
KLAMİDYA ARTRİTİ	İshal öyküsü, mukozalardan alınan sürüntülerde direkt floresan antikor testi ve enzim immünassay ile mikroorganizma gösterilebilir
VİRAL ARTRİT	Hepatit B ve C testleri, parvo virüs testleri
PALENDROMİK ROMATİZMA	Ataklar haftalar veya aylar sonra tekrarlayabilir. Geçirilen ataklar sonrasında, eklem tekrar eski haline döner; hasar gelişmez. Seronegatiftir.
PSÖRİYATİK ARTRİT	Deri lezyonları, DIF tutulumu, seronegatif, erken PsA'yı seronegatif RA'dan ayırmak için dermaskop ile vasküler periungal patern-USG ile ekstansör digitorum tendonunda peritendinit, entezit ve yumuşak doku ödemi veya fleksör tendon çevresinde diffüz yumuşak doku ödemi
ERKEN KDH	ANA+ANA profil
POLİMİYALJİA ROMATİKA	Eritrosit sedimentasyon hızı çok yüksek, CRP orantısız, 50 yaş üstü ve bayan
İNFLAMATUVAR OA	Radyolojik OA bulguları
HEMOKROMATOZİS	Transferrin satürasyonunun, %45'in üstünde olması

ARTRİTİN ÇOK ERKEN EVRESİNDE ELİMİZDE NE VAR?

Artrit gelişen hastada **çok erken dönemde** aslında tanıya yaklaşabileceğimiz önemli bir bulgu görülmemektedir. Genellikle non-spesifik kas iskelet sistemi semptomları bulunurken, klinik sinoviti bulunmamaktadır. Serolojik incelemede de inflamatuar markırlar negatif olarak gözlenirken, radyolojik incelemede de elimizde belirgin bir bulgu yoktur. Bu nedenle bu dönemde hastaların tanısı gözden kaçabilmektedir. Hastalığın erken dönemlerinde ise en sık klinik bulgular; özellikle **küçük el eklemlerinde simetrik artralji,** 60 dakikadan fazla süren **sabah tutukluğudur.** Bu bulgular, bize **inflamatuar artrit** gelişeceğini düşündürür.

RA'nın çok erken evresinde hastaların tanısını kaçırmamak için EULAR "Klinik Olarak Şüpheli Artralji
(Clinically Suspect Arthralgia=CSA)" tanımı geliştirmiştir. Buna göre CSA; aktif artrit olmayan fakat ileride eklem şişliği ve belki de RA gelişme şüphesi olan hastaları tanımlamak için kullanılır.
EULAR'ın tanımladığı CSA varlığında RA gelişimini destekleyen semptomlar tablo 2'de verilmiştir. (2);

Tablo 2:Romatoid Artrit Gelişimini Destekleyen Semptomlar

Anamnez / Öykü

Yeni başlayan eklem şikayetleri (<1 yıl)
Özellikle MKF eklemde semptomlar
Sabah tutukluğu ≥ 60 dak.
Şikayetlerin sabahları daha çok olması
RA'lı 1.derece akrabanın varlığı

Fizik Muayene

Yumruk yapmada zorluk
MKF'de sıkma testi pozitifliği

1. What is the age in years? Multiply by 0.02.		____
2. What is the sex?		
In case female:	1 point	____
3. What is the distribution of involved joints?		
In case small joints hands/feet:	0.5 point	____
In case symmetric:	0.5 point	____
In case upper extremities:	1 point	____
In case upper and lower extremities:	1.5 points	____
4. What is the score for morning stiffness on a 100-mm VAS?		
In case 26-90 mm:	1 point	____
In case >90 mm:	2 points	____
5. What is the number of tender joints?		
In case 4-10:	0.5 point	____
In case 11 or higher:	1 point	____
6. What is the number of swollen joints?		
In case 4-10:	0.5 point	____
In case 11 or more:	1 point	____
7. What is the C-reactive protein level?		
In case 5-50 mg/liter:	0.5 point	____
In case 51 mg/liter or higher:	1.5 points	____
8. Is the patient rheumatoid factor positive?		
If yes:	1 point	____
9. Are the anti-CCP antibodies positive?		
If yes:	2 points	____
	Total score	____

4 ve üzeri pozitif cevap=%100 RA

ROMATOİD ARTRİT TANI KRİTERLERİ

Romatoid artrit için ilk kez 1987 (American Rheumatism Association: ARA) Tanı Kriterleri tanımlanmıştır. Bu tanı kriterlerinde erken RA tanısı sıklıkla atlanıyordu. Bu sebeple 2010 yılında ACR/EULAR RA Sınıflama Kriterleri tanımlanmıştır (3). Bu son tanı kriterlerine rağmen yine de ACPA testi negatif olan erken RA hastalarında RA tanısının atlandığı rapor edilmiştir.

Tablo 3: 2010 ACR/EULAR RA Sınıflama Kriterleri (3)

Hedef Popülasyon (Kimler taranmalı?): 1. Bir veya daha fazla eklemde klinik olarak belirgin sinovit (şişlik) olan 2. Sinoviti başka bir hastalıkla açıklanamayan		
Romatoid Artrit için (RA) için klasifikasyon kriterleri (Skora dayalı algoritma: A-D kategorilerinden gelen skorlar **toplamı 6-10** ise hasta **KESİN RA'SI** var olarak sınıflandırılır)		
A. EKLEM TUTULUMU		
1. Bir büyük eklem		0
2. 2-10 büyük eklem		1
3. 1-3 küçük eklem (büyük eklem tutulumu var veya yok)	2	
4. 4-10 küçük eklem (büyük eklem tutulumu var veya yok)	3	
5. >10 eklem (en az 1 küçük eklem)		5
B. SEROLOJİ (Klasifikasyon için en az bir test sonucu gereklidir)		
1. Negatif RF ve Negatif ACPA	0	
2. Düşük pozitif RF ve düşük pozitif ACPA	2	
3. Yüksek pozitif RF ve yüksek pozitif ACPA		3
C. AKUT FAZ REAKTANLARI (Klasifikasyon için en az bir test sonucu gereklidir)		
1. Normal CRP ve normal ESH		0
2. Anormal CRP ve anormal ESH	1	
D. SEMPTOM SÜRESİ		
1. <6 hafta		0
2. ≥6 hafta		1

ERKEN RA VE SEROLOJİ

Romatoid Faktör; IgG'ye karşı IgM, IgG ya da IgA sınıfı otoantikorlar olarak bilinmektedir. %60-80 hastane popülasyonlarında pozitifliği olması çok da hastalık için spesifik bir marker olmadığını göstermektedir. RF (+) RA hastalarında radyolojik hasar/fonksiyon kaybının yüksek olduğu, eklem dışı tutulumun sık olduğu bilinmektedir. Ayrıca bu hastalara nodül, vaskülit, bacak ülseri, nöropati görülme riskinin ve mortalite oranının daha yüksek olduğu kaydedilmiştir.

Antikarbomilayted Protein

Anti-CCP (ACPA=Cyclical Citrullinated Peptides):RA semptomlarından önce serumda saptanabilir Farklılaşmamış artritlerden anti-CCP2 pozitif olanlarda erken RA gelişme oranı çok yüksektir. (1 yıl %75-90). Anti CCP pozitif/yüksek titrede ise RA'da erozif-şiddetli hastalık gelişimi oranı yüksek olduğu bildirilmiştir(4).

Yeni Belirteçler; 215 DMARD naif erken RA'lı hastada plazma calprotectin düzeyleri 1. 3. ve 12. aylarda değerlendirilmiş. Calprotectin, DMARD tedavi öncesi ve sırasında USG ile değerlendirilen inflamasyonla korele saptanmış, ayrıca radyografik progresyon ile de ilişkili bulunmuştur (5).

ERKEN RA'DA GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Konvansiyonel Radyografi; Güvenilir, kolay ulaşılabilir, ucuz olması avantajları olmakla birlikte, kemik erozyonu, eklem aralığında daralma, osteopeni, kist, eklem subluksasyonu, diziliminde bozulma, ankiloz, skleroz

Sinovyum ve yumuşak dokularla ilgili bilgiyi kısıtlı oranda vermektedir. Erken RA'da erozyonlar ilk olarak ayak eklemlerinde başlamaktadır. Konvansiyonel radyografi ile en az ilk 6-12 ay süresince eklem görüntülemeleri normal olabilmektedir.

Ultrasonografik görüntüleme (USG); Patolojinin olduğu bölge doğrudan görüntülenebilmesi, ucuz, hasta başı kolay uygulama sağlaması açısından oldukça avantajlı bir değerlendirme yöntemidir. Erken artritlerin değerlendirildiği bir çalışmada oligoartriti olan hastaların 2/3'ünde USG ile subklinik poliartiküler sinovitin varlığı ortaya konmuştur.

Erken RA' da Magnetik Rezonans Görüntüleme Yöntemi; Erken RA'da subklinik inflamasyon ve tenosiviti saptamada USG'ye göre daha duyarlı olduğu gösterilmiştir. Hastaların RA'ya ilerlemesinin

erken tanısında oldukça yardımcı olabilmekle birlikte, pahalı bir uygulama olması dezavantajları arasındadır. Kemik iliği ödeminin gösterilmesi, erozyonların öncüsü olabilmektedir.

Hem ultrasonografik görüntüleme hem de MRG erken tanıda etkili tekniklerdir, ancak düşük maliyet ve kolaylık avantajları göz önüne alındığında, erken RA tanısında ultrasonografik görüntülemenin daha iyi bir seçim olabilir.

Sonuç olarak; Romatoid artritin erken tanısında anamnez, seroloji ve görüntüleme yöntemlerinin seçimini yaparken dikkatli davranılmalıdır. Doğru yöntem seçimi erken tanı ve morbiditeyi önlemede oldukça önemlidir.

Kaynaklar:

1. Gümüşdiş G: Bağ Dokusu Hastalıkları: Romatoid Artrit. Gümüşdiş G, Doğanavşargil E (eds). Klinik Romatoloji, Deniz Matbaası, sf: 269-279, İstanbul 1999.
2. van Steenbergen HW, Aletaha D, Beaart-van de Voorde LJ et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2017 Mar;76(3):491-496.
3. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al, Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. 2010 Sep;62(9):2569-81.Arthritis Rheum 2010;62(9):25-2581.
4. Nam JL, Hunt L, Hensor EM, Emery P. Enriching case selection for imminent RA: the use of anti-CCP antibodies in individuals with new non-specific musculoskeletal symptoms - a cohort study. Ann Rheum Dis. 2016;75(8):1452-6.
5. Jonsson MK, Sundlisæter NP, Nordal HH, et al. Calprotectin as a marker of inflammation in patients with early rheumatoid arthritis.Ann Rheum Dis. 2017;76(12):2031-37.

BİRİNCİ BASAMAKTA ROMATİZMAL HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Didem ERDEM

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

Romatizmal inflamatuar hastalıklar progresiftir. Teşhis ve tedavinin erken başlatılmasındaki gecikme hastalığın ilerlemesi, kötü hastalık sonuçları ve artan sağlık maliyetleriyle sonuçlanabilmektedir.
Genellikle birinci basamak merkezler kas-iskelet sistemi ile ilgili şikâyeti olan hasta grubu için birincil başvuru merkezidir. Birinci basamak hekimleri bu hastalarda romatoloji konsültasyonun gerekli olup olmadığına veya üst merkeze ne kadar hızlı yönlendirilmeleri gerektiğine karar vermelidir. Birinci basamak hekimleri ile romatologların koordine çalışması tanı ve tedaviye başlama süresini kısaltabilir ve sağlık hizmetinin maliyetini azaltabilir. Öte yandan, hastaların romatoloğa gereksiz yere yönlendirilmesi, romatoloji kliniklerinde iş yükünün artmasının en önemli nedenidir. Romatologlara birinci basamaktan yapılan sevklerin çoğunu, kesin tanısı yumuşak doku romatizması veya diğer kas-iskelet sistemi ağrı sendromları olan hastaların oluşturduğu saptanmıştır. Birinci basamakta bu hastalarda sıklıkla bağ dokusu hastalığından şüphelenildiği ve bunun da yanlış pozitif tanı şüphesinin prevalansının yüksek olmasına neden olduğu bildirilmiştir. Birinci basamaktan yapılan sevklerin %41'inde birinci basamakta konulan tanılarının romatolog tarafından değiştirildiği saptanmıştır. Birinci basamak hekimi ve romatolog arasında tanı açısından en yüksek anlaşmanın kristal artropatilerde; en düşük anlaşmanın polimiyalji romatika ve sistemik lupusta olduğu bildirilmiştir.
Bu nedenlerle, romatologlar ve pratisyen hekimler arasındaki iletişim ve bilgi alışverişinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, en azından romatoid artrit (RA) gibi bazı hastalılar için romatoloji kliniğine erken sevk önerileri geliştirilmiştir.
Bununla birlikte, uygun sevk önerileri uygulansa bile, teşhis sürecinde gecikme tam olarak azaltılamayabilir. Bu gecikme, hasta uygun laboratuvar veya görüntüleme tetkikleri gibi test sonuçları ile birlikte sevk edilirse azaltılabilir. Bu nedenle, hangi testlerin doğru yönlendirmeye yardımcı olacağına karar vermek önemlidir. Birinci basamak için erken sevk önerilerine göre klinik olarak RA şüphesi olan hastada sedimentasyon, CRP veya romatoid faktörün (RF) normal olması hastanın romatolağa sevk edilmesini geciktirmemelidir. Ancak yapılan çalışmalarda çoğu pratisyen hekimin, RA şüphesi olan hastalarında sevk kararı verirken RF testine aşırı güvendikleri saptanmıştır. RA şüphesi olan hastaların birinci basamakta görüldükten sonra en kısa sürede sevk edilmeleri için pratisyen hekimlerinin yaklaşımları RF gibi tetkiklerden çok klinik öykü ve fizik muayene bulgularına odaklanmalıdır. Diğer yandan romatoid faktörün birinci basamakta RA için klinik bulgulara göre daha az sensitive bir test olduğu, hastalığın klinik kanıtı bulunmayan vakalarda çok sık istenildiği ve bunun da toplam sağlık maliyetini arttırdığı bildirilmiştir.
Diğer bir önemli nokta Glukokortikoid (GK) tedavinin birinci basamakta uygunsuz kullanımı ile ilgilidir. Romatoloğa sevk etmeden önce GK tedavinin başlanması özellikle erken artrit hastalarında, semptomları maskeleyebilir ve bu nedenle teşhisi geciktirilebilir. Bu nedenle birinci basamakta GK başlanması şiddetli acil durumlar veya uzman randevusu için aşırı uzun bekleme süresi gibi durumlar için saklanmalıdır.
Romatizmal hastalıklarda DMARD tedavilerinin klinik ve laboratuvar olarak izlemesinin yanı sıra uygulanması veya takip reçetelerinin yazılması birinci basamakta yapılabilmektedir. Bu durum romatizmal hastalıkları olan hastaların bakımını daha da ekonomik hale getirebilir. DMARD tedavilerinin denetiminin, hastanın güvenliğini optimize etmek için üç-altı aylık sürede uzman hekim tarafından yapılması gerekmekteyken pratisyen hekimler tarafından da uygulanabilir.
Ayrıca romatizmal hastalık tanısı olan hastaların takipleri sırasında birinci basamak hekimleri aktif hastalığı ve hastalık alevlenmesi olan potansiyel hastaları saptayıp romatoloğa erken sevkini sağlayabilir.
Diğer yandan çoğu romatizmal hastalık tedavisi sırasında gereken uygun aşılamaların uygulanması veya artmış kardiyovasküler risk ve gelişebilecek diğer komorbid hastalıklar açısından hastanın yıllık takipleri birinci basamak hekimleri tarafından yapılabilmektedir.

Kaynaklar:
1. Puchner R, Edlinger M, Mur E, Eberl G, Herold M, Kufner P, Puchner A, Puchner SE, Redlich K, Alkin A, Machold K. Interface Management between General Practitioners and Rheumatologists-Results of a Survey Defining a Concept for Future Joint Recommendations. PLoS One. 2016 Jan 7;11(1):e0146149. doi: 10.1371/journal.pone.0146149. eCollection 2016.
2. Emery P, Breedfeld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. Ann Rheum Dis 2002; 61:290–97.
3. Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. Br J Rheumatol. 1998 Nov;37(11):1215-9.
4. Scott IC, Mangat N, MacGregor A, et al. Primary care challenges in diagnosing and referring patients with suspected rheumatoid arthritis: a national cross-sectional GP survey. Rheumatology Advances in Practice 2018;0:1–6. doi:10.1093/rap/rky012.
5. Miller A, Mahtani KR, Waterfield MA, Timms A, Misbah SA, Luqmani RA. Is rheumatoid factor useful in primary care? A retrospective cross-sectional study. Clin Rheumatol. 2013;32(7):1089-93.

SKOLYOZA GÜNCEL YAKLAŞIM

Dr. Coşkun ZATERİ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale

Skolyoz, gövde, toraks ve omurganın pozisyonu ve biçiminde oluşan heterojen bir grup bozukluğu içeren genel bir terimdir. Omurganın koronal planda Cobb metoduna göre yapılan ölçümde 10 derecenin üzerindeki lateral sapması olarak tanımlansa da günümüzde bu tanım yetersiz kalmaktadır. Gerçekte sadece koronal planda sapma değil, aynı zamanda gövdenin ve omurganın aksiyel ve sagital planda çeşitli torsiyonel deformitelerinin de görüldüğü üç boyutlu bir deformitedir.

Skolyoz, yapısal veya fonksiyonel olabilir. Fonksiyonel skolyoz postürel, bacak kısalığı, histerik ya da spinal sinir kökü basısı sonucu görülebilmekte ve sorun çözüldüğünde düzelebilmektedir. Yapısal skolyoz ise sıklıkla idiopatik olmakla birlikte, nöromüsküler, konjenital, metabolik, travma, dejeneratif veya omurga gelişimini etkileyen çeşitli nedenlere sekonder olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yazıda daha çok idiyopatik skolyoz konu edilecektir.

Epidemiyolojisine bakıldığında %20 oranında diğer patolojilere sekonder olarak ortaya çıkarken, %80'i idiyopatik skolyoz olarak ortaya çıkmakta ve çoğunlukla adolesan dönemde görülmektedir. Dünya genelinde %0,93-12 olmak üzere çok farklı prevalans oranları bildirilmiştir. Ülkemizde Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye Adolesan İdiyopatik Skolyoz-Prevalans Araştırması (TAİS-PA) sonucuna göre %2,3 ile Avrupa ve komşu ülkelerle benzer sıklıkta ortaya çıktığı gösterilmiştir. Kızlarda daha fazla ve hızlı progresyon olmakta ve Cobb açısı arttıkça kızlarda görülme sıklığı erkeklere oranla 1,3 kattan 7 kata kadar değişmektedir. Tüm bu skolyoz olgularının %10 kadarı konservatif tedaviye gereksinim duyarken sadece %0,1-0,3 kadarı cerrahi tedaviye ihtiyaç duymaktadır.

Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da, konjenital ya da edinsel nedenlerle vertebraların yapısında ortaya çıkan bozuklukların skolyoza neden olduğu ileri sürülmektedir. Skolyozlu bireylerde yapılan araştırmalarda, beyin sapında asimetrik yapı, sensoriyal ve denge bozuklukları, trombosit ve kollajen fonksiyon bozuklukları saptanmıştır. Melatonin sentez bozuklukları, östrojen reseptör yapısında ve fonksiyonunda herediter bozukluklar ve çeşitli gen polimorfizmleri skolyozun etyopatogenezinde rol oynamaktadır.

Doğal seyrine bakıldığında idiyopatik skolyoz, sıklıkla büyüme peryotlarında ortaya çıkmaktadır. Bunlar 6.-24. aylar arasında, 5.-8. yaşlar arasında ve 11.-14. yaşlar arasında olmak üzere 3 dönemde pik yapmaktadır. En hızlı ilerleme ise pubertenin başlamasıyla birlikte olmaktadır. 30 derecenin üzerindeki eğrilikler erişkin dönemde progresyon ve yaşam kalitesini olumsuz etkileme riski taşımaktadır. 50 derecenin üzerinde olduğunda ise eğrilikler kesin ilerleme göstermekte ve çeşitli sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

İdiyopatik skolyoz sınıflaması günümüze kadar yaş gruplarına göre yapılmıştır. Bunlar, 0-2 yaş arasında infantil, 3-9 yaş arasında juvenil, 10-17 yaş arasında adolesan ve 18 yaş üstü erişkin idiyopatik skolyoz olarak adlandırılmaktadır. Ancak son dönemlerde 10 yaş altında görülen infantil ve juvenil skolyoz için "erken başlangıçlı skolyoz" terimi kullanılması önerilmektedir.

İdiyopatik skolyoz için çok sayıda sınıflama sistemi mevcuttur. En eski sınıflamalardan biri Ponseti'nin topografik sınıflamasıdır ve hala günümüzde kullanılmaktadır. Eğriliğin omurga segmentindeki yerine göre sınıflandırılmaktadır. Cerrahlar, cerrahi karar açısından daha çok Lenke sınıflamasını tercih etmektedirler. Rigo Cheneau sınıflaması son zamanlarda birçok klinisyen ve ortez tasarımcısı tarafından kullanılmaya başlanmıştır.

İdiyopatik skolyozda konservatif tedavi uygun olgularda ve deneyimli bir ekip tarafından yapıldığında başarılı bir tedavi olarak değerlendirilmektedir. Konservatif tedavide korse, egzersiz, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi ve sportif aktiviteler yer almaktadır. Amaç, eğriliğin progresyonunu azaltmak, oluşan deformiteleri durdurmak ve postür farkındalığı oluşturarak, estetik kaygıları azaltmak, özürlülüğü önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

Konservatif tedavide kanıt düzeyi en yüksek tedavi yöntemleri korse ve skolyoza spesifik egzersiz yöntemleridir. Schroth metodu ile başlayan bu spesifik egzersizler, günümüzde pek çok merkezde çeşitli modifikasyonlarla bireye ve eğriliğe göre özelleştirilerek uygulanmaya çalışılmaktadır. Sportif aktivitelerin eğrilik progresyonunu durdurduğuna dair kanıtlar çok yetersizdir. Bu nedenle skolyozlu bireylere tedavi amaçlı önerilebilecek hiçbir sportif aktivite bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Scoliosis Research Society. https://www.srs.org
2. The International Scientific Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT). http://www.sosort.mobi/index.php/en/
3. Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. Scoliosis Spinal Disord. 2018;13:3

GEBELERDE ROMATİZMAL HASTALIKLARIN TAKİBİ

Dilek KESKİN

Kırıkkale Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonu Anabilim Dalı, Kırıkkale

Romatizmal hastalıkların çoğu kadınlarda doğurganlık çağında görülmektedir. Romatizmal hastalığı olan kadınların çoğu yakın takip, obstekrik ve neonetal moniterizasyon ile sorunsuz bir hamilelik dönemi geçirmektedirler. Romatizmal hastalığı olan gebeleri takip eden hekimler maternal ve neonetal komplikasyonlar, hastalık alevlenmesi, teratojen ilaç kullanımı ve yüksek riskli gebelik gibi sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu hastalarda abortus, preterm doğum, preeklemsi, fetüsde gelişme geriliği, hayati tehdit edecek boyutta hastalık aktivitesinde artış, multipl organ tutulumu veya spontan remisyon gelişebilmektedir. Bunların yanı sıra tedavide kullanılan immunsupresif, anti inflamatuar hastalığı modiye edici ajanların da yan etki ve teratojenite açısından değerlendirilmesi gereklidir. Maternal ve fetüs için riskler hastalığın çeşidi, komorbiditelerin varlığı, hastalık aktivitesi, organ tutulumlarına ve uygulanan tedaviye göre değişiklikler göstermektedir. Her romatizmal hastalık gebelik boyunca spesifik riskler taşımakla beraber iyi planlanan multidisipliner yaklaşımla sorunlar ön görülüp engellenebilir.

Gebelik boyunca maternal immun sistem kendisiyle genetik uyum göstermeyen fetoplasental yapıya Th2 baskın immunite ile uyum sağlamaktadır. Gebelikte artan östrojen nedeniyle Th1 sitokinler baskılanırken ve Th2 aracılı immun yanıt ve antikor üretimi artmaktadır. Dolayısıyla sistemik lupus eritematozis (SLE) gibi Th2 bağımlı hastalıkların gebelik boyunca daha ağır seyrederken, Th1 sitokin aracılı romatoid artrit (RA) ankilozan spondilitli (AS) gebelerde daha iyi bir seyir izlenmekte ve IL-1 reseptör antagonisti ve çözünebilir TNF reseptörü gibi anti inflamatuar sitokinlerin plazma düzeyinde artış saptanmaktadır.

Romatoid artritli hastalar gebelik döneminde hamilelik öncesine göre daha iyi bir dönem geçirir ve daha stabil seyreder. Retrospektif ve prospektif çalışmalarda hamilelerin %75-95'inde belirgin iyileşme gözlenir. Bu dönemde Th2 immunitenin artması ile alfa-fetoproteinin düzeyinin de artması ile sinovyal nötrofiller baskılanır. Hastalık seyrinde remisyona giriş ilk trimesterde başlar, ikinci, üçüncü trimesterde devam eder. Hamilelik sonrasında RA'li hastalarda alevlenme oranı %70'in üzerindedir. Aynı zamanda RA'nın ilk defa ortaya çıkma riski de post partum dönemde özellikle ilk gebelikten sonra artar. İleri düzeyde koksofemoral eklem hasarı olan hastalarda normal doğumun güç olması da dikkate alınmalıdır.

Sjögren sendromlu hastalarda hastalığın doğurganlığa etkisini araştıran yeterli çalışma bulunmamakla beraber endometriyozis daha sık görülmekte ve bu durumda infertiliteye neden olabilmektedir. Sjögren sendromlu hastalarda gebelik döneminde yapılan yeterli sayıda çalışma ve gebeliğin hastalık üzerine bilinen bir etkisi olamamakla birlikte bu hastalarda eşlik eden RA, SLE, skleroderma, otoimmun tiroid hastalığı, kronik hepatit gibi hastalıkların da olabileceği unutulmamalıdır. Sjögren sendromlu anti-Ro pozitif gebelerin bebeklerinde konjenital kalp bloğu, idiyopatik kardiyomiyopati ve neonatal lupus gelişme riskinin fazla olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Periferik tutulumu olan spondilioartropatili (SpA) hastalarda daha iyi bir klinik seyir görülürken aksiyel tutulumun ön planda olduğu hastalarda ise hastalık aktivasyonunda artış izlenebilir. Hamilelik döneminde relaksin hormonuna bağlı ligamanların stabilite üzerindeki koruyucu etkisinin azalmasıyla kötü postür gelişimi ve omurga mobilitesinde azalma izlenebilir. Bu nedenle SpA'lı hastalarda artan ağrı semptomunun dikkatli değerlendirilmesi mekanik nedenlerdeki olumsuzlukların da ağrı artış nedeni olduğu akılda tutulmalıdır.

SLE'li hastalarda doğurganlık oranı normal popülasyon ile benzerdir. Hastaların prospektif olarak değerlendirildiği çalışmalarda hastalarda tanı konduktan sonraki doğurganlık oranının düştüğü tespit edilmiştir. İleri düzey böbrek tutulumu olanlarda ve siklofosfamid kullananlarda amenore gelişebilir.

SLE'li hastaların gebelikleri sırasında en sık karşılaşılan sorun hastalık aktivitesinin artmasıdır. Hamilelik döneminde renal ve santral sinir sistemi tutulumu gibi ciddi organ tutulumlarına yol açan alevlenmeler ortaya çıkabilir. Alevlenmeler genellikle ilk ve ikinci trimesterde gözlenir. Hastaların takiplerinde en sık karşılaşılan sorun hamileliğin doğal seyrinde karşılaşılan durumların aynı zamanda hastalık alevlenme bulguları ile benzer olmasıdır. Alopesi, ödem, anemi, artralji, miyalji, sedimentasyon yüksekliği gibi bulgular gebelik boyunca da izlenebilir. Bu nedenle hastalık aktivitesi hastalığa spesifik ölçeklerde takip edilmelidir.

SLE'li hastalar için en büyük risk gebeliğin başlangıcındaki yüksek hastalık aktivite düzeyidir. Bu nedenle gebelik, hastalık aktivitesinin düşük olduğu dönemde planlanmalıdır. Gebelik planlanan hastalarda anti-Ro, anti-La, antiosfolipit, anti-dsDNA ve kompleman düzeyi, böbrek fonksiyon testleri

değerlendirilmelidir. Kreatin düzeyi < 1.5 mg/dl, proteinüri <3 gr, kreatin klerensi > 60ml/dk olan hastalarda gebelik planlamak güvenlidir.

SLE'li gebelerde preeklemsi, eklemsi, abortus, ölü doğum, intauterin gelişme geriliği gibi komplikasyonlar gelişebilir. Proteinüri, antifosfolipit sendromu, trombositopeni yakından moniterize edilmelidir. Düzenli tansiyon arteriyel ölçülmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Preeklemsi ve renal tutulum alevlenmesinin birbirinden ayırt edilmesinde güçlükler yaşanabilir ve tedavileri de farklı olduğu için hastalara yaklaşım çok önemlidir. Anti ds DNA titresinde yükselme, kompleman düzeyinde düşme, aktif idrar sedimenti, ve diğer organ bulgularının olması renal tutulum lehinedir. Ancak göz önünde bulundurulması gereken en önemli husus; renal tutulum olan hastalarda preeklemsinin de eş zamanlı olarak gelişebileceğidir.

SLE'li komplikasyaon gelişmeyen anneler aylık vizitler halinde izlenmeli, her vizitte; tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, açlık kan şekeri, albumin, proteinüri, C3, C4, anti ds DNA, anti kardiyolipin antikor düzeyi, protein S, kuagülasyon testleri yapılmalıdır. Aynı zamanda lupus aktivite indeksleri ve tansiyon takibi yapılmalıdır. 16. haftadan sonra 1-2 haftada bir fetüs ekokardiyografi ile takip edilmelidir. Lökopeni, lenfopeni, trombositopeni gibi hafif hematolojik bulgular yakın izleme ve kortikosteroid dozunun ayarlanması ile kontrol altında tutulabilir. Eklem tutulumu gelişmesi halinde NSAİİ veya kortikosteroid kullanılabilir. Gebelerde NSAİİ'lar 32. haftadan sonra duktus arteriozusun erken kapanma riski nedeniyle kullanılmamalıdır. Plörit ve perikardit gelişmesi halinde kortikosteroid tedavisi planlanmalıdır. Böbrek tutulumu, hemolitik anemi, nörolojik tutulum, lupus pnömonisi gelişen olgularda kortikosteroid yanında azatioprin kullanılabilir. Şiddetli bulguları olan olgularda siklofosfamid kullanılabilir ancak fetal morbilite riski yüksektir.

Kaynaklar:

1. van den Brandt S, Zbinden A, et al. Risk factors for flare and treatment of disease flares during pregnancy in rheumatoid arthritis and axial spondyloarthritis patients. Arthritis Res Ther 2017.
2. Madazli R, Yuksel MA, Oncul M, et al. Pregnancy outcome in 162 women with rheumatic diseases: experience of a university hospital in Turkey. Arch Gynecol Obstet 2014.
3. Hwang JK, Park HK, Sung YK, et al. Maternal outcomes and follow-up of preterm and term neonates born to mothers with systemic lupus erythematosus. J Matern Fetal Neonatal Med 2018.
4. Spinillo A, Beneventi F, Locatelli E, et al. Early, Incomplete, or Preclinical Autoimmune Systemic Rheumatic Diseases and Pregnancy Outcome. Arthritis Rheumatol 2016.

GEBELERDE ROMATİZMAL HASTALIKLARI NASIL TEDAVİ EDELİM?

Dr. Öğretim Üyesi Ercan KAYDOK

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Niğde

Geçmişte bu hastalıklar ve kullanılan ilaçların gebelik ve bebek üzerine etkileri çok iyi bilinmediği için hastalara çoğunlukla gebe kalmamaları önerilmekteydi. Bugün, bu hastalıkların hamilelik sırasındaki seyri daha net olarak bilinmesi ve tedavideki yeni gelişmeler nedeniyle, hamilelik sırasında yakın takip yapılarak sağlıklı bebek sahibi olmaları mümkün olmuştur.
Romatizmal hastalığı olan kadınla için ideal olan, hastalıklarının remisyonda veya iyi kontrol altında olduğu zaman çocuk sahibi olmayı planlamalarıdır.
Ayrıca, hastayı doğum sonrası dönemde oluşabilecek alevlenmeler konusunda eğitmek ve düzenli aralıklarla kontrol çağrısı yapmak önemlidir. Bu süreçte, hastalık aktivitesini kontrol altında tutmak ve ortaya çıkan alevlenmeyi bastırmak için, bilimsel veriler ışığında risk-fayda oranını dikkate alarak hangi romatizmal ilaçların kullanılacağına karar vermek uygun olacaktır.
Gebelik ve laktasyon döneminde ilaç uygulaması, kafa karıştırıcı ve zor kararlar olarak hem hekimlerde hem de hastalarda stres oluşturmaktadır. Tedavi hedefi, hem fetal hem de maternal güvenliği sağlayarak, annenin hastalığını kontrol altında tutmaktır. Bu nedenle gebelik ve laktasyonda antiromatizmal ilaç kullanımı ile ilgili, ilk olarak 2006'da konsensus bildirisi yayınlanmıştır ve 2008 ve 2016 yılında bu bildiri güncellenmiştir.

EULAR gebelik öncesi ve gebelik ve emzirme sırasında antiromatizmal ilaçların kullanımı için dikkat edilmesi gereken genel ilkeler:

A- Aile planlaması üreme çağındaki her hastada uygulanmalı ve planlanan bir gebelik öncesi, ilaç tedavisinin yeniden ayarlanması yapılmalıdır.
B- Romatizmal hastalığı olan hastaların gebelik öncesinde, gebelik döneminde ve emzirme dönemindeki tedavi, annedeki hastalık aktivitesini önlemeyi veya suprese etmeyi ayrıca fetüsü/çocuğu hiçbir şekilde zarara maruz bırakmamayı amaçlamalıdır.
C- İlaç tedavisinin çocuğa getirdiği risk ile, tedavisiz bırakılan anne hastalığının, hem anneye, hem fetüse/ çocuğa oluşturduğu risk tartılmalıdır.
D- Hamilelik ve emzirme döneminde ilaç tedavisi kararı, romatolog, jinekolog, gerektiğinde diğer sağlık uzmanları ve hasta arasındaki anlaşmaya dayanmalıdır.

Risk Kategorileri

ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA)2015 yılında, hamilelik ve emzirme döneminde kullanılacak ilaçları etiketleme formatını değiştirdi. Önceki kategoride A kategorisinden B'ye, C'den D'ye X'e kadar gittikçe artan riski ima gösteriyordu. Ancak yeni sistem, bir ilacın hamilelik ve emzirme döneminde güvenliği ile ilgili mevcut bilgilerin ve tedavi edilmeyen hastalık riskine ilişkin bilgilerin karşılaştırılmasını sağlamaktadır.

Bu kategoriler:

- Minimum fetal veya maternal risk
- Hamilelikte izin verilen seçici kullanım
- Orta ila yüksek fetal zarar riski
- Bilinmeyen risk

Minimal Fetal Veya Maternal Risk

Aşağıdaki ilaçlar hamilelikte nispeten güvenli olarak görülmektedir:
1-Hidroksiklorokin
2-Sülfosalazin
3-Düşük doz asetil salisilik asit
4-Kolşisin
5- Parasetamol

Hamilelikte İzin Verilen Seçici Kullanım

1- Non-steroid antienflamatuar ilaçlar(1. ve 2. trimester)
2- Glukokortikoidler
3- Azatiopürin ve 6-merkaptopürin
4- TNF İnhibitörleri
5- İntravenöz immünglobulin(IVIG)
6- Siklosporin
7- Tacrolimus

Fetal Zarar Riski Orta-Yüksek

1- Siklofosfamid
2- Metotreksat
3- Mikofenolat mofetil
4- Leflunomide
5- 3. Trimesterde Aspirin ve NSAİ ilaçlar

Sınırlı Bilgi

1- Belimumab
2- Anakinra
3- Rituximab
4- Abatacept
5- Tocilizumab
6- Tofacitinib
7- Ustekinumab

Bilinmeyen Risk

1- Apremilast
2- Ixekizumab
3- Secukinumab
4- Sarilumab
5- Baricitinib

Eular 2016 Önerileri

Gebelikte antiromatizmal ilaçların kullanımı için dikkate alınması gereken noktalar;

1. Hamilelik ile uyumlu olduğu kanıtlanmış konvansiyonel sDMARD'lar, hidroksiklorokin, klorokin, sulfasalazin, azatioprin, siklosporin, takrolimus ve kolşisindir. Gebelikte remisyonun sürdürülmesi veya alevlenmelerin baskılanması için devam ettirilmelidirler. (Eular Öneri düzeyi-B)

2. Metotreksat, mikofenolat mofetil ve siklofosfamit gibi konvansiyonel sDMARD'lar teratojeniktir ve gebelik öncesi stoplanmalıdır. (Eular Öneri düzeyi -B)

3. Non-selektif COX inhibitörleri (NSAİİ'ler) ve prednizon, gebelikte aktif hastalık belirtilerini kontrol etmek üzere lüzum halinde düşünülmelidir. NSAİİ'lerin kullanımı birinci ve ikinci trimesterle sınırlandırılmalıdır. (Eular Öneri düzeyi -B)

4. Gebelik sırasında şiddetli ve dirençli maternal hastalıkta pulse metilprednizolon, intravenöz immünoglobulin hatta gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterinde siklofosfamid'in kullanımı düşünülmelidir.(Eular Öneri düzeyi -D)

5. Daha fazla kanıtlar elde edilinceye kadar, gebelikte mevcut yetersiz kanıtlar nedeniyle leflunomid, mepakrin, tofasitinib ve selektif COX II inhibitörlerden kaçınılmalıdır(Eular Öneri düzeyi B-D).

6. Biyolojik DMARD'lar arasında, tümör nekroz faktörü (TNF) inhibitörlerinin gebeliğin ilk trimesterinde devam edilmesi uygunolabilir. Etanersept ve certolizumab, düşük transplasental geçiş oranı nedeniyle gebelik boyunca kullanılmak üzere düşünülebilir(Eular Öneri düzeyi B).

7. Rituximab, anakinra, tocilizumab, abatacept, belimumab ve ustekinumab, gebelikte güvenli kullanımı hakkında sınırlı kanıta sahiptir ve gebelik öncesi diğer ilaçlarla değiştirilmelidir. Sadece ve sadece gebelik sırasında, gebeliğe uygun başka ilaçların, hastalık aktivitesini etkili bir şekilde kontrol altına alamadığı durumlarda kullanılabilir(Eular Öneri düzeyi D).

Romatizmal hastalıkların varlığında, hamilelikten önce hastalık aktivitesini kontrol altında tutmak ve anneleri olası komplikasyonlar hakkında bilgilendirmek önemlidir.

Gebelik sırasındaki hastalık alevlenmeleri, multidisipliner bir şekilde muhtemel fetal ve maternal komplikasyonlar açısından hastaların yakından takip edilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır; ek olarak, gerekirse, uygun bir tedavi planının yapılması gerekir.

Ayrıca, hastayı doğum sonrası dönemde oluşabilecek alevlenmeler konusunda eğitmek ve düzenli aralıklarla kontrol çağrısı yapmak önemlidir. Bu süreçte, hastalık aktivitesini kontrol altında tutmak ve ortaya çıkan alevlenmeyi bastırmak için, bilimsel veriler ışığında risk-fayda oranını dikkate alarak hangi romatizmal ilaçların kullanılacağına karar vermek uygun olacaktır.

Kaynaklar:

1. Gayed M, Gordon C. Pregnancy and rheumatic diseases. Rheumatology (Oxford) 2007;46:1634-40
2. Skorpen, Carina Götestam, et al. "The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation." Annals of the rheumatic diseases 75.5 (2016): 795-810.
3. Ostensen M, Lockshin M, Doria A, et al. Update on safety during pregnancy of biological agents and some immunosuppressive anti-rheumatic drugs. Rheumatology (Oxford) 2008;47(Suppl 3):iii28–3
4. https://www.uptodate.com/contents/safety-of-antiinflammatory-and-immunosuppressive-drugs-in-rheumatic-diseases-during-pregnancy-and-lactation.
5. https://www.fda.gov/drugs/developmentapprovalprocess/developmentresources/labeling/ucm093307.htm (Accessed on October 27, 2017)

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA CERRAHİ VE AŞILAMA

Doç. Dr. Ali ŞAHİN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

1) Romatizmal Hastalıklarda Cerrahi

Kronik romatizmal hastalığı olan hastalar yüksek riskli cerrahi adaylar olarak kabul edilmelidir. Bunun ana nedeni romatizmal hastalıkların birçok sistemi etkilediği gerçeği ve aynı zamanda tedavide kullanılan etkili ve uzun süreli ilaçlar olarak gösterilebilir. Romatizmal hastalar özellikle eklemlere ve ağrıya yönelik ortopedik cerrahi girişimlerine sıklıkla maruz kalabilmektedir. Bu cerrahi müdaheleler öncesinde dikkatli hasta seçimi oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi ve sonrası oluşabilecek kar-zarar dengesi göz önüne alınıp ona göre karar verilmelidir. Hangi tür cerrahi olursa olsun romatizmal hastalığı olan bireylerin perioperatif değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Detaylı bir anamnez ve dikkatli bir fizik muayene gereklidir. Romatizmal hastalıklarda artmış koroner arter riski, akciğer tutulumu olan hastalıklarda azalmış akciğer kapasitesinin olacağı, Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit gibi hastalıklarda zor entübasyon olabileceği göz önüne alınmalıdır (1). Hastaya yönelik risk belirlenmesi yapılmalıdır. Genel olarak Amerikan Anestezi Derneğinin risk skalası kullanılsa da son zamanlarda Amerikan cerrahi derneğinin ulusal cerrahi kalite geliştirme programı (NSQIP) özelllikle vertebra cerrahilerinde kullanılabileceği vurgulanmaktadır (2). Perioperatif anti-romatizmal ilaçların kullanımında ACR önerilerine göre biyolojik olmayan DMARDs'ların (metotreksat, leflunomid, hidroksiklorokin, sulfasalazin) devamı önerilirken biyolojik ilaçların ise yarı ömürlerine göre değişmekle birlikte operasyondan en az 2-4-6 hafta önce kesilmesi önerilmektedir. Ritüksimab ise en az 7 ay önce kesilmelidir. Azatiyopürin, siklosiporin ve mikofenolat mofetilin ise dirençli SLE'de devamı önerilmektedir (3).

2) Romatizmal Hastalıklarda Aşılama

Romatizmal hastalıklarda aşılama, hastalık özellikleri ve kullanılan immünsupresif tedaviler nedeniyle önemli bir yer tutar. Önceden aşılanmamış biyolojik olmayan DMARD kullananlarda önerilen aşılar yapılmalı, biyolojik DMARD kullananlarda canlı aşı dışındakiler uygulanmalıdır. Tedavilerin aşı yanıtı oluşumunu etkileyebileceği unutulmamalıdır. Aşının yeterli immün yanıt oluşabilmesi için, inaktive aşıların hastalık aktivitesinin en düşük olduğu dönemde ya da immünsupresifler başlanmadan veya düşük dozda verilirken yapılması tavsiye edilir. İmmün yanıtın gelişebilmesi için 2 hafta gerekir. Bu nedenle inaktive aşılar, tedaviyi geciktirmemek kaydıyla, mümkünse tedavi başlanmadan en az iki hafta önce yapılmalıdır. İmmünsupresif/immünmodulatuar ilaç kesildikten sonra inaktive aşıların yapılması için beklemeye gerek yoktur. Bu kuralın istisnaları abatasept ve rituksimabdır. Abatasept kesildikten 2 hafta sonra bile immün yanıtın düşük olduğu görülmüştür. Rituksimab kesildikten sonra ise en az 6 ay beklenmesi önerilir. ACR; İnfluenza (yıllık), hepatit B, Pnömokok, Human Papilloma Virüs aşılamasını önermektedir(4).

Kaynaklar:

1. C. Ronald MacKenzie. Perioperative care of patients with rheumatic disease. In: Hochberg, Silman, Smolen, Weinblatt, Weismann, editors. Rheumatology, seventh edition, Philadelphia: Elsevier Mosby; 2018; (1):458-466.
2. Bilimoria KY, et al. Development and evaluation of the universal ACS NSQIP surgical risk calculator: a decision aid and informed consent tool for patients and surgeons. *J Am Coll Surg*. 2013;217(5): 833-842.
3. Goodman S et al, American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee ArthroplastyArthritis Care & Research Vol. 69, No. 8, August 2017, pp 1111–1124
4. A. Singh J et al, 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis, Arthritis Care & Research,2015

İMMÜN KONTROL NOKTALARI (CHECK-POINTS) İNHİBİTÖRLERİ

Dr. Ülkü UÇAR

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya

Uzun süreli ve ileri evre otoimmün hastalık varlığı ve kullanılan tedaviler hematolojik, lenfoproliferatif ve solid tümör gelişme riskini arttırmaktadır. Kanser tedavisinde ise son yıllarda kullanıma giren immünoterapi modaliteleri immün sistemi aktive ederek tümör hücrlerine yönelik efektör yanıtı arttırmayı hedeflemektedir. Bu durum ise eşlik eden otoimmün hastalıklarda alevlenmeye sebep olabilmektedir.

Konvansiyonel yöntemlerin aksine immünoterapi tümör hücreleri değil bireyin kendi immün sistem yanıtının arttırılması ile tümörün eradikasyonu hedeflenmektedir. Günümüzde en sık kullanılan immünoterapi modalitesi, T hücre aktivasyonunu inhibe eden immün kontrol noktası inhibitörleridir (ICI). T hücrenin aktifleşmesini ve inflamatuar yanıt sonlanması gerektiğinde de etkisizleştirilmesini sağlayan kontrol mekanizmaları vardır. Antijen sunan hücrelerin(ASH) yüzeyinde sunulan MHC-peptid kompleksine bağlı antijenin T hücre üzerindeki reseptöre (TCR) bağlanması T hücre yanıtı için yeterli değildir. Ek olarak T hücreyi aktive edici veya inhibe edici etkilere sahip eş-uyaran moleküllerin de ASH üzerindeki domainleri ile bağlanması gerekir. İşte eş uyaran-ligand etkileşimleri immün sistemin kontrol noktalarıdır. İnhibitör kontrol noktalarının bloke edilmesi tümöre karşı T hücre yanıtını arttırarak terapötik etki gösterir. Bu amaçla inhibitör reseptörlere veya bunların ligandlarına karşı geliştirilmiş monoklonal antikorlar kullanılmaktadır.

Cytotoxic T lymphocyte associated protein 4 (CTLA-4; CD152) bu reseptörlerden tedavi amaçlı ilk kullanılan immün kontrol noktasıdır. İlk olarak 1996 yılında, Allison ve arkadaşları tarafından hayvan tümör modellerinde CTLA-4 inhibisyonunun tümör regresyonu sağlayabildiği gösterilmiş ve bunların insan kanserlerinde de etkili olacağını gösteren çalışmalar ise 2010 ve sonrasında yayınlanmıştır. CTLA4, T hücre aktivasyonun erken evrelerinde rol alır. Normalde antijenle TCR etkileşimi (immün sinaps) olduğunda eş uyaran olan CD28 reseptörü CD80 (B7.1) veya CD86 (B7.2) ligandıyla etkileşime girer ve T hücre aktive olur. Bu iki liganda CD28'den daha yüksek afinite ile bağlanabilen CTLA-4 ise T hücre inaktivasyonuna ve Treg dönüşümüne yol açar. CTLA-4 reseptörü inhibitör etkilere yol açtığı için bu reseptörün inhibisyonu, T hücre üzerindeki fren mekanizmasını kaldırarak T hücre aktivasyonuna yol açar. Hayvan deneylerinde CTLA4 blokajı ölümcül olabilen otoimmün reaksiyonlara neden olmaktadır. CTLA-4 hedefli monoklonal antikorlardan ipilimumab sağkalım avantajı göstermiş ve 2011'de FDA onayı almıştır.

Programmed cell death protein (PD-1; CD279) diğer bir inhibitör etkili reseptördür. Terapötik amaçlı anti PD-1 ve anti PD-1L antikorlar üretilmiştir. İmmün sistemde, CTLA4'e göre inflamasyonun daha geç basamaklarında efektör T hücre aktivitesini düzenleyici rol alır. PD1 blokajı yalnız T hücre aktivitesine yol açmayıp aynı zamanda daha iyi NK aktivitesine ve daha etkili B hücre kaynaklı antikor üretimine de yol açar. PD1 ligandları iki tanedir: PDL1 (B7-H1, CD274) ve PDL2 (B7-DC, CD273). Bu ligandlar tümör hücresi ve ASH'ler üzerinde bulunurlar. PD1, T hücre aktivitesini sağlayan kinazları inhibe ederek etki gösterir. PDL1, mikroçevrede başlıca tümörden ve myeloid hücrelerden salgılanır. PDL1 üretimi KHDAK, melanom, RCC ve kolorektal kanser gibi pek çok kanserde yüksek bulunmuştur.

İmmün kontrol noktalarının keşfi kanser tedavisinde yeni bir çığır açmış ve tedavi hedefine tümör yerine immün sistemi oturtmuştur. İmmün aktivasyona yol açacak stratejiler tek başlarına veya kombine kullanılabilir. Ancak bu alanda prediktif faktörler ve hangi immün kontrol noktasının hangi tümör için can alıcı olduğu iyi bilinmemektedir. Üstelik oldukça pahalı olan bu tedaviler, immün ilişkili yan etkiler nedeniyle kimi zaman hayatı tehdit edici olabilir ve multidisipliner yaklaşımla izlemi gerektirir.

Kaynaklar:
1.Dimitri Zamarin, Michael A. Postow. İmmune checkpoint modulation: Rationel design of combination strategies. Pharmacology & Therapeutics 2015, volume 150, pages:23-32.
2. Abul K Abbas, Andrew H. Lichman. Basic Immunology: Functions and Disorders of the Immue System. Philedelphia,USA, Elsevier/Saunders. 4. Edition (2014).
3. Philips, George K., and Michael Atkins. "Therapeutic uses of anti-PD-1 and anti-PD-L1 antibodies." International immunology 27.1 (2015): 39-46.
4. Pardoll, Drew M. "The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy." Nature Reviews Cancer 12.4 (2012): 252-264.
5. Benfaremo D, Manfredi L, Luchetti MM, Gabrielli A. Musculoskeletal and Rheumatic Diseases Induced by Immune Checkpoint Inhibitors: A Review of the Literature. *Curr Drug Saf* 2018; 13(3): 150-64.

GENETİK, EPİGENETİK, ROMATOLOJİK HASTALIKLAR

Prof. Dr. Füsun ŞAHİN

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli

Evrim açısından genlerin çevresel koşullardan etkilendiği 18. yüzyıldan beri ifade edilmektedir. Canlıların yapılarındaki özellikleri alt nesillerine nasıl aktardığı her zaman araştırılan bir konu olmuştur. Bu aktarım DNA dizisindeki farklılıkların aktarımı şeklinde olduğunda genetik aktarımdan söz edilirken "DNA dizisindeki değişimler ile açıklanamayan, mitoz veya mayoz bölünme ile gelecek nesillere aktarılabilen gen fonksiyonundaki ya da gen ifadesindeki değişikliklerin tümü" ise epigenetik olarak adlandırılmaktadır. Epigenetik terimi ilk olarak 1950 yılında İngiliz biyolog Conrad Waddington tarafından kullanılmıştır. Waddington epigenetiği gelişimsel süreçte genotip ve fenotip arasında kurulan köprü olarak tanımlamıştır. DNA dizisinden bağımsız olarak meydana gelen bu değişikliklerin birbiri ile uyum içinde olması organizmanın normal bir embriyonik gelişim geçirmesi için kritik bir süreçtir. Bu süreçte aynı genetik diziye sahip hücreler farklı ifade şekilleri gösterebilir, genler farklı yer ve zamanlarda farklı davranışlar göstererek farklı genotipler geliştirebilirler. Bazı genlerde yer-zaman parametresine bağlı olarak bir hata veya düzensizlik sonucu gen ekspresyonu aşırılaşabilir veya baskılanabilir, bu da epigenetik kaynaklı hastalıkların gelişmesine neden olur (1).

Epigenetik işaretler olarak tanımlanan ve değişikliğe neden olan fenomenler; DNA metilasyonu, histon metillenmesidir:

DNA metilasyonu, metil adı verilen bir molekülün DNA'nın sitozin ve sonra genellikle guanin bazına eklenmesi ile oluşur. Sitozin-guanin ikilisi pek çok genin, promoter adı verilen kontrol bölgesinde bulunur ve bu bölgenin metile olması o genin pasif bir hale gelmesine neden olur. Yani gen kapanır, RNA polimeraz DNA'ya bağlanamaz. RNA yapılamadığından protein üretimi gerçekleşemez.

Histon metillenmesi; DNA'nın hücrenin çekirdeğindeki histon proteinlerini sıkı ya da gevşek olarak sarmasına dayanır. DNA, histon proteinlerine gevşek bağlıysa genler RNA polimeraz tarafından okunur ve özgül genler proteinlere dönüştürülür. DNA, histon proteinlerine sıkı bir şekilde bağlıysa RNA polimeraz bağlanamaz ve genler kopyalanamaz (2).

DNA metillenmesi bozukluğu sonucu ortaya çıktığı düşünülen hastalıklardan biri Sistemik Lupus Eritematozus'dur (SLE). T hücreler tarafından sentezlenen otoantikorlar DNA, kromatin faktörleri, küçük ribonükleer proteinler gibi nükleer komponentleri hedef alır. T hücrelerindeki DNA metilasyonu hatalarının otoantikor üretimine neden olduğu ileri sürülmektedir. SLE'li hastalardaki T hücrelerinde DNA metil transferaz düşüklüğü ve genom hipometilasyonu gen ekspresyonunu arttırmaktadır.

Romatoid Artrit (RA) etiyolojisinde saptanan çevresel faktörler de bu faktörlerin DNA ile ilişkisinin değerlendirilmesi konusunda araştırma sahası açmıştır. RA'da synovial fibroblastlardaki DNA metilasyon bozuklukları (hipermetilasyon da hipometilasyon da olabilir) inflamasyon, matriks remodeling, lökosit alımı, immün yanıt ile ilgili genomik bölgelerin etkilenmesiyle hastalığı oluşturduğu düşünülmektedir (3).

Bir diğer araştırmada Ailevi Akdeniz Ateşinde MEFV genindeki DNA metilasyonunun gen ekspresyonu ile ilişkisi incelenmiş, hastalarda yüksek metilasyon oranı ve düşük MEFV ekspresyonu, sağlıklı kontrollerde düşük metilasyon oranları ve yüksek MEFV ekspresyonu izlenmiştir (4).

Epigenetik alanındaki gelişmeler hastalık patogenezinin anlaşılması ve tedavi stratejilerinin gelişimi açısından önem taşımaktadır. Histon deasetilazlar regulatuvar T hücrelerinin fonksiyonları ve üretimleri üzerine olan etkileriyle, lisin metil transferazlar veya demetilazlar DNA mtilasyonu üzerine etkileriyle SLE tedavisinde ön plana çıkmaktadır. RA'da otofaji inhibitörü olan PAD4 inhibitörleri eklem destrüksiyonunu önleyecek ajanlar olarak potansiyel öneme sahip görünmektedir. Diyete eklenen potansiyel katkılar da bu alanda tartışılmaktadır. Bunlar; doğal polifenollerden zerdeçal, fosfotidil kolinle zenginleştirilmiş zerdeçal, K-asetil transferaz inibitörü olan çok renkli meyve ve sebzelerden elde edilen delfinidin (NF-κB asetilasyon önleyici), sulforafen (brokoli filiz) (aktive T hücrelerden proinflamatuar citokin aktivitesinin supresörü) en çok çalışılanlardır.

Kaynaklar:

1. Reik W. Stability and flexibility of genetic gen regulationin mammalian development. Nature 2007;447(7143):425-32.
2. Smith ZD, Meissner A. DNA methylation: roles in mammalian development. Nat Rev Genet 2013;14: 204-20.
3. Richardson B, Scheinbart L, Strahler J, et al. DNA methylation and autoimmune diseases. Clin İmmunol 2003;109:72-9.
4. Kireçtepe AK, Kasapçopur O, Arısoy N, et al. Analysis of MEFV exon methylation and exression patterns in familial Mediterranean fever. BMC Med Genet 2011;12:1-6.
5. Gray GG. Perspectives on epigenetic-based immune intervention for rheumatic diseases. Arthritis Res Ther 2013;15:207.

OSTEONEKROZ TANI, TEDAVİ VE REHABİLİTASYON

Prof. Dr. Ümit DÜNDAR

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Osteonekroz subkondral kemikteki hücresel elementlerin bölgesel ölümüne bağlı oluşan trabeküler ve subkondral kolapsı ifade eder, hastalık seyrinde ağrı, sakatlık ve uzun dönemde eklem hasarı gelişebilir. Osteonekroz sinonimleri; avasküler nekroz, spontan osteonekroz, aseptik nekroz, kemik enfarktüsüdür ve kemiği besleyen damarların doğrudan veya dolaylı hasarı sonucu kemik ve kemik iliğinin iskemik nekrozuyla ortaya çıkan bir durumdur. Farklı nedenlerle ortaya çıkan osteonekroz hemen hemen her kemiği ve kemiklerin farklı bölgelerini (epifiz, metafiz, diyafiz) etkileyebilir. Bazı anatomik alanlar (kalça, diz, omuz eklemi, talus, lunatum, skafoid kemikler) geometrisi, beslenme özellikleri ve hemodinamik nedenlerden ötürü osteonekroza daha duyarlıdır. Femur başı en sık ve en ciddi etkilenen bölgedir.

Etiopatogenez; Etiyolojide bir çok neden osteonekroza yol açabilir. Nedenler arasında; idiopatik osteonekroz, alkol kullanımı, steroid kullanımı, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozis, antifosfolipid antikor sendromu, astım, gut, osteomalazi, immün supresyon, vaskülitler, miyeloproliferatif hastalıklar, koagülasyon bozukları, vurgun, orak hücreli anemi, nefrotik sendrom, kronik böbrek yetmezliği, Gaucher hastalığı, arterioskleroz, yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu, obezite, hiperlipidemi, diabetes mellitus, gebelik, pankreatit, Cushing hastalığı, tromboflebit, doğumsal kalça displazisinde yapılan pelvik bandajlama, fraktürler ve dislokasyonlar gibi bir çok neden yer alır. Osteonekroz patogenezinde yer alan üç temel mekanizma olan vasküler hasar, mikrotrombüs ve ekstravasküler bası; kemik içi basıncının artmasına, kan akımının yavaşlamasına ve durmasına sonuçta iskemiye neden olur. Nekroz tamir olaylarını başlatır. Nekrotik kemiğin rezorpsiyonu yeni kemik dokusunun oluşumu çok yavaş seyreden olaylardır. Bu süre içinde yapısal zayıflık nedeniyle özellikle nekroz subkondral kemiği içine alıyorsa kırılma, ayrışma ve çökmeye neden olur.

Klinik Bulgular; Osteonekroz kliniği tutulan anatomik bölgeye göre oldukça değişken olabilir. Femur başının osteonekrozu uyluk önünde ve kasıkta ağrıya neden olabilir. Bununla beraber medullar kemiğe lokalize asemptomatik vakalarda ağrı olmayabilir. Akut osteonekrozda opiod analjezik kullanımına neden olacak kadar yoğun bir ağrı görülebilir. Ağrı istirahatte de devam eder, şiddetlidir, vücut ağırlığının taşınmasıyla ilişkili değildir ve erken fazda eklem hareket açıklığı korunmuştur. Bu klinik bulgular ostenekroz için kırmızı bayraklar olarak kabul edilebilir. Artiküler kollaps ile birlikte sekonder osteoartrit ve buna bağlı bulgular gelişebilir. Osteonekroz genellikle unilateraldir, fakat bazen bilateral ve multifokal olabilir.

Tanı; Osteonekrozun klinik tanısı genellikle gecikir. Bunun nedeni radiografinin erken tanıda duyarlı olmamasındandır. Osteonekroz için kırmızı bayrak bulguları olan kişilerde MR ile değerlendirme önerilmektedir. Osteonekroz için spesifik risk faktörü bulunan hastalarda örneğin alkolikler, steroid kullanımı, sistemik lupus eritemetozus, hemoglobin sickle cell hastalığı, hamileliğin üçüncü trimestrında şiddetli kalça ağrısı varlığında ve diz osteoartritli hastalarda dramatik ağrı artışı yaşandığında osteonekroz açısından ileri görüntüleme yapılmalıdır. Erken tanıda radiyografi normal veya negatif bulunurken, MR, kemik sintigrafisi yararlıdır. Bilgisayarlı tomografi geç vakalarda kortikal kolapsın yaygınlığını değerlendirmede kullanılabilir.

Tedavi ve Rehabilitasyon: Konservatif tedavi yaklaşımları arasında steroid kullanımı gibi risk faktörlerinden kaçınma ve etkilenen ekleme yük vermemek tedavide ilk yapılması gerekenlerdir. Fizik tedavi yöntemleri, eklem hareket açıklığı egzersizleri, kas güçlendirme programları ve analjezik kullanımı önerilmektedir. Dekompresyon cerrahisi erken dönemde (evre I) yapılırsa artmış intramedüller basıncı azaltarak iskemik kemik bölgesinin oksijenasyonunu artırır ve tamir sürecine destek verir.

Kaynaklar:
1. Timoty McAlindon and Robert J.Ward. Osteonecrosis in:Marc C. Hochberg, Alan J. Silman, Josef S. Smollen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman (editors) Rheumatology . Fifth edition, Mosby Elsevier, Philadelphia, 2011, pages 1815-1823.
2. Levent Yazmalar. Avasküler Nekrozlar in: Mehmet Beyazova, Yeşim Gökçe Kutsal (editörler) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İkinci baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2011, sayfa:3273-3288.
3. Ahmet Turan Aydın, Haluk Özcanlı. Osteonekroz: Tanımlamalar, sıklık, etiyopatogenez, patoloji. TOTBİD Dergisi 2010;9(1):1-6
4. Hakan Özdemir, Murat Baloğlu. Femur başının avasküler nekrozu: Tanı ve tedavisi. TOTBİD Dergisi 2010;9(1):41-51.
5. Chughtai M, Piuzzi NS, Khlopas A, Jones LC, Goodman SB, Mont MA. An evidence-based guide to the treatment of osteonecrosis of the femoral head.Bone Joint J. 2017 Oct;99-B(10):1267-1279. doi: 10.1302/0301-620X.99B10.BJJ-2017-0233.R2.

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA AKUT MEDİKAL REHABİLİTASYON

Esra GİRAY

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Rehabilitasyon farmakolojik tedavilerin yanı sıra non-farmakolojik tedavileri içeren ve bu tedavileri birlikte kullanan spesifik bir tıp dalıdır. Semptomların azaltılmasının yanı sıra yaşam kalitesinin ve fonksiyonun, bağımsızlığın ve katılımın arttırılmasını da amaçlar. Romatolojik hastalıkların optimal yönetimi için hem farmakolojik hem de non-farmakolojik tedavilerin birlikte kullanımı gereklidir. Non-farmakolojik tedavilere de hakim olan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanları bu nedenle romatolojik hastalıkların yönetiminde avantajlıdır. Romatolojik hastalıklarda akut medikal rehabilitasyon istirahat, hasta ve ailesinin eğitimi, ortezler, adaptif ve yürümeye yardımcı cihazlar ve fizik tedavi modalitelerinden oluşmaktadır. Romatolojik hastalıkların rehabilitasyonu sırasında hastalıkla ilgili veya tedaviye bağlı yan etki ve toksisite gibi ortaya çıkabilecek acil durumların bilinmesini önemlidir. Spontan tendon kopmaları, atlantoaksiyel sublüksasyon, avasküler nekroz, periferik nöropati, vaskülitlerde inme, ankilozan spondilitte frajilite kırıkları ve kauda equina sendromu romatolojik hastalıkların yönetimi sırasında ortaya çıkabilecek akut medikal rehabilitasyon gerektiren durumlara örnektir. Bu konuşmada, farmakolojik olmayan müdahalelere vurgu yaparak, romatolojik hastalıklar için akut rehabilitasyon yönetimleri anlatılacaktır. Romatolojik hastalıklarda akut rehabilitasyonun kanıta dayalı temel prensipleri tartışılacak ve özel durumlar için akut yönetim stratejileri vurgulanacaktır.

Kaynaklar:

1.Organization WH. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: World Health Organization, 2001.
2.Firestein GS, Budd R, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology E-Book: Elsevier Health Sciences, 2016.
3. Kavuncu V, Evcik D. Physiotherapy in rheumatoid arthritis. Medscape General Medicine. 2004; 6.
4. Bongi SM, Del Rosso A, Cerinic MM. Rheumatologic rehabilitation: towards recommendations. Reumatismo. 2014; 66: 197-207.
5. Rao U, Shantaram V. Rheumatolological emergencies. Journal-Association of Physicians of India. 2006; 54: 58.

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA POSTOP KOMPLİKASYONLAR

Prof. Dr. Hüseyin DEMİR

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri

Günümüzde tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen, çeşitli romatizmal hastalıklarda hala cerrahiye ihtiyaç duyulan ve romatizmal hastalığı olan hastaların sayısı fazladır. Cerrahi girişim geçirecek olan ve enflamatuar romatizmal hastalığı olan hastalarda hem hastalığa hem de uygulanan tedavilere bağlı bazı postoperatif sorunlar yaşanmaktadır. Bunların başında cerrahi sonrası enfeksiyon gelişmesi, yara iyileşmesinde bozulma ve romatizmal hastalığın aktivitesinde artış sayılabilir. Bu bakımdan cerrahiye gidecek hastalarda ve özellikle elektif cerrahi düşünülen hastalarda hem hastalık aktivitesine yönelik hem de cerrahi öncesi kullanılan ilaçların kesilmesi, doz azaltılması ya da arttırılması konusunda önlemlerin alınması gerekmektedir. Ayrıca bazı romatizmal hastalıklarda hastalığa ve tedaviye bağlı başta kardiyovasküler sistem olmak üzere(tromboembolik olaylar, kanama diatezleri gibi) çeşitli organ ve sistemde sorunlar gelişebilmektedir.

Postoperatif komplikasyonlar konusunda kanıta dayalı tıp açısından çok sayıda olmamakla beraber romatoid artrit başta olmak üzere spondiloartropatiler, sistemik lupus eritematozus ve vaskulitler konusunda öneriler ve çalışmalar mevcuttur. Bu tür hastalıklarda kullanılan nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar, steroidler, klasik hastalık modifiye edici ilaçlar (DMARD) ve biyolojik DMARD'lar konusunda perioperatif ve postoperatif komplikasyonları en aza indirmek için tedavi düzenlemesinin yapılması uygun olacaktır. Bu sunumda romatizmal hastalıklarda postoperatif komplikasyonları en aza indirmek için yapılması gereken düzenlemeleri literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

Birçok romatizmal hastalığı olan ve immünsüpresif kullanan hasta operasyona maruz kalmaktadır. Batı Avrupa ve ABD de RA prevalansı %1, inflamatuar artrit ise %2 civarındadır. Almanyada inflamatuar artrit prevalansı %3 civarındadır (yaklaşık 2.5 milyon hasta). Bundan 25 yıl önce %25 hasta total diz artroplastisi operasyonuna gitti, şimdilerde bu oran azalmakla beraberhala yüksek sayıda operasyon yapılmaktadır. RA'lı hastaların %70'i DMARD, %20'si biyolojik ajan kullanmaktadır. Bu da demektir ki çoğu hasta immunmodülatör ilaç almaktadır. Sonuçta bu ilaçların cerrahiye etkileri ve yara iyileşmesindeki komplikasyonları tam net değildir. En çok rutin kullanılan 20 DMARD veya biyolojikle ilgili az sayıda kanıta dayalı öneri mevcuttur. Alman Ortopedi Derneği bu konuda cerrahiye giden RA'lı hastalardan ilk1000 hastanın ön sonuçlarını sunmuştur.

Romatizmal hastalıklarda başta RA olmak üzere klasik DMARD'laral hastalığın remisyonu veya düşük hastalık aktivitesi sağlanamazsa biyolojik ilaçlara geçilir. Biyolojik ilaçlar (bDMARD, tsDMARD) hastalığın patogenezinde rol oynayan immün sistemi baskılarken istenmeyen yan etkilere de (bakterial, viral, fırsatçı enfeksiyonlar gibi) yol açar. RA gibi hastalıklarda başarılı tedavilere rağmen hala cerrahiye ihtiyaç duyulan vakalar vardır. İmmünsüpresif alanlarda hem postop komplikasyonları (enfeksiyon, yara iyileşmesinde gecikme gibi…) hem de hastalık alevlenmesini kontrol etmek için tedavi düzenlemesi önem kazanmaktadır. Bu konuda başta ACR olmak üzere çeşitli derneklerin de önerileri bulunmaktadır.

Kaynaklar

1- Kostuj T et al. Pilot study for the registry of complications in rheumatic diseases from the German Society of Surgery (DGORh): evaluation of methods and data from the first 1000 patients. BMJ Open. 2017 Oct 10;7(10):e015987. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015987.

2- Fleury G, Mania S, Hannouche D, Gabay C. The perioperative use of synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis. Swiss Med Wkly. 2017 Dec 11;147:w14563. doi: 10.4414/smw.2017.14563. eCollection 2017.

3- Goodman SM et al. 2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017 Aug;69(8):1111-1124. doi: 10.1002/acr.23274. Epub 2017 Jun 16.

4- Goodman SM[1], Mackenzie CR. Cardiovascular risk in the rheumatic disease patient undergoing orthopedic surgery. Curr Rheumatol Rep. 2013 Sep;15(9):354. doi: 10.1007/s11926-013-0354

5- Wong LE[1], Bass AR. Postoperative risk of venous thromboembolism in rheumatic disease patients. Curr Rheumatol Rep. 2015 Feb;17(2):11. doi: 10.1007/s11926-014-0488-6.

BOYUN AĞRILARI VE GİRİŞİMSEL TEDAVİ UYGULAMALARI

Savaş ŞENCAN

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

Boyun ağrısı, toplumda yaygın olarak rastlanan, ciddi bireysel ve sosyoekonomik etkileri olan önemli bir problemdir. Bel ağrısı , depresyon ve eklem ağrılarından sonra disabilite nedenleri 4. sırada yer aldığı bildirilmektedir. Sistematik bir derlemede boyun ağrısının ortalama nokta yıllık ve yaşam boyu prevelensının sırasıyla %7.2, % 37.2, %48.5 olarak tespit edilmiştir (1). Kadınlarda ve orta yaş grubunda daha sık rastlanmaktadır. Boyun ağrılı hastalarda akut atakların çoğunlukla 2 ay içerisinde düzelmesine karşın , yaklaşık yarıdan fazlasında halen düşük dereceli semptomlar veya rekürrensler 1 yıl sonrasında bildirilmektedir. Akut-kronik, radiküler- aksiyel, oksipital baş ağrısı ile ilişkili olan-olmayan vs çok sayıda sınıflandırma olmasına karşın güncel olan boyun ağrılarının nöropatik –nonnöropatik olarak sınıflandırılmasıdır. Liu R. ve ark. 100 hasta ile yaptıkları çalışmalarında servikal bölge ağrısının %43'ünün nonnöropatik, %7'sinin nöropatik ve %50'sinin mikst tipte olduğu bildirilmiştir (2). Nöropatik ağrısı olanlarda fonksiyonel bozukluk ve psikopatoloji bel ağrısındakine benzer şekilde daha yüksek seviyededir. Aynı zamanda nöropatik veya mikst ağrısı olanlarda epidural steroid enjeksiyonu gibi girişimsel işlemler veya cerrahi daha fazla uygulanmaktadır. Boyun ağrılı bir hastada girişimsel işlem planlamasında birinci adım öykü, kas iskelet sistem muayanesi ve nörolojik muayaneyi içeren sistematik yaklaşımın sergilenmesi, ikinci adım ağrı kaynağı açısından görüntüleme yöntemleri ile değerlendirme sonrasında muhtemel tanıları ve girişimsel olmayan tedavilerde dahil olmak üzere tüm tedavi seçenekleri hakkında hastayı bilgilendirme ve gerekli önerilerde bulunma son adım ise doktor önerileri ve hasta verileri birleştirilerek oluşturulan bir tedavi planının oluşturulmasıdır (3). Girişimsel tedavi kararı verilmişse alternatiflerin yanısıra potansiyel risk ve faydalarının açısından da bilgilendirilme yapılması zorunludur. Boyun ağrılı hastalarda hastanın konservatif yöntemlere yanıtsız olması, ağrının kaynağını tespit etmek, cerrahi planlamasına katkı ve hastanın 'çok fazla' olan ağrısının azaltılması amacıyla girişimsel tedavi planlanabilir. Buna karşın kanama diatezi, hastanın onam vermemesi, enjektatlara karşı allerji öyküsü, sistemik ve lokal enfeksiyonlar ve floroskopi eşliğinde uygulamalarda gebelik durumlarında girişimsel tedaviler uygulanmamalıdır. Servikal bölgede girişimsel işlem uygulamalarında en sık C kollu flosokopi cihazı kullanılmaktadır. Radyasyon maruziyeti olmasına karşın iğne derinliğinin saptanabilmesi açısından önemli bir avantaj sağlamaktadır. Servikal bölgede epidural steroid enjeksiyonları, faset eklem enjeksiyonları, radyofrekans uygulamaları, epidurolizis, spinal kord stümülatörü vs çok sayıda girişimsel tedavi yöntemi bulunmaktadır. Bu işlemlerin özellikle son 10 yılda gerek uygulanma sayılarında gerek uygulayıcı hekim sayısında ciddi oranda artış olduğu bildirilmektedir (4). Bu nedenle bu işlemler açısından uygun hasta seçimi, işlem teknikleri, olası komplikasyonlar ve etkinlikleri açısından yeterli bilgi ve deneyime sahibi olunması hem tedavi başarısı hemde gereksiz işlemlere bağlı oluşan ekonomik kayıpların önlemesi açısından son derece önemlidir. Bu işlemler sonrasında genellikle minör yan etkiler görülebilmesine karşın ölüme kadar uzanan ciddi komplikasyonların olasılığı unutulmamalıdır. Bu nedenle başta partikülsüz steroid kullanımı olmak üzere diğer koruyucu önlemler dikkate alınarak uygulanmalıdır. Güncel literatür incelendiğinde gerçek plasebo kontrollü çalışmaların olmaması ve metodolojik heterojenite nedeniyle bazı uygulamaların etkinliklerine dair kanıt düzeylerinin limitli olduğu bildirilmektedir (5). Buna karşın konservatif tedavilerle yanıt alınamayan hastalarda servikal girişimsel işlemlerin alternatif ve etkili bir tedavi seçeneği olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu işlemler sonrasında gerekli egzersiz ve rehabilitasyon programları kısa süre sonra başlanmalı ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımı benimsenmelidir.

Ksaynaklar:

1- Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the World population: a systematic critical review of the literature. Eur Spine J 2006;15:834-48doi:10.1007/s00586-004-0864-4.
2- Liu R, Kurihara C, Tsai HT, Silvestri PJ, Bennett MI, Pasquina PF, Cohen SP. Classification and treatment of chronic neck pain: a longitudinal cohort study. Reg Anesth Pain Med 2017;42:52-61
3- Mukai A, Kancherla V. Interventional Procedures for Cervical Pain Phys Med Rehabil Clin N Am. 2011 Aug;22(3):539-49
4- Manchikanti L, Pampati V, Hirsch J. Retrospective cohort study of usage patterns of epidural injections for spinal pain in the US fee-for-service Medicare population from 2000 to 2014**.** BMJ Open. 2016 Dec 13;6(12):e013042. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013042**.**
5- Manchikanti L, Hirsch JA, Kaye AD, Boswell MV. Cervical zygapophysial (facet) joint pain: effectiveness of interventional management strategies. Postgrad Med. 2016 Jan;128(1):54-68. doi: 10.1080/00325481.2016.1105092

BEL AĞRILARI VE GİRİŞİMSEL TEDAVİ UYGULAMALARI

Prof. Dr. Hakan GÜNDÜZ

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

Bel ağrısı en sık görülen kas iskelet problemi olup, bireylerin %85'inde hayatlarında en az bir kez yaşandığı bildirilmektedir. Topluma koroner arter hastalığından; hatta diyabet, inme, solunum yolu enfeksiyonları ve romatolojik hastalıkların kombine yükünden daha fazla yük oluşturmaktadır (1). Yaşam kalitesini, yaşam biçimini ve işe bağlı dizabiliteyi etkilemektedir. Bu nedenle bel ağrılı hastalar erken dönemde tedavi edilerek, periferik ya da santral sensitizasyon gelişmesine izin verilmemeli, ağrının kronikleşmesi önlenmelidir.

Bel ağrılarının nedenleri arasında mekanik, nörolojik, mekanik olmayan sorunlar ve diğer nedenler sayılabilir. Bunların içinde mekanik nedenler %80-90 oran ile ilk sırada gelmektedir. Buna karşılık, spinal enfeksiyonlar (%0,01), metastatik kanser (%0,07), kauda ekina sendromu (%0,04) gibi, aynı zamanda kırmızı bayrak sorunları olarak adlandırılan durumların birinci basamak sağlık hizmetlerinde rastlanma olasılığı düşüktür ve bu hastalarda genelde klinik risk faktörleri zaten eşlik etmektedir.

Lomber bölgede başlıca ağrı kaynakları sinir kökü, kas, fasya, kemik, eklem ve intervertebral disktir. Ancak abdominal organlardan yansıyan ağrılar, ayrıca aberan nörolojik süreçlerin katkısı ile görülen ağrılar da göz önünde bulundurulmalıdır (2).

Bel ağrısı olan hastalar oldukça geniş yelpazede hekim ya da hekim dışı kişilere başvururlar. Bel ağrılı hastaların tedavisinde medikal ve konservatif yaklaşımların yanında girişimsel ve cerrahi tedavi seçenekleri de bulunmaktadır. Girişimsel işlemler planlanmadan önce iyi bir öykü ve fizik muayene yanında görüntüleme gereklidir. Bunun dışında, kırmızı bayrak yakınmalarının eşlik etmediği, ya da 50 yaş üzeri ve şiddetli travma öyküsü, aşırı kilo kaybı, yüksek ateş, immünosupresyon, kanser öyküsü, intravenöz ilaç kullanımı, uzun süreli steroid kullanımı veya osteoporoz, 70 yaş üzeri hastalar, progresyon gösteren veya disabilite yapan fokal nörolojik defisit olmayan akut bel ağrılı hastalarda görüntüleme endike değildir (3).

Bu hastalara günümüzde başta algoloji olmak üzere çeşitli uzmanlık dallarından hekimler girişimsel tedavi seçeneklerini uygulamaktadır. Bel ağrısı oldukça sık olması nedeniyle hangi hastaya hangi girişimsel işlemin yapılması gerektiği kararında ulaşılabilirlik, maliyet ve uygulayıcı tercihleri etkili olmaktadır.

Bu işlemlerin spinal kord yaralanması, enfeksiyon, kanama, dura yırtığı gibi ciddi risklerin de beraberinde alınacağı bilinmelidir ve bu yan etkilere ilişkin gerekli ayrıntılı bilgilendirme yapılarak hastalardan sözlü bilgilendirme sonrasında yazılı onam alınmalıdır. Girişimsel tedaviler hastanın ağrısı 'çok fazla' olduğunda, ancak cerrahiyi de kesinlikle düşünmüyorsa ağrı kaynağını tespit etmek için yapılabileceği gibi, hasta konservatif yöntemlere yanıtsız ise terapötik olarak ya da cerrahi planına katkı olması amacıyla planlanabilir.

Bel ağrısına yönelik başlıca girişimsel işlemler arasında epidural steroid enjeksiyonu, faset eklem bloğu, medial dal bloğu, medial dal radyofrekans ablasyonu, sakroiliak eklem bloğu, dorsal kök gangliyon bloğu ya da pulse radyofrekans uygulaması, spinal kord stimulasyonu, provokatif diskografi, intradiskal tedaviler ve epiduroskopi sayılabilir. ABD'de 2000-2013 yılları arasında Medicare kapsamında geri ödemesi yapılan işlemlerin gerek sayısında, gerek de bunları uygulayan uzmanlık dallarında ciddi oran artış olduğu bildirilmektedir (4). Epidural steroid enjeksiyonları en sık uygulanan girişimsel işlemdir ve en önemli sorulardan biri hangi hasta grubunda daha fazla fayda sağlanacağıdır. Literatürde disk herniasyonu ve spinal stenoza bağlı radiküler ağrılı hastalarda daha etkin kullanıldığı bildirilmesine karşın dejeneratif spondilolistezis, dejeneratif skolyoz, Modic Tip I dejeneratif disk hastalığı gibi aksiyel ağrılı durumlarda halen etkinliği ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (5).

Kaynaklar:

1. Raastad J, et al. The association between lumbar spine radiographic features and low back pain: A systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 2015;44(5):571-85.
2. Allegri M, et al. Mechanisms of LBP: A guide for diagnosis and therapy. F1000Res 2016;5:1530.
3. Chou R, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007;147(7):478-91.
4. Manchikanti L, et al. An updated assessment of utilization of interventional pain management techniques in the medicare population: 2000 - 2013. Pain Physician 2015;18(2):E115-27.
5. Rivera CE. Lumbar epidural steroid injections. Phys Med Rehabil Clin N Am 2018;29(1):73-92.

BÜYÜK DAMAR VASKÜLİTLERİ

Dr. Ece KAPTANOĞLU

Başkent Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir Zübeyde Hanım Hastanesi, Romatoloji Bölümü, İzmir

Vaskülit, inflamasyon sonucunda damar duvarında hasar ve nekroz gelişimi ile karakterize, ateş, halsizlik, iştahsızlık gibi yapısal semptomlar ile beraber, değişen derecelerde organ ve doku sistemi tutulumu görülen heterojen bir hastalık grubudur. Büyük damar vaskülitleri daha çok aorta ve onun ana dallarını tutar. Bu grupta sayılabilecek 2 önemli hastalık Takayasu arteriti ve dev hücreli arterittir. Takayasu daha çok gençlerde görülürken dev hücreli arterit elli yaşından sonra görülmektedir. Takayasu arteriti için kollarda klodikasyo, nabızlarda azalma ya da kaybolma, iki kol arasında en az 10mmHg sistolik kan basıncı farkı olması, hipertansiyon gibi bulgular uyarıcı olmalıdır. Dev hücreli arterite polimiyaljia romatika da eşlik edebilir. Temporal arterlerde hassasiyet, şişme gibi bulgular, yeni başlayan baş ağrısı, çiğneme ağrısı, görme ile ilişkili semptomlar da dev hücreli arteritte karşımıza çıkabilir. Bu hastalıkta görme ile ilgili semptomların zamanında tedavi edilmesi gerekir yoksa kalıcı görme kaybı meydana gelebilir. Dev hücreli arteritte son yıllarda ekstra-kraniyal büyük damar tutulumu daha iyi tanınmaya başlanmıştır. Birbirlerine benzer klinik, laboratuvar ve histolojik özelliklere sahip olmaları nedeniyle bu iki hastalığın, aynı hastalığın farklı fenotipleri olduğunu düşünen yazarlar da olmuştur. Büyük damar vaskülitlerinde damar duvarında transmural, granülomatöz inflamasyon ilerledikçe arter duvarında intimal hiperplazi ve damarda tıkanma görülür ve bu da etkilenen organda iskemi ve hasar oluşturur. Büyük elastik arterlerin etkilenmesi sonucunda anevrizma oluşumu veya diseksiyon ya da ruptür gibi ölümcül olaylar gelişebilir. Bu hastalıkların tanısı için spesifik bir laboratuvar testi yoktur, akut faz yanıtı çoğu zaman artmıştır. BT veya MRG anjiyografi, US, PET/BT, PET/MRG gibi damar görüntüleme yöntemleri ve dev hücreli arterit için temporal arter biyopsisi tanıda en çok kullanılan yöntemlerdir. Tedavide her iki hastalık için de ilk sırada yüksek doz glukokortikoidler gelir, ancak sentetik ve biyolojik DMARD tedavilerinde iki hastalık için farklı yaklaşımlar önem kazanmıştır. Büyük damar vaskülitlerinde vasküler cerrahi girişimler gerekebilir, bu girişimler hastalığın inaktif olduğu dönemlerde yapılmalıdır, böylece ameliyat başarısı artar. Ayırıcı tanıda idiyopatik izole aortit, Cogan sendromu ve relapsing polikondrit, Behçet hastalığı, seronegatif spondiloartritler gibi hastalıkları göz önünde tutmak gerekir.

Kaynaklar:

1. Zavadilova L, Gergely L. Large vessel vasculitis. Large vessel vasculitis, Cor et Vasa (2017), http://dx.doi.org/10.1016/j. crvasa.2017.09.003.
2. Keser G, Aksu G. Diagnosis and differential diagnosis of large vessel vasculitis. Rheumatology International. https://doi.org/10.1007/s00296-018-4157-3
3. Gulati A, Bagga A. Large vessel vasculitis. Pediatr Nephrol 2010; 25:1037–1048.
4. Koster MJ, Warrington KJ. Classification of large vessel vasculitis: Can we separate giant cell arteritis from Takayasu arteritis? Presse Med 2017 https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.11.032.

ANCA İLİŞKİLİ VASKÜLİTLER

Dr. Zafer GÜNENDİ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Serumda antinötrofil sitoplazmik antikorların (ANCA) eşlik ettiği sistemik nekrotizan küçük damar vaskülitleridir. Başlıca 3 tipi mevcuttur; Granulomatöz Polianjit (GPA), Mikroskopik Polianjit (MPA), Eozinofilik Granulomatöz Polianjit (EGPA). Antinötrofil sitoplazmik antikorlar, nötrofillerin sitoplazmik granüllerindeki proteinlere (Myeloperoksidaz-MPO, Proteinaz 3-PR3) karşı gelişen antikorlardır. ANCA ilişkili vaskülitler çok faktörlü hastalıklardır. En önemli faktör genetik yatkınlıktır. Tüm genom çalışmalarında en güçlü ilişki MHC-II bölgesinde tespit edilmiştir. MHC bölgesi dışında bazı gen bölgelerinin (PRTN-3 gibi) polimorfizminin de ANCA ilişkili vaskülitlerle bağlantılı olabileceği bildirilmiştir. Enfeksiyon, ilaçlar, silika tozu gibi bir takım çevresel faktörlerin de etiyoloji de etkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu konuda elde tutarlı kanıt yoktur. ANCA ilişkili vaskülitler nadir romatizmal hastalıklardır. Dünya çapında sıklığı 1-3/100000 kişi'dir. Uzak Doğu'da baskın gözüken vaskülit MPA iken, Kuzey Avrupa'da GPA daha sık gözükmektedir. EGPA ise diğer iki tip ANCA ilişkili vaskülite göre daha az gözlenmektedir. Patogenezde, inflamasyonun erken döneminde nötrofiller etkili iken, geç dönemde makrofaj ve T hücreleri de inflamasyona katılırlar. Bu üç vaskülitin birçok ortak klinik bulguları mevcuttur. Hemen her sistemi etkileyebildikleri için başlangıç bulguları değişkenlik gösterir. Deri en çok etkilenen bölgedir. Üst hava yolları özellikle GPA ve EGPA da etkilenir. GPA da kanlı nazal akıntı, nazal perforasyon gibi daha destrüktif tutulumlar olurken, EGPA'lı hastalar ise daha ziyade nazal polip ve kronik rinitten müzdariptirler. Her üç vaskülitin de ortak alt hava yolu tutulum bulguları, nefes darlığı ve hemoptizidir. Detaylı incelemede akciğerde infiltrasyon, kavitasyon, nodül ve bronşial tutulum saptanabilir. EGPA'da daha ziyade geç başlangıçlı astım mevcutken, GPA ve MPA'da alveolar hemorajiye bağlı masif hemoptizi ve pulmoner yetmezlik gelişebilir. EGPA'lı hastaların alt grubunda kardiyak tutulum olabilir. ANCA ilişkili vaskülitlerde peritonit ve iskemik kolite bağlı karın ağrısı ve kanlı diyare gelişebilir. Böbrek tutulumu genellikle asemptomatiktir. Bu nedenle ANCA ilişkili vaskülitlerde periyodik kan basıncı, idrar tetkiki ve böbrek fonksiyonları takip edilmelidir. Periferik sinir sistemi, santral sinir sistemine göre daha sık tutulur. Tutulum genellikle akut nöropati şeklindedir ve EGPA'lı hastalarda daha sık gözlenir. Ayırıcı tanıda çoklu sistem tutulumu yapabilen enfeksiyon, malignansi, ilaç toksisitesi düşünülebilr. Laboratuar değerlendirmede saptanabilecek spesifik olmayan bulgular; akut faz yanıtçılarında artış, anemi, lökositoz, trombositoz, eozinofili (EGPA'da), böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluklar, anormal idrar sedimenti ve proteinüridir. Spesifik olarak ise ANCA pozitifliği saptanabilmektedir. ANCA ilişkili vaskülitlerde histopatolojik değerlendirme hem tanıyı doğrulama ve tutulumun ciddiyetini belirlemede hem de ayırıcı tanıda oldukça önemlidir. MPA'da granulomatöz olmayan inflamasyon görülürken, GPA'da granulomatöz inflamasyon, EGPA'da ise eozinofilden zengin granulomatöz inflamasyon saptanır. ANCA ilişkili vaskülitlerin tedavisi glukokortikoid ve immünsüpresif ajanlardan oluşmaktadır. İki fazdır; remisyon indüksiyonu ve remisyon idamesi. Remisyon indüksiyonunda yüksek doz glukokortikoidlerle birlikte immünsüpresif ajan olarak genellikle siklofosfamid ya da ritüksimab kullanılmaktadır. Remisyon idamesinde ise düşük doz glukokortikoid ile birlikte kullanılabilecek immünsüpresif tedavi alternatifleri; azatiopürin, metotreksat, mikofenolat mofetil, leflunomid ve rituksimab'dır. Etkili bir tedavi ile %90 oranında remisyon sağlanabilmektedir. Ancak relaps sıklığı yüksektir. Mortalite genel popülasyona göre 2.7 kat artmıştır. En sık mortalite nedenleri artmış kardiyovasküler hastalık ve tedavi komplikasyonlarıdır.

Kaynaklar:

1. Nakazawa D, et al. Pathogenesis and therapeutic interventions for ANCA-associated vasculitis. Nat Rev Rheumatol. 2019 Feb;15(2):91-101.
2. Berti A, Dejaco C. Update on the epidemiology, risk factors, and outcomes of systemic vasculitides. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018 Apr;32(2):271-294.
3. Yates M, et al. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. Ann Rheum Dis. 2016 Sep;75(9):1583-94.
4. Tan JA, et al. Mortality in ANCA-associated vasculitis: a meta-analysis of observational studies. Ann Rheum Dis. 2017 Sep;76(9):1566-1574

HIPERSENSITIVITE VASKÜLITLERINE KLINIK YAKLAŞIM

Doç. Dr. H. Fatih ÇAY

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya

Kutanöz küçük damar vasküliti (KKDV), derideki küçük damarları etkileyen lökositoklastik vaskülit tablsouna verilen isimdir. KKDV kutanöz lezyonlarla ilişkili, deride yerleşik kapiller, venüller ve arteriyollerde histopatolojik olarak lökositoklastik vaskülit özelliklerinin gösterildiği hastalık tablosudur. En sık gözlenen klinik deri bulgusu palpable purpura olmakla birlikte peteşiler, hemorajik büller, ülser ve ürtikerler görülebilmektedir. Deri lezyonları sıklıkla yer çekimine yakın anatomik bölgelerde gözlenmektedir. Tanımlama gereği diğer organ sistemlerini etkileyen vaskülit tablolarının olmaması önemlidir. KKDV ilaçlar, enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar ya da malign hastalıklarla ilişkili olabilmekte, bazen de herhangi bir etkenin saptanmadığı "idiyopatik KKDV" olarak ortaya çıkabilmektedir. İdiyopatik olgular bu hastalığın %30-60'ını oluşturmaktadır. Hastalığın adlandırılmasında kutanöz lökositoklastik vaskülit, kutanöz lökositoklastik anjiitis, kutanöz nekrotizan venülitis terimleri kullanılabilmektedir. Hipersensitivite vasküliti tanımı, daha çok ilaçlar ya da enfeksiyonlar sonucu ortaya çıkan olgular için kullanılmaktadır. Hastalık bir dışlama tanısı olarak kabul edilmektedir. Bunun için klinik ve laboratuvar olarak hastalığa yol açabilecek etkenin olmadığı gösterilmelidir. Bu yöntemle, titizlikle yapılacak tarama önemlidir çünkü, olası etkenin varlığında bulunup ortadan kaldırılması klinik tablonun düzelmesine katkıda bulunabilir. Ek olarak, sistemik tutulumun varlığında uygulanacak tedavi doğal olarak agresif uygulanmalıdır.

Bu hastalıkların klinik değerlendirmesinde, öncelikli olarak gerçek anlamda bir vaskülitin olup olmadığının saptanması gereklidir. Bu amaçla, deriden alınacak biyopsinin hem ışık mikroskopisinde hem de immünfloresan inceleme altında değerlendirilmesi gereklidir. Vaskülit tanısı kesinleştikten sonra gerek klinik gerekse laboratuvar araştırmalar, altta yatan etkenin varlığını araştırmaya yönelik olmalıdır. İdiyopatik olgular genellikle haftalar içinde kendiliğinden gerileme göstermektedir. Bu durumda, bilinen risk faktörünün olmadığının doğrulanması ve semptomların kontrol altına alınması yeterli olmaktadır. İlaçlar ya da enfeksiyonlarla ilişkili olgularda etken olan faktörün ortadan kaldırılması tablonun kendiliğinden gerilemesini sağlayabilmektedir. Komplike olmayan, kronikleşme ya da tekrarlama eğilimi olmayan olgular için ekstremitenin elevasyonu, yaranın enfeksiyonlardan korunması, gerekirse sargı uygulaması yapılabilir. Ağrı ya da kaşıntı kontrolü için NSAİİ ve antihistaminik ilaçlar kullanılabilir. Sistemik immünmodülatör tedaviler daha çok, hemorajik büllöz oluşumlar, ülserasyonlar ve kronik ya da tekrarlayan hastalık tabloları için düşünülmektedir. Sistemik tedavi seçenekleri arasında, kısa süreli glukokortikoidler, kolşisin, dapson, metotreksat ve azathioprine kullanılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kutanöz Vaskülit, Lökositoklastik vaskülit**,** Hipersensitivite vasküliti

Kaynaklar:

1. Fett N. Management of adults with idiopathic cutaneous small vessel vasculitis. www.uptodate.com ©2019
2. Ratzinger G, Zelger BG, Carlson JA, Burgdorf W, Zelger B. Vasculitic wheel - an algorithmic approach to cutaneous vasculitides. J Dtsch Dermatol Ges. 2015; 13(11): 1092-117.
3. Goeser MR, Laniosz V, Wetter DA.A practical approach to the diagnosis, evaluation, and management of cutaneous small-vessel vasculitis. Am J Clin Dermatol. 2014;15(4):299-306. doi: 10.1007/s40257-014-0076-6.
4. Micheletti RG, Werth VP. Small vessel vasculitis of the skin. Rheum Dis Clin North Am. 2015; 41(1):21-32,vii. doi: 10.1016/j.rdc.2014.09.006.

YAYGIN AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. F. Figen AYHAN[1,2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Romatoloji Ünitesi, Ankara
[2]Uşak Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Uşak

Kronik yaygın ağrı (KYA) tüm dünyada yaygın görülen fibromyaljinin (FM) tanımlayıcı bir özelligidir. Buna ragmen KYA FM için patognomonik değildir, ve KYA ayırıcı tanısında diğer benzer durumların dikkate alınması gereklidir (1). KYA için en yaygın sebep FM olmasına rağmen, bu ağrı başka bir hastalığa da bağlı olabilir ve ayırıcı tanı yapılması gerekir. Bu sunumda FM'yi taklit edebilen tanılar genis bir spektrumda değerlendirilecektir.
KYA olan hastanın değerlendirilmesindeki basamaklar Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Kronik yaygın ağrısı olan hastayı değerlendirme

1. Ağrının özellikleri	Yeri (ağrı diyagramı kullanılabilir) Başlangıç zamanı Artıran ve azaltan faktörler
2. Eşlik eden semptomlar	Yorgunluk ve dinlendirmeyen uyku Diğer organ system semptomları Sistemik semptomlar (kilo kaybı, azalmış iştah ve ateş)
3. Tıbbi ve psikososyal öykü	
4. Ailenin medikal ve psikososyal öyküsü	
5. Muayene	Fizik muayene Hassasiyet veya dizestezi veya allodini Eklem şişliği, spinal tutukluk, entezlerde hassasiyet Nörolojik muayene
6.FM şüphesi varsa	Kısıtlı sayıda lab testi (**tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, CRP, keratin kinaz, TSH, PTH**)

Bazı belirti ve bulgular **sarı bayraklar** olarak FM tanısını akla getirir (Tablo 2)
Tablo 2. FM tanısını düşündüren ipuçları (sarı bayraklar)

1.Ağrının özellikleri	Yer ve şiddeti değişkendir Nöropatik-benzeri ağrı kalitesi (yanıcı ağrı) Hava değişiklikleri, gerginlik, kötü uyku ve stresle şiddetlenir
2. Muayene	Yaşa göre normal kas-iskelet fizik muayene Yumuşak doku ve vücutta hassasiyet Dizestezi

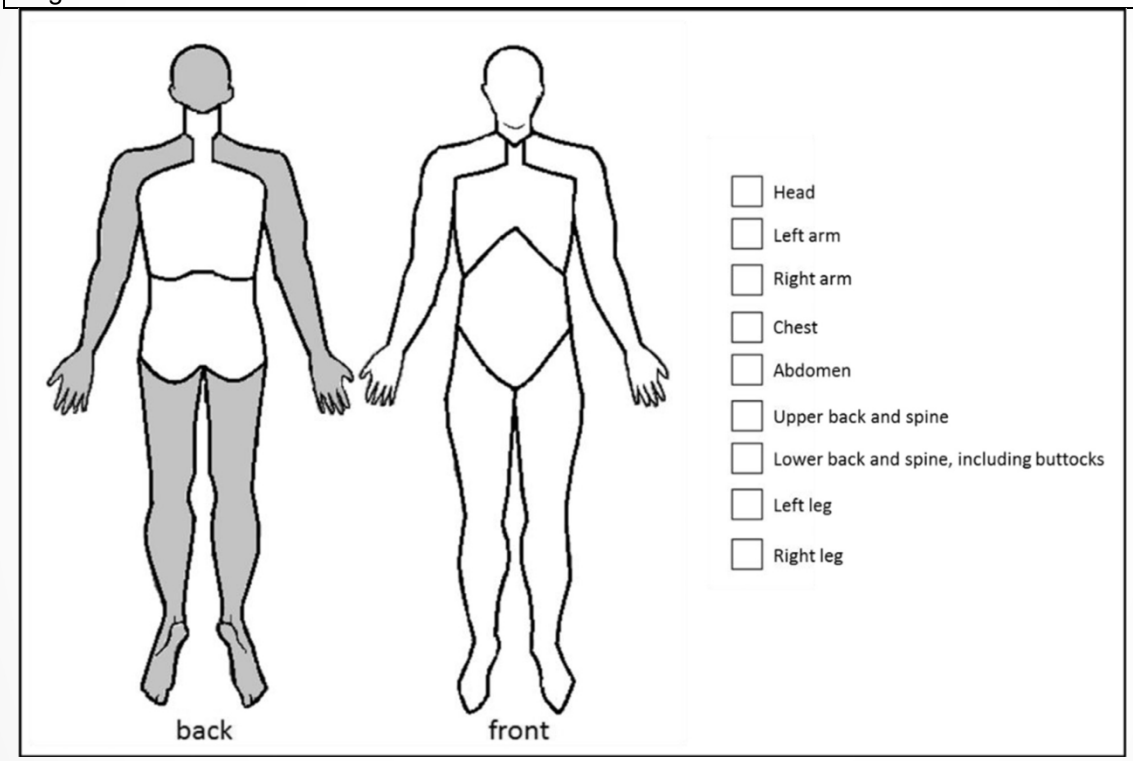
Kronik yaygın ağrı nedenleri olan kırmızı bayraklar; sistemik inflamatuvar romatizmal hastalıklar, inflamatuvar olmayan kas-iskelet hastalıkları (myofasyal ağrı sendromu, hipermobilite sendromu), romatizma-dışı sistemik hastalıklar (endokrin-Cushing,Addison, Hipotiroidi, Hiperparatiroidi-, GI, enfeksiyöz-Lyme,hepatit-, malignite), nörolojik hastalıklar (MS, parkinson, periferal nöropatiler), spinal stenoz ve myelopati, myopatiler ve myozit ile mental bozukluklar (genel anksiyete bozuklugu ve somatoform ağrı bozukluğu) olarak sayılabilir.
Yaygın vücut agrısına neden olan ilaçlar ve ko-morbid FM durumları Tablo 3'de, FM-2018 AAPT tanı kriterleri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 3. Yaygın vücut ağrısına neden olan ilaçlar ve ko-morbid FM durumları

İlaç grubu	**Ko-morbid FM**	**Ko-morbid FM**
Statinler : Myopati	**Nörolojik hastalıklar**	**Romatizmal hastalıklar**
Opioidler : Hiperaljezi	Parkinson	OA %17
Kemoterapötikler : Periferal nöropati	Herediter nöropatiler	RA %21
Aromataz inhibitörleri : Artralji	Nöropatik ağrı	SLE %37
Bisfosfonatlar : Kemik ağrısı	Küçük lif nöropatisi	SpA %21.4

Tablo 4. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia

Boyut 1: Çekirdek Tanı Kriteri:
1. ÇokluBölgeAğrısı ÇBA = ≥ 6 / 9 ağrı bölgesi (see Fig below)
2. Orta – ciddi uyku problemleri VEYA yorgunluk
3. ÇBA + yorgunluk veya uyku problemleri ≥ 3 ay
NOT. Başka bir ağrılı hastalık veya ilişkili semptom FM tanısını ekarte ettirmez. Buna ragmen klinik değerlendirme önerilir.



Kaynaklar:

1. Hauser W, Perrot S, Sommerd C, et al. Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. Pain Reports 2017; 9(2): e598.
2. Häuser W, Sarzi-Puttini P, Fitzcharles MA. Fibromyalgia syndrome: under-, over- and misdiagnosis. Review, Clin Exp Rheumatol 2019; 37 (Suppl. 116): S90-S97.
3. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Pain. 2018. pii: S1526-5900(18)30832-0.

HİPERMOBİLİTE SENDROMLARI

Dr. Selami AKKUŞ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Eklem hipermobilitesi, kişilerin yaş, cinsiyet ve etnik grubuna göre eklem hareketlerinin daha fazla olması anlamına gelmektedir. Bu durum bir veya birkaç eklemle sınırlı olduğunda lokalize eklem hipermobilitesi, 5 veya daha fazla sayıda eklemde olduğunda jeneralize eklem hipermobilitesi olarak adlandırılır.

Jeneralize hipermobilite kuvvetli genetik temeli olan klinik sendromlardır. Prevalansı çeşitli yaş ve etnik gruplarda bayanlarda % 6-57, erkeklerde 2-35 olarak bildirilmiştir Ortalama %5-18 arasında olduğu bildirilmiştir.

Cinsiyet, yaş ve etnik yapı yanında; vücut ağırlığı, egzersiz, travma, cerrahi ve bazı tıbbi durumlar gibi çevresel faktörler de etki edebilmektedir.

Eklem hipermobilitesi semptom vermeyebilir, bir hastalık da değildir. Semptomatik olduğunda hipermobilite sendromu olarak adlandırılmaktadır. Hipermobilite sendromu, ana yaknması ağrı olan, herediter ve bağ dokusu hastalkları ile karışabilen ve çoğu zaman tanısı atlanan veya ihmal edilen bir hastalıktır. Marfan, Ehler-Danlos ve osteogenesis imperfekta gibi çoğu herediter konnektif doku hastalığı ile birlikte görülebilir. Herediter konnektif doku hastalığının hafif formu olduğu düşünülmekle birlikte hastalığa spesifik genetik markır tanımlanmamıştır.

Ehlers-Danlos sendromu (EDS) başlıca konnektif dokuyu tutan genetik geçişli bir grup hastalıktır. Eklem hipermobilitesi yanında vasküler doku ve deride frajilite artışı vardır. Hastalığın 13 tane alt grubu tanımlanmıştır. Hafif seyirli olabildiği gibi, yaşamı tehdit eden alt grupları da vardır. Hipermobil EDS (hEDS) en yaygın görülen tipidir ve eklem hipermobilite sendromu ile çakışma (overlap) göstermektedir. Son zamanlarda eklem hipermobilite sendromu ve hEDS kriterlerini karşılamayan hasta grubu “hipermobilite spektrum hastalığı” olarak isimlendirilmektedir.

Etiyolojide kollajen, elastin ve fibrilini kodlayan fibröz protein genlerinde anormallik olduğu düşünülmektedir.

Çocuklarda aktivite ile ilişkili ağrılar, eklem instabilitesi, kas güçsüzlüğü, denge bozukluğu, hareketlerdeki inkoordinasyon ve yürüme bozukluklarının bir kısmının altında hipermobilite sendromları yatmaktadır.

Tanıda Beighton skoru ve Brighton kriterleri kullanılmaktadır.

Tedavide güçlendirme, germe ve denge egzersizleri ile birlikte splint ve ortezler kullanılmaktadır. Bisiklete binme ve su içi egzersizler önerilmekle birlikte, mücadele sporları tavsiye edilmemektedir. Fizik tedavi ajanları ve akupunktur ağrı tedavisinde etkili olmaktadır.

Kaynaklar:

1. Syx D, De Wandele I, Rombaut L, Malfait F. Hypermobility, the Ehlers-Danlos syndromes and chronic pain. Clin Exp Rheumatol 2017; 35 (Suppl. 107): S116-S122.
2. Peterson B, Coda A, Pacey V, Hawke F. Physical and mechanical therapies for lower lower limb symptoms in children with Hypermobility Spectrum Disorder and Hypermobile Ehlers-Danlos Syndrome: a systematic review. Journal of Foot and Ankle Research (2018); 11 (59): 116-22.
3. Odabaşı BB, Turan Y, Şendur ÖF. Benign eklem hipermobilite sendromu tedavisi. Nobel Med 2010;6(2):5-8
4. Malfait F, Francomano C, Byers P et al.: The 2017 international classification of the Ehlers-Danlos syndromes. Tinkle BT, Malfait F, Francomano CA, Byers PH, edi- tors. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2017; 175: 8-26.
5. Schubert-Hjalmarsson E, Ohman A, Kyllerman M, et al. Pain, balance, activity, and participation in children with hypermobility syndrome. Pediatr Phys Ther. 2012;24(4):339–

FİBROMİYALJİ TEDAVİSİNDE AKILCI REHBER

Prof. Dr. Dilşad SİNDEL

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

Fibromyaljide tedavi modalitelerinin etkinliğinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar mevcut olup, metodolojilerinde herhangi bir standardizasyon bulunmamaktadır. Tedavide birinci basamak, tanıyı doğrulayıp depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu gibi komorbiditeleri tespit etmek, semptomların azaltılmasını, fiziksel fonksiyonlar ile yaşam kalitesinin artırılmasını hedeflemektir.

Amerikan Ağrı Derneği (American Pain Society-APS, 2005), Almanya'daki Bilimsel Tıp Toplumları Birliği (Association of the Scientific Medical Societies in Germany-AWMF, 2008), Kanada Ağrı Topluluğu (Canadian Guidelines for the Diagnosis and Management of Fibromyalgia Syndrome, 2012) ve Romatizmaya Karşı Avrupa Birliği (European League Against Rheumatism-EULAR, 2016) gibi uluslararası tıbbi kuruluşlar fibromyalji tedavi kılavuzları oluşturmuştur. 2018 yılında Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği tarafından, daha önce yazılmış uluslararası rehberler, uluslararası derlemeler ve klinik çalışmalar ile ülkemizde yapılan klinik çalışmalar ve derlemelerden yararlanılarak, kanıt ve öneri düzeyleri ile birlikte “Fibromiyalji Tanı ve Tedavi Önerileri” kitapçığı basılmıştır.

Fibromiyalji hastalarında ilaç tedavisi seçimi, hastanın klinik özellikleri, yan etki profili ve tedaviye verilen yanıta göre yapılmalıdır. Tedaviye monoterapi olarak düşük dozlarda başlanmalı, yavaşça titre edilerek doz artırılmalıdır. Başlangıçta hastalar 1-2 hafta gibi sık aralarla takip edilmeli, semptomları en az %50 azaldığında ve etkin doza ulaşıldığında 2 ayda bir kontrol edilerek ilaç dozu hastanın yanıtına göre ayarlanmalıdır. Monoterapi ile semptom kontrolü sağlanamadığında veya birden fazla semptomu olan hastalarda kombinasyon tedavisine geçilebilir.

Fibromyaljide etkinliği kanıtlanmış ilaçlar; trisiklik antidepresanlar, tramadol, serotonin norepinefrin gerialım inhibitörleri (SNRI) ve bazı antiepileptiklerdir. Pregabalin ve gabapentin ile yapılmış çalışmalarda, pregabalinin etkinliği konusunda daha fazla veri bulunmaktadır. Pregabalin, ağrı semptomu ön planda olan, uyku bozukluğu ve yorgunluğun eşlik ettiği fibromiyalji hastalarında 300-450 mg/gün dozda kullanılabilir (Kanıt düzeyi Ia, Orta güçte öneri). SNRI (Duloksetin, Milnasipran)’ların fibromiyaljide desandan ağrı inhibisyon yolakları üzerinde etkili olan serotonin ve noradrenalinin inhibisyonuyla etki ettikleri düşünülmektedir. Duloksetin 30 mg/gün doz ile başlanarak etkin doz olan 60 mg/gün dozda, Milnasipran ise 100 mg/gün dozda-gereğinde 200 mg/gün dozda kullanılması uygundur (Kanıt düzeyi Ia, Orta güçte öneri). Selektif serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI)’nin fibromiyalji hastalarında kullanımı önerilmez; ancak fibromiyalji hastalarındaki depresyon ve anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılabilirler (Kanıt düzeyi Ia, Zayıf öneri). Bir trisiklik antidepresan olan Amitriptilin, kardiyak sorunu olmayan, başka antidepresan ilaç kullanmayan, 60 yaş altı fibromiyalji hastalarında 10-25 mg/gün dozda kullanılabilir (Kanıt düzeyi Ia, Zayıf öneri). Amitriptilin’in ülkemizde fibromiyalji tedavisinde endikasyonu bulunmamaktadır. Zayıf bir opioid olan tramadol, hafif serotonin-noradrenalin geri alım inhibisyon etkisine de sahiptir, fibromiyalji hastalarında kısa süreli, 150 mg/gün dozda kullanılabilir (Kanıt düzeyi Ia, Zayıf öneri). Monoamin oksidaz inhibitörleri, Siklobenzaprin ve Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar’ın fibromiyalji hastalarında kullanımı önerilmemektedir.

İlaç tedavisinde şiddetli ağrı varsa; Duloksetin, Pregabalin ve Tramadol, şiddetli uyku sorunu varsa; Pregabalin ve düşük doz Amitriptilin kullanılması önerilir. Tedaviye yetersiz yanıt durumunda SNRI ve Pregabalin kombinasyonu uygundur. Eğer ilaçla tedavi yararlı bir etki sağlamazsa veya yan etkileri yararından fazla olursa uygulamanın sonlandırılması gerektiği unutulmamalıdır.

Hastanın fiziksel fonksiyonlarını ve aktivite düzeyini artırmayı, genel sağlık durumunu iyileştirmeyi hedefleyen ilaç dışı tedaviler eğitim, egzersiz, fizik tedavi modaliteleri ve bilişsel-davranışsal tedaviyi içermektedir. Hastalıkla başa çıkabilmelerini sağlayacak eğitim programları, tedavinin en önemli ve ilk basamağı olmalıdır. Hastanın hastalığını bilmesi ve kooperasyonu tedaviye cevapta çok önemlidir. Aerobik ve kuvvetlendirme egzersizleri hastanın klinik durumu ve koşullarına uygun şekilde bireysel olarak planlanmalıdır. Karada ve su içinde uygulanan egzersizlerin birbirine üstünlüğü gösterilememiştir,

uyumun daha fazla olacağı egzersiz ortamı seçilmelidir. Hasta eğitimi ve egzersiz, tedavi programının bir parçası olarak uygulanmalıdır (Kanıt düzeyi Ia, Güçlü öneri).
Fibromiyalji hastalarında elektroterapötik uygulamaların tek başına yapılması ile ilgili yeterli bilimsel kanıt yoktur, tedavi programının bir parçası olarak, hastanın klinik durumu ve koşullarına uygun şekilde yapılması önerilir (Kanıt düzeyi Ia, Ib, IIa, Zayıf öneri).
Bilişsel-davranışsal tedavi konusunda 2013 tarihli Cochrane derlemesine 23 çalışma alınmıştır, ancak çalışma niteliklerinin zayıf olduğu, ağrı ve işgörmezlikte hafif düzeyde azalma sağladığı ve etkilerinin uzun süre devam ettiği belirtilmiştir. Fibromiyalji hastalarında tedavi programının bir parçası olarak, bilişsel-davranışsal tedavi uygulanması önerilir (Kanıt düzeyi Ia, Zayıf öneri).
Akupunktur, duyusal sanat tedavileri, manipülasyon ve zihin-beden tedavileri (biofeedback, hipnoz, farkındalık, meditatif hareketler) gibi tamamlayıcı tedavi yöntemleri için ya yeterli bilimsel kanıt yoktur ya da tedavi programının bir parçası olarak (Zayıf öneri) önerilir. Özel beslenme uygulamaları, diğer tamamlayıcı ya da yenilikçi tedavi yöntemleri fibromyaljide önerilmez (Güçlü öneri).
Sonuç olarak; Fibromiyalji tedavisinde tam olarak iyileşmeyi sağlamak güç olsa da güncel kılavuzlar eşliğinde, ilaç ve ilaç dışı tedaviler kombine edilerek, multidisipliner ve interdisipliner tedavi yaklaşımları kişiye özel olarak uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1- Evcik D, Ketenci A, Sindel D. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği Fibromyalji Tanı ve Tedavi Önerileri. 2018. ISBN: 978-605-5720-19-3.
2- Saral I, Sindel D, Esmaeilzadeh S, Sertel-Berk HO, Oral A. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. Rheumatol Int. 2016;36(10):1379-1389.
3- Sindel D, Saral İ, Esmaeilzadeh S. Management Approaches in Fibromyalgia Syndrome. Turk J Phys Med Rehab 2012;58:136-142.
4- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2):318-328.
5- Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. Management of fibromyalgia: key messages from recent evidence-based guidelines. Polish Archives of Internal Medicine 2017;127(1):47-56.
6- Arnold LM, Clauw DJ. Challenges of implementing fibromyalgia treatment guidelines in current clinical practice. Postgrad Med. 2017(7):709-714.
7- Prabhakar A, Kaiser JM, Novitch MB, Cornett EM, Urman RD, Kaye AD. The role of complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia: a comprehensive review. Curr Rheumatol Rep. 2019 Mar 4;21(5):14. doi: 10.1007/s11926-019-0814-0.

ROMATİZMAL HASTALIKLARIN TANI VE AYIRICI TANICISINDA LABORATUVAR

Doç. Dr. Yeşim Garip ÇİMEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Romatolojik hastalıklarda tanı esas olarak anamnez ve fizik muayene ile konur. Laboratuvar testleri tanı ve takipte destekleyici, olası prognozu belirleme ve hastalık aktivitesini değerlendirmede ise yardımcıdır. Yalancı pozitifliği engellemek için bu testler hastalık olasılığı yüksek, uygun klinik bulguları olan hastalardan istenmelidir. Laboratuvar testleri kolay uygulanabilir, tekrarlanabilir, düşük maliyetli olmalı, sensitivite ve spesifiteleri yüksek olmalıdır (1). Romatolojide kullandığımız laboratuvar testleri; akut faz yanıtları, komplemanlar (C3,C4), immünglobulinler, kriyoglubulinler, hematolojik testler, biyokimyasal testler, idrar analizi ve oto antikorlardır.

Akut faz yanıtı; doku hasarı, enfeksiyon, travma, inflamatuar hastalıklar ve benzeri durumlara yanıt olarak ortaya çıkan nöroendokrin, hematopoetik ve metabolik değişimlerdir. Aktive olmuş monosit, makrofaj, endotel hücreleri ve diğer hücreler tarafından salınan IL-1, IL-6 ve TNF gibi sitokinlerin etkisiyle karaciğerde hepatositler tarafından akut faz proteinlerinin sentezlenerek dolaşıma salınması, kemik iliğinde CSF etkisiyle beyaz kan hücreleri yapımının artması ile karakterizedir (2). Akut faz proteinlerinin en önemli görevi homeostazı sağlamak ve patojenin tanınması ve konağın patojenlere karşı savunmasında rol oynamaktır (3). Pozitif akut faz reaktanları; CRP, fibrinojen, ferritin, serum amiloid A, α1 antitripsin, α1 antikemotripsin, α1 asit glukoprotein, haptoglobulin, seruloplazmin ve C3, C4'dür. Negatif akut faz reaktanları ise albumin, prealbumin , retinol bağlayıcı protein ve transferindir.

Kaynaklar:

1. Tozzoli R. Guidelines for the Laboratory Use of Autoantibody Tests in the Diagnosis and Monitoring of Autoimmune Rheumatic Diseases. American Journal of Clinical Pathology 2012; 117(2): 316-24.
2. Ceciliani F. The Systemic Reaction During Inflammation: The Acute-Phase Proteins. Protein and Peptide Letters 2002; 9(3): 211-23.
3. Baumann H. The acute phase response. Immunology today 1994; 15(2): 74-80.

ROMATİZMAL HASTALIKLARIN KLİNİĞİNDE D VİTAMİNİ ÖNEMLİ Mİ? NİÇİN?

Doç. Dr. Yasemin ULUS

Ondokuz Mayıs Üniveristesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

Vitamin D yağda çözünen bir vitamin olarak adlandırılmakla beraber diğer streoid hormonlarına benzeyen pleiotropik streoid hormonudur. Vitamin D endojen olarak güneş ışığı aracılığı ile 7-dehidrokolesterolden ciltte sentezlenir (vitamin D_3= kolekalsiferol). Ayrıca diyetle de vitamin D_3 veya bitkisel vitamin D_2 (ergokalsiferol) alınır. Çok az gıda ürünü doğal olarak vitamin D içerir, bu nedenle dermal sentez vitamin D'nin ana doğal kaynağıdır. Güneş ışığı veya diyetle alınan vitamin D biyolojik olarak inaktiftir ve karaciğerde enzimatik yolla 25-hidroksivitamin D 25(OH)D'e dönüştürülür. 25(OH)D vitamin D bağlayıcı proteine (VDBP) bağlanır. Bu protein degredasyondan ve renal elimasnyondan koruyarak yarı ömrünü uzatır. Bu form vitamin D rezervini belirlemek için kullanılan dolaşımdaki temel vitamin D'dir. 25(OH)D böbreklerde aktif formu olan $1,25(OH)_2D$'ye çevrilir. $1,25(OH)_2D$ nükleer vitamin D reseptörüne (VDR) bağlanarak ve gen trankripsiyonunun düzenleyicisi olarak görev yaparak bir steroid hormonu olarak işlev görür.

Vitamin D'nin iyi bilinen klasik fonksiyonları kalsiyum-fosfor hemostazının düzenlenmesi ve kemik metabolizmasının kontrolüdür. Vitamin D düzeyi büyüme çağında ve erişkin dönemde kemik sağlığı üzerine etkilidir ve eksikliğinde büyüme çağında rikets'e, erişkin yaşta osteomalazi ve değişken derecelede osteoporo-malaziye neden olur. Düşük D vitamini düzeyi kemik döngüsünü artırır, kemik dansitometrisini azaltır ve artmış kırık riski ile ilişkilidir.

İmmun hücrelerin büyük çoğunluğu (B ve T lenfositler, monositler, makrofajlar, dendritik hücreler) Vitamin D reseptörü (VDR) ve vitamin D aktive edici enzim (1-hidroksilaz) içermektedir. Bu hücrelerde vitamin D lokal olarak aktif formuna dönüştürülebilmektedir ki bu da vitamin D'nin aktif formunun kemik üzerine olan etkisi yanında immun fonksiyonu kontrol etmesine neden olur. Steroid hormonu olarak $1,25\ (OH)_2D$, otoimmün toleransın ve hücre proliferasyonu, farklılaşma ve apoptoz gibi hücre fonksiyonlarının korunmasında anahtar rol oynar.

Vitamin D düzeyi hidroksile formun 25(OH)D seviyesi ile ölçülür ancak eşik değer açısından ortak bir değer yoktur. Farklı topluluk ve ülkeler arasında farklılık göstermekle beraber 50 nM/L veya 75 nM/L yeteri dozdur. Erişkinlerde 50 nM/L altındaki seviyelerin kemik metabolizmasında değişiklik, artmış düşme riski ve miyopati ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. İskelet sistemi üzerindeki etkisini toksik etki olmadan sağlamak için vitamin D seviyesinin 20-125 nM/L aralığında tutulması genel kabul gören görüştür. 150 nM/L üzerindeki seviyeler ise artmış mortalite ile ilişkilidir. Etnik köken, vücut kitle indeksi, coğrafi-mevsimsel faktörler, yaş ve bazı ilaçlar D vitamin düzeyi ile ilişkili faktörler arasında sayılabilir.

D vitaminin immunmodulator olarak önemli rol oynadığı birçok çalışmada işaret edilmiştir ve $1,25(OH)_2D$'nin patojen ajanlarla savaşmada doğal immunite yeteneğini artırdığı gösterilmiştir. Ancak kazanılmış immun sistemdeki etkisi tartışmalıdır. İmmünomodülatör etkilerin elde edilmesi için gerekli olan 25 (OH) D seviyesinde genel bir fikir birliği yoktur. Bu nedenle enfeksiyon ve / veya otoimmün hastalıkları bulunan hastalarda D vitamini desteği endikasyonu yoktur.

İnsanlarda D vitamini eksikliği ile otoimmün romatolojik hastalıklar arasındaki ilişkiyi göstermek oldukça zordur. Vitamin D eksikliği için farklı cut-off değerlerinin kullanılması, bazı çalışmalarda serum düzeyi yerine D vitamin alımının sorgulanması, romatolojik hastalıklarda D vitamini ile çelişen birçok faktörün (steroid kullanımı, fotosensitivite olması gibi) olması bu zorluklar arasında sayılabilir. Ancak ilişki olabilme ihtimali, vitamin D takviyesinin bu hastalarda kemik sağlığının ötesinde yararları olabileceğini düşündürmektedir.

Kaynaklar:

1. Sassi F, Tamone C, D'Amelio P. Vitamin D: Nutrient, Hormone, and Immunomodulator. Nutrients 2018; 10(11): pii: E1656.
2. US Preventive Services Task Force, Grossman DC et al. Vitamin D, Calcium, or combined supplementation for the primary prevention of fractures in community-dwelling adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA 2018; 19(15):1592-9.
3. Vojinovic J, Cimaz R. Vitamin D-update for the pediatric rheumatologists. Pediatr Rheumatol Online J 2015; 13: 18.
4. Hewison M. An update on vitaminD and human immunity. Clin Endocrinol (Oxf) 2012; 76(3): 315-25.
5. Pelajo CF, Lopez-Benitez JM, Miller LC. Vitamin D and autoimmune rheumatologic disorders. Autoimmun Rev 2010; 9(7): 507-10.

ROMATİZMAL HASTALIKLARIN TANI VE AYIRICI TANISINDA EMG

Prof. Dr. Evrim KARADAĞ SAYGI

Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Sinir, sinir-kas kavşağı veya kas düzeyinde etkilenim romatizmal hastalıkların seyri sırasında görülebilmektedir. Elektrofizyolojik değerlendirme (EMG) sinir ve kas dokusunun elektriksel özelliklerinin tanı amaçlı kullanılmasıdır; kas, sinir-kas kavşağı, periferik sinirler, sinir kökleri, santral sinir sistemi ile olan iletim yolakları hakkında bilgi sağlayabilmektedir. İster hastalığın doğal sürecinden kaynaklansın, isterse de uygulanan tedaviye bağlı gelişsin bu bozuklukların tanısının konulması kas iskelet sistemi hastalıkları ile uğraşan hekimlerin sıkıntı duyduğu alanlardan bir tanesidir. Tanı çoğunlukla klinik bulguların doğru yorumlanmasına bağlı ise de klinik tanının doğrulanmasını sağlayacak EMG gibi tanısal işlemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Özellikle periferik nöropatiler, miyopati/nöropati ayırımı ve nöropatide aksonal dejenerasyon/demyelinasyon belirlenmesinde EMG ön plana çıkmaktadır.

Romatizmal hastalıklarda sıklıklar raporlanan elektrofizyolojik bozukluklar mononöritis multipleks, distal simetrik nöropatiler, tuzak nöropatiler ve mononöropatiler, fulminan motor nöropatiler, duyusal nöropatiler, sinir-kas kavşağı hastalıkları ve kas hastalıklarıdır. *Distal simetrik nöropatiler* en sık nöromusküler komplikasyonlardan birisidir. Nadiren başlangıç semptomu olarak görülse de özellikle romatoid artrit, Sjögren Sendromu, sistemik lupus eritromatozis, vaskülitlerde kronik dönemde ortaya çıkarak, hastalığın getirdiği yükü arttırır. *Tuzak nöropatiler* diğer sık tutulum şeklidir ve en sık karpal tünel sendromu gözlenir. Yoğun sinovitler ve deformiteler sonucunda diğer periferik sinirler de tuzaklanabilmektedir. Mononöropatiler, mononöritis multipleksin ilk bulgusu da olabilir. Tuzaklanma bölgelerinden uzakta bir nöropati özelikle de ani olarak ortaya çıktığında mononöritis multipleksten şüphelenilmelidir.

Nöromüsküler komplikasyonlar yalnızca hastalıklara bağlı değil kullanılan ilaçlara bağlı olarak da gelişebilmektedir. Kortikosteroidler miyopati, antimalariyaller nöromiyopati, altın tuzlarının nöropati yapabildiği uzun yıllardır bilinmektedir. Son yıllarda bu konuda özellikle leflunomid ve biyolojik ajanlarla ilgili artan sayıda bildirimler olmuştur. Biyolojik ajanların kullanımı ile romatizmal hastalıkların tedavisinde yeni bir dönem başlamıştır. Bu tedavilerin önemli yan etkilerinden bir tanesi demyelinizasyondur. Nadir görülen bir durum olsa dahi biyolojik ajan kullanan hastaların nöropati açısından takip edilmesi önem taşımaktadır.

Kaynaklar:

1. Rosenbaum R. Neuromuscular complications of connective tissue diseases. Muscle Nerve. 2001 Feb;24(2):154-69.
2. Bayrak AO, Durmus D, Durmaz Y, Demir I, Canturk F, Onar MK. Electrophysiological assessment of polyneuropathic involvement in rheumatoid arthritis: relationships among demographic, clinical and laboratory findings. Neurol Res. 2010 Sep;32(7):711-4.
3. Khedr EM, Rashad SM, Hamed SA, El-Zharaa F, Abdalla AK. Neurological complications of ankylosing spondylitis: neurophysiological assessment. Rheumatol Int. 2009 Jul;29(9):1031-40.
4. Callaghan BC, Price RS, Feldman EL. Distal Symmetric Polyneuropathy: A Review. JAMA. 2015 Nov 24;314(20):2172-81.
5. Richards BL, Spies J, McGill N, Richards GW, Vaile J, Bleasel JF, Youssef PP. Effect of leflunomide on the peripheral nerves in rheumatoid arthritis. Intern Med J. 2007 Feb;37(2):1017

ROMATOİD ARTRİTTE AYAK VE AYAK BİLEĞİ MUAYENESİ ÖNEMLİ Mİ?

Prof. Dr. Lale CERRAHOĞLU

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

AMAÇ: Bu makale, ayak ve ayak bileğini etkileyen romatoid artritin klinik prezentasyonu, değerlendirilmesi ve tedavisini gözden geçirmektedir.

GENEL BİLGİLER: Romatoid artritli bir hastada ayak tutulumu (RA) eldeki bulgularını taklit eder. Romatoid artritli hastaların yaklaşık % 20'si başlangıçta ayak ve ayak bileği semptomları ile ortaya çıkar. MTP eklem ağrısı erken yaşta ortaya çıkar ve ağrı ve şişlik çoğu zaman yapısal değişikliklerden önce gelir. Sonuçta, birçok MTP ekleminde aşındırıcı değişiklikler meydana gelir ve yıkım ilerledikçe ayak parmakları genellikle yanal sapmalar gösterir.
Artrit nedeniyle gelişen Romatoid ayak bileği, kırmızı ve ödemli olabilen, tibiotalar eklemlerin etrafında dağınık bir şişmeye neden olabilir. Bu bulgular yanlış bir şekilde sıvı tutulmasına veya cildin enfektif bir selülitine bağlanır.
Romatoid ayak bileği, kırmızı ve ödemli olabilen, tibiotalar eklemlerin etrafında dağınık bir şişmeye neden olabilir. Bu bulgular, sıvı tutulmasına veya cildin enfektif bir selülitine bağlı yanlış teşhis edilebilir. Romatoid ayak eklem semptomları genellikle yavaş yavaş başlar ve ağrı, sertlik, kızarıklık, dokunma sıcaklığını ve eklem şişmesini içerir. Eklem sertliği sabahları en çok rahatsız edicidir ve bir süre hareketsiz kaldıktan sonra olur ve sertlik bir saatten fazla sürer. Ayak eklemleri genellikle romatoid artritin erken evrelerinde, özellikle ayak parmaklarının tabanındaki eklemlerde etkilenir.
MTP bağlantılarının hassasiyeti belirgindir, bu durum topuklara ağırlık verme eğilimindedir ve ayak parmaklarının hipereksitasyonuna neden olur.
Erozif hasar, parmak uçlarının yanal kayması ve metatarsal kafaların plantar subluksasyonu ile sonuçlanır, sonuçta "cock-up" deformitesi gelişir. Sonuncusu, tabandaki ilişkili nasır ile birlikte kemikli topaklar olarak belirir.
RA hastalarına arka ayak (subtalar, talonaviküler ve kalkaneokuboid) ve ayak bileğinin katılımı, daha uzun hastalık süresiyle artar
Tarsus ilişkili tendon kılıflarının tutulumu da yaygındır, bu da ayağın inversiyonunda veya eversiyonunda ağrıya neden olur ve ödemin ve eritemin ayağın dorsumunda yayılmasına neden olur. Topuk ağrısı, arka tibial sinirin sıkışmasından kaynaklanan retrokalseal bursit veya tarsal tünel sendromu ile ilişkili olabilir. Tarsal tünel sendromu ayak parmaklarının parestezisi ile de ilişkili olabilir.
Tedavi seçenekleri ve ayakkabı hastanın kliniğine göre yapılmalıdır. hasta ayağının deformasyonu gelişimi klinik, pedobarografik değerlendirme, ultrasonografi ve MR görüntüleme'si ile takip edilmelidir.
Sık sık, hastanın semptomları sıkı veya başka şekilde uygunsuz ayakkabılar tarafından büyük ölçüde daha da kötüleşir.
İdeal olarak, ayakkabı bağcıklı bir stil üst, derin geniş parmak kutusu, sağlam bir topuk sayacı ve alçak, yumuşak bir topuğa sahip olmalıdır.
Ciddi ayak deformasyonlarına sahip hastalar için, örneğin ciddi şekilde çıkık küçük ayak parmakları olanlar, ekstra derinlikli bir ayakkabı ve yumuşak bir Plastizot ortezi gerektirebilir.
Farmakolojik terapi, RA'lı tüm hastalar için tedavinin temel taşıdır. Bunlardan en yaygınları steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar, ayrıca glukokortikoidler (yani prednizon) ve hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD'lar) içeren çeşitli antiinflamatuar ve immünsüpresif ilaçlar mevcuttur.
TNF bloke edici ajanların ve IL-1 antagonistlerinin immünosüpresif etkileri mevcuttur, bu neden ile, ameliyat düşünülürse enfeksiyon büyük bir endişe kaynağıdır. Prednisone kullanımının da enfeksiyon riskini arttırdığı gösterilmiştir.
SONUÇ: Ayak ve ayak bileği problemleri RA hastalarında sık görülür ve hekimin zamanında dikkati ve uygun medikal tedavisini gerektirir.
Uygun erken tedavi, farmakolojik tedavi, ortezler ve ayakkabı modifikasyonlarından oluşan önleme ve palyatif bakım üzerine odaklanmaktadır. cerrahi tedavi, erken dönemde; iltihaplı eklemlerin sinovektomisini içerebilir, ilerlemiş dönemdeise; artrodez, rezeksiyon artroplastisi veya dejenere olmuş eklemlerin yerine koyma artroplastisi yapılır

Kaynaklar:
1- Jaakkola JI, Mann RA. A Review of Rheumatoid Arthritis Affecting the Foot and Ankle Foot Ankle Int. 2004 Dec;25(12):866-74.
2- Hennessy K[1], Woodburn J, Steultjens M[2] Clinical practice guidelines for the foot and ankle in rheumatoid arthritis: a critical appraisal. J Foot Ankle Res. 2016 Aug 19;9:31. doi: 10.1186/s13047-016-0167-0. eCollection 2016.
3-Walmsley S, Williams AE, Ravey M, Graham A. The rheumatoid foot: a systematic literature review of patient-reported outcome measures J Foot Ankle Res. 2010 Jul 9;3:12. doi: 10.1186/1757-1146-3-12.
4-Dubbeldam R, Nene AV, Buurke JH, Groothuis-Oudshoorn CG, Baan H, Drossaers-Bakker KW, van de Laar MA, Hermens H. Foot and ankle joint kinematics in rheumatoid arthritis cannot only be explained by alteration in walking speed Gait Posture. 2011 Mar;33(3):390-5. doi: 10.1016/j.gaitpost.2010.12.010. Epub 2011 Feb 5.
5-Wechalekar MD, Lester S, Hill CL, Lee A, Rischmueller M, Smith MD, Walker JG, Proudman SM[4].Active Foot Synovitis in Patients With Rheumatoid Arthritis: Unstable Remission Status, Radiographic Progression,and Worse Functional Outcomes in Patients With Foot Synovitis in Apparent Remission. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016 Nov;68(11):1616-1623. doi: 10.1002/acr.22887.

ENTERİK SİNİR SİSTEMİNİN DİSBİYOZİS VE ROMATİZMAL HASTALIKLARLA İLİŞKİSİ

Prof. Dr. Yusuf TAMAM

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

Enterik sinir sistemi, son yıllarda "bağırsağın beyni " olarak adlandırılan, merkezi sinir sisteminden bağımsız olarak çalışabilen gastrointestinal sistemdeki bir nöron topluluğudur. Bu sistem, gastrointestinal sistemin hareketliliğini, ekzokrin- endokrin salgılarını ve mikrosirkülasyonunu kontrol eder; ayrıca immün ve enflamatuar süreçlerin düzenlenmesinde rol oynar.

Bağırsaklarımızda var olan, flora dediğimiz yaşayan mikroorganizmalar topluluğu bizim için yaşamsal öneme sahiptir. Sağlıklı yaşamın dengesi bağırsak florasının dengesine bağlıdır. Bağırsak florasının bozulmasına 'disbiyozis' adı verilmektedir.

'Disbiyozis' terimi başlangıçta Metchnikoff tarafından bağırsakta artmış patojenik bakterileri tanımlamak için kullanılmıştır. Başka yazarlar disbiyozisi "... bağırsak florasındaki kalitatif ve kantitatif değişikliklere bağlı floranın yerel dağılımlarındaki ve metabolik aktivitelerindeki değişimler" olarak tanımlamıştır.

Disbiyoz hipotezi, modern diyet ve yaşam tarzının yanı sıra antibiyotik kullanımının da normal bağırsak mikroflorasının bozulmasına yol açtığını belirtir. Kötü beslenme, stres, sık ve uzun süreli antibiyotik kullanımı gibi faktörler bakteriyel metabolizmada ve potansiyel olarak patojenik mikroorganizmaların çoğalmasında değişikliklere neden olur.

Bu bakterilerin bağırsaklardaki büyümesinin, birçok kronik ve dejeneratif hastalıkta rol oynayan potansiyel toksik ürünlerin salgılanmasıyla sonuçlandığı düşünülmektedir.

Değişmiş bağırsak florasının irritabl bağırsak sendromu (IBS) ve enflamatuar barsak hastalığı (IBD) gibi gastrointestinal sistem hastalıklarının yanı sıra romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit gibi sistemik rahatsızlıklar başta olmak üzere pek çok hastalığın oluşmasında rol oynadığı düşünülmektedir.

Kaynaklar:

1. Gershon MD, Kirchgessner AL, Wade PR. Functional anatomy of the enteric nervous system. In: Johnson LR, ed. Physiology of the gastrointestinal tract. 3rd ed. New York: Raven Press, 1994:381-422.
2. Costa M, Brookes SJ. The enteric nervous system. Am J Gastroenterol 1994;89:Suppl:S129-S137.
3. Furness JB, Bornstein JC. The enteric nervous system and its extrinsic connections.In: Yamada T, ed. Textbook of gastroenterology. 2nd ed. Vol. 1.Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995:2-24.
4. Peltonen R, Nenonen M, Helve T, et al. Faecal microbial flora and disease activity in rheumatoid arthritis during a vegan diet. *Br JRheumatol* 1997;36:64-68.
5. Linskens RK, Huijsdens XW, Savelkoul PH, et al. The bacterial flora in inflammatory bowel disease: current insights in pathogenesis and the influence of antibiotics and probiotics.*Scand J Gastroenterol Suppl* 2001;234:29-40.

DİSBİYOZ VE ŞELASYONUN ROMATİZMAL HASTALIKLARDA ÖNEMİ

Prof. Dr. Hüseyin NAZLIKUL

Disbiyoz bağırsaklardaki mikrobiyal organizmalar ve bunları taşıyan kişi arasındaki ekolojik denge bozulduğunda ortaya çıkan bir gastrointestinal sistem rahatsızlığıdır.

Disbiyozisin, irritabl ve iltihablı bağırsak sendromu, otoimmün bozukluklar, ankilozan spondilit ve romatoid artrit gibi romatizmal hastalıklar, osteoartrit gibi kronik ve dejeneratif hastalıklara, ruhsal ve duygusal bozukluklara katkıda bulunan bir faktör olduğunu son zamanlarda yapılan çalışmalar göstermektedir. İntestinal sistemdeki toksinleri tedavi etmenin sağlığın devamı için hayati bir unsur olduğu düşüncesi Hipokrat'tan bu yana bilinen bir gerçektir.

İnsanlar yaşamları boyunca çok sayıda kimyasal toksik maddeye maruz kalmaktadır. Bu maddeler insan organizmasında immün sistem ve endokrin sistem hasarları ile irreversbl hücre hasarı sonucu gelişen hastalıklara neden olmaktadır. Sağlıklı bir vücuttaki metabolik olaylardan açığa çıkan artık ürünler böbrekler, bağırsaklar, deri ve solunum yolu ile temizlenir. Ancak endüstrinin giderek gelişmesi ve sanayi kuruluşlarının yaygınlaşmasıyla birlikte, kullanımı artan pestisitler, elektromanyetik kirlenme, yanlış beslenmeden kaynaklanan asit birikimi, ağır metaller, yasal ve yasal olmayan ilaçların kimyasal kalıntıları ve gıda katkı maddeleri gibi toksik maddeler bu arınmayı zorlaştırmaktadır.

Bütüncül tıp yaklaşımı ile romatizmal hastalıkların temelinde bozulmuş bağırsak florası yani disbiyozisin yanı sıra "bağ dokusunda yerleşmiş olan ve beden tarafından atılmayan toksinler" gibi biriken yıkım ürünleri vardır. Toksinler uzaklaştırılamaz ve bedenin sahip olması gereken regülasyon sağlanamaz ise bir adım sonrasında organlarda ve dokularda fonksiyonel düzensizlikler, daha sonra da kronik hastalıklar ve organlarda yapısal hasarlar oluşacaktır.

Bedenimizdeki gerçek regülasyonun biyolojik temelini vejetatif sinir sistemi (VSS) oluşturmaktadır. Stres durumunda vejetatif sinirin önemli bir komponenti olan sempatik sinir gereğinden daha aktif hale gelir ve kafa çiftlerinden olan 'vagus' çalışmaz olur. Bu durumda kişi gelen her uyarıya karşı savunmasızdır. Bu nedenle gerçekten kalıcı şifa sağlamak için hedef, VSS'yi düzenlemek olmalıdır. VSS'nin yeniden düzenlenmesini sağlayan ve işlevselliğini tekrardan kazandıran en etkin tedavi metodu nöralterapidir.

Disbiyozisin tedavisinde amaç; nöralterapiyi temel alarak bağ dokusunun temizlenmesi, ilgili olan organların desteklenmesi ve regülasyonu için diğer uyarı tedavilerinin de devreye girmesi söz konusudur. Nöro-vejetatif matriks tedavi regülasyonu uygulandığında beden "kendi kendini iyileştirmek" üzere uyarılır ve böylece regülasyon düzensizliğine neden olan engel veya tıkanıklıklar ortadan kaldırılır. Hastalıkların çoğu altta yatan pek çok küçük olumsuz uyarı ve başlangıçta sizi zorlamayan ya da farkında olmadığınız toksin yükünden kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşımla bakıldığında disbiyozis ve bağ dokusunda biriken yıkım ürünleri yani toksinlerin yanı sıra latent asidoz ile mücadele romatizmal hastalıkların tedavisinden önemli bir öneme sahiptir.

Anahtar Sözcük: Disbiyozis, Latent Asidoz, Romatizmal hastalıklar, Bağ dokusu, Nöralterapi

Kaynaklar:

1. Balfour et al. , American Journal of Gastroenterology Suppl. 1, 15-21.8. 2012.
2. Hergert, H.F.,: Lehrbuch der Konstitutionsmedizin – Grundlagen, Theorie und Praxis- Pascoe Verlag, Giessen.
3. Nazlikul, H: Darm Als Störfeld, 132 ZAEN Kongress Freudenstadt.
4. Nazlikul, H. Acarkan T.: Detoksifikasyon (Şelasyon) Nedir? Neden Gereklidir?, BARNAT , 2012; 1:18-27.
5. Straub RH, Wiest R, Strauch UG, Härle P, Schölmerich J. The role of the sympathetic nervous system in intestinal inflammation. Gut 2006;55:1640–1649.

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA AKILLI NSAİİ KULLANIMI

Prof. Dr. Belgin ERHAN

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

"Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri "ne akılcı ilaç kullanımı denir. Dünyada ilk kez 1985 yılında ülkemizde ise 1992 yılında akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü "Akılcı Tedavi Süreci" adımlarını tanımlamıştır (1). Bunlar; Hastanın probleminin tanımlanması (doğru tanı), terapötik amacın belirlenmesi, tedavinin seçimi ve hekimin kişisel tedavi seçiminin uygunluğunun doğrulanması, tedavinin başlanması (Reçetenin yazılması) , hastaya tedavi hakkında açık bilgi, öneriler ve uyarılar sunulması,tedavinin sonuçlarının izlenmesi (ve tedavinin sonlandırılması) dir.

Kas iskelet sistemi kaynaklı ağrılar en sık görülen ağrı nedenlerindendir. ABD'de ilk basamağa başvuran 7 hastadan birinin kas iskelet sistemi ağrılarıyla başvurduğu bilinmektedir (2). Bu ağrıların sıklığının yanı sıra sakatlığa ve iş gücü kaybına yol açmaları da doğru tedavilerinin önemini bir kez daha gündeme getirmiştir. Ağrı tedavisinde analjezikler doğru kullanıldığında hastaların % 85'inde yeterli ağrı kontrolü sağlandığı bilinmektedir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) , kas iskelet sistemi ağrılarında en yaygın olarak kullanılan ilaçlardır. Osteoartrit düşündüğünüz hastaların reçetelerinin yüzde 70' ine yakınında bu ilaçlar reçete edilmektedir (3). NSAİİ'ler araşidonik asitten prostaglandin sentezlemesi için gerekli olan siklooksijenaz enzimini (COX) inhibe ederek prostaglandin oluşumunu engellerler. COX'un yapısal (COX-1) ve sınırlı yapısal indüklenebilir (COX-2) olmak üzere iki izoformu vardır.

NSAİİ'lerle ağrı tedavisine başlamadan önce hastaya, hastalığa ve ilaca ait bilinmesi gereken önemli parametreler vardır. Özellikle NSAİİ komplikasyonları hastalardaki risk faktörleri__yeterince değerlendirmeden ilaç kullanılması ile ilişkili bulunmuştur En sık görülen yan etkiler gastrointestinal, kardiyovasküler, renal, hematolojik ve dermatolojik yan etkilerdir. NSAİİ yazarken. ilacın formu, hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve maliyet de önemelidir. Sigara, alkol kullanımı, peptik ülser varlığı, majör kardiyovasküler hastalık öyküsü, böbrek veya karaciğer hastalığının olması yan etki görülme olasılığını arttırır. COX-2 selektif NSAİİ'lerle klasik NSAİİ'lerde görülen GIS komplikasyonlar önemli oranda azalmışken, COX-1'e yakın NSAİİ'ler ise COX-2 selektif NSAİİ'lere göre kardiyovasküler risk açısından daha güvenli bulunmuşlardır (4). Sistemik yan etkilerin sık görülmesi son yıllarda NSAİİ'lerin topikal formlarının daha çok kullanımını gündeme getirmiş ve birçok önemli klavuza topikal NSAID kullanımı tek başına bir tedavi seçeneği olarak girmiştir (5).

Sonuç olarak NSAİİ kullanırken uygunluk, etkinlik, güvenlik ve maliyet gibi akılcı ilaç kullanım basamaklarını gözönünde bulundurulursa tedaviye uyum ve istenilen etki en üst düzeyde olurken, yan etkiler de en aza indirilebilir.

Kaynaklar:

1. WHO Guide to good prescribing. WHO, Geneva, 1994.
2. Lamberts H, Okkes IH. Episode of care: a core concept in FM. J Fam Pract 1996; 42: 161 – 7.
3. Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJPM, van Tulder MW**.** Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain (Review) Copyright © 2011 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
4. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2013;382(9894):769-79.
5. Balmaceda CM. Evolving guidelines in the use of topical nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:27. Published 2014 Jan 21. doi:10.1186/1471-2474-15-27

SLE TANI VE KLİNİĞİNDE YENİLİKLER

Nesrin ŞEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr.Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul

Sistemik lupus eritematozis (SLE), multifaktöriyel etyolojisi olan ve otoimmun zeminde gelişen çok çeşitli organ sistemlerinin tutulumuyla geniş klinik bulgulara hemde alevlenme ve remisyonlarla seyreden değişken prognoza sahip kompleks bir hastalıktır [1]. İlk kez klasifikasyon kriterleri 1971 yılında geliştirildi, 1982 de revize edilen kriterler 1997 yılında Amerikan Romatoloji Akademisi tarafından yeniden gözden geçirildi. Bu kriterler yerleşik hastalığı olanları sınıflandırmak için geliştirilmiş olmasına rağmen, ACR kriterleri yaygın olarak tanı kriterleri olarak kullanılmaktaydı. SLE teşhisi için 11 klasifikasyon kriterinden en az 4 ünün olması gerekmekteydi [2]. ACR kriterleri SLE'li hastaları tanımlamak için tarihsel bir standart olarak kalsa da, uzman romatologlar tarafından lupus tanısı alan bireyler bu kriterleri karşılamayabilir, kriterleri karşılayan bazı hastalarda da minimal hastalık olabilir [3] . Bu nedenle tekrar revize edilme ihtiyacı doğmuştur ve 2012 yılında Sistemik Lupus Eritematozus Uluslararası İşbirliği Klinikleri Grubu (SLICC) revize edilmiştir . SLICC 2012 klasifikasyon kriterlerine göre 17 kriterden en az 4 ünün olması en az bir klinik ve bir immünolojik kriterin bulunması şartıyla ya da biyopsi ile kanıtlanmış Lupus Nefritine ilaveten ANA veya anti-dsDNA pozitifliği gerekmektedir [2].
SLICC 2012 KLASİFİKASYON KRİTERLERİ

KLİNİK BULGULARI

1. **Akut kütanöz lupus :** Malar raş, büllöz lupus, makülopapüler lupus raşı, fotosensitif lupus raşı veya subakut kütanöz lupus-psöriazis benzeri veya skar bırakmadan iyileşen anüler polisiklik lezyonlar
2. **Kronik kütanöz lupus :** Klasik diskoid raş -boyun üst tarafında lokalize veya yaygın-, lupus paniküliti, mukozal lupus, chilblain lupus (kızarık, şişik parmak), diskoid liken planus çakışması
3. **Oral veya nazal ülserler:** Sert damak veya dilde
4. **Alopesi:** Skar bırakmayan (tedavisiz saçlarda diffüz incelme ve kırılma)
5. **Sinovit/Artrit:** 2 veya daha fazla eklemi etkileyen şişme ve efüzyonla karakterize. Eklemde hassasiyet (2 veya daha fazla eklemde 30dk üzerinde sabah tutukluğu ile birlikte)
6. **Serözit:**Tipik plörezi (>1 gün) veya plevral efüzyon veya plevral frotman. Tipik perikardiyal ağrı (>1 gün) yatmakla artan, öne eğilmekle düzelen veya Perikardiyal efüzyon veya sürtünme sesi veya EKG de perikardit
7. **Renal Tutulum:** İdrar protein kreatinin oranı veya 24 saatlik idrarda 500 mg üzerinde proteinüri veya eritrosit silindirleri, Böbrek biyopsisi ile tespit
8. **Nörolojik Tutulum:**Nöbet, psikoz, mononöritis multipleks, miyelit, periferal veya kraniyal nöropati, akut konfüzyonel durum
9. **Hemolitik anemi**
10. **Lökopeni-Lenfopeni:** En az 1 kez ≤ 4000 - En az bir kez ≤ 1000
11. **Trombositopeni:** En az 1 kez ≤ 100bin

İMMUNOLOJİK BULGULARI

1.ANA pozitifliği
2.AntidsDNA pozitifliği
3. AntiSM pozitifliği
4.Anti-fosfolipid antikor pozitifliği: Lupus antikoagülan, antikardiyolipin IgG, IgM, IgA, anti-Beta2-glikoprotein IgG, IgM, IgA, yalancı pozitif sifiliz testi
5.Düşük kompleman düzeyi : (C3, C4, CH50)
6. Direkt Coombs testi (+): Hemolitik anemi olmadan

ACR 97 kriterleri ile karşılaştırıldığında SLICC 2012 kriterleri daha sensitif olduğu çalışmalarda bulunmuştur .Ancak bu kriterlerin bilimsel çalışmalarda kullanılan sınıflandırma kriterleri olduğu klinik uygulamada hastalık teşhisinde kullanılması amaçlanmadığını vurgulamak gerekmektedir [5].

Kaynaklar

1. Pasoto SG, Adriano de Oliveira Martins V, Bonfa E. Sjögren's syndrome and systemic lupus erythematosus: links and risks. Open Access Rheumatol. 2019 Jan 29;11:33-45.
2. Anić F, Zuvić-Butorac M, Stimac D, Novak S. New classification criteria for systemic lupus erythematosus correlate with disease activity. Croat Med J. 2014 Oct;55(5):514-9.
3. Aberle T, Bourn RL, Chen H, Roberts VC, Guthridge JM et all. Use of SLICC criteria in a large, diverse lupus registry enables SLE classification of a subset of ACR-designated subjects with incomplete lupus. Lupus Sci Med. 2017 Mar 17;4(1)
4. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT et all. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum. **2012** Aug;64(8):2677-86.
5. Ungprasert P, Sagar V, Crowson CS, Amin S, Makol et all. Incidence of systemic lupus erythematosus in a population-based cohort using revised 1997 American College of Rheumatology and the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria. Lupus. 2017 Mar;26(3):240-247

LUPUS NEFRITINDE TANI VE TEDAVI

Prof. Dr. İlhan SEZER

SLE hastalarında mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden biri lupus nefritidir. SLE'li hastalarda bazen sessiz bir şekilde ilerleyebilen lupus nefritinin başlıca bulguları idrarda tespit edilen nefritik ve nefrotik bulgulardır. Lupus nefritinin tanısı histopatolojik olarak belirlenir. İyi bir histopatolojik inceleme hastalığın klinik şiddet ve prognozu hakkında fikir vererek tedaviyi şekillendirir. Histopatolojik sınıflandırma için 2003 yılında uluslararası nefroloji ve patoloji cemiyetinin (ISN/RNP) düzenlediği set kullanılmaktadır (1,2) (Tablo 1).

Sınıf	Histopatolojik sınıf
Klas I	Minimal mesangial lupus glomerulonefriti
Klas II	Mesangial proliferatif LGN
Klas III	Fokal PLGN (tutulum <50% glomerül)
Klas IV	Diffuz PLGN (tutulum >50% glomerül, IV-S and IV-G diye ayrılır)
Klas V	Membranöz LGN
Klas VI	İlerlemiş sklerotik LGN (>90% sklerotik glomerül)

Tablo 1. Lupus nefriti histopatolojik sınıflandırması(2003 ISN/RNP)

Proliferatif lupus nefritinin tedavisi indüksiyon ve idame tedavisi olmak üzere iki aşamada düzenlenirken, diğer nefrit türlerinin tedavisi destekleyici tedavilerle başlayıp kliniğin ağırlığına göre düzenlenmektedir (3) (tablo 2).

	Tedavi
Klas I-II	Destek tedavi proteinüri >3gr üzerindeyse immünsüpresif tedavi.
Klas III-IV	Başlangıçta ; KS +CYP, KS+MMF, İdame tedavide; KS+AZA, KS+ MMF Tedaviye dirençli hasta; Ritüximab +KS, KS+Kalsinörin inhibitörleri.
Klas -V	Anti-hipertansif, anti-proteünürik tedaviPersistan veya nefrotik düzeyde proteinüri varsa; KS+AZA, KS+MMF, KS+CYP
Klas-VI	Destek tedavi

Tablo 2. Lupus nefrit tedavisi

Kaynaklar:

1. Schwartz, N., Goilav, B. & Putterman, C. The pathogenesis, diagnosis and treatment of lupus nephritis. Curr Opin Rheumatol 2014; 26:502-9.
2. Borchers AT, Leibushor N, Naguwa SM, Cheema GS, Shoenfeld Y, Gershwin ME: Lupus nephritis: a critical review. Autoimmun Rev 2012; 12:174-94.
3. LiuZ,ZhangH,LiuZ,XingC,FuP,NiZetal. Multitarget therapy for induction treatment of lupus nephritis: a randomized trial. Ann. Intern. Med 2015; 162:18-26.

ENTROPATİK ARTROPATİLERDE EKLEM BULGULARI VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Kemal EROL

Kayseri Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Kayseri

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH), çölyak hastalığı, Whipple hastalığı gibi bağırsak hastalıklarında görülen spondiloartrite enteropatik artrit (EA) denir. Tanıda altın standart bir yöntem bulunmadığı için, anamnez ve fizik muayenenin önemi büyüktür.

Spondiloartrit (SpA) grubu içindeki hastalıklar ortak genetik zemin ve ortak klinik bulgulara sahip farklı hastalıklardır. EA da bir SpA'dır ve sınıflaması için Avrupa Spondiloartropati Çalışma Grubu SpA sınıflama kriterleri kullanılmaktadır. Aslında kronik bel ağrısı olan İBH tanılı bir hastada sakroiliit ve/veya periferik artrit de varsa ASAS spondiloartrit sınıflama kriterlerine göre aksiyel ve/veya periferik spondiloartrit olarak ta sınıflanabilir fakat bunlar tanı kriterleri değildir ve klinisyene yön gösterici olduğu unutulmamalıdır.

İBH'da en sık bağırsak dışı tutulum yeri kas iskelet sistemidir (%17-39) ve genel olarak aksiyel ve periferik olarak sınıflandırılır. Spondilitin eşlik ettiği veya etmediği sakroiliit, aksiyel tutulum olarak sınıflandırılır ve İBH'da %2-16 sıklıkla görülür. Crohn hastalığında (CH), ülseratif kolite (ÜK) göre daha sık görülür. İBH'da sakroiliit asemptomatik de olabildiğinden aksiyel tutulum gerçek prevalansının daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Aksiyal tutulumun karakteristikleri idyopatik ankilozan spondilit ile benzerdir ve ileri derecede omurga eklem hareket kısıtlılığına bile yol açabilir.

İBH'de periferik eklem tutulum sıklığı da yaygındır (%0.4-%34.6). Aksiyel tutuluma benzer şekilde periferik eklem tutulumu da CH'de ÜK'a göre daha sıktır. Sık olarak alt ekstremite büyük eklemleri etkilenir. Daha çok CH'de olmak üzere rekürren küçük eklem tutulumu ile giden periferal tutulum şekli de vardır. Erkeklerde aksiyel tutulum, kadınlarda periferik tutulum daha sık olmaya meyillidir. Aktif İBH, İBH aile öyküsü, apendektomi, sigara içme ve eritema nodosum gibi diğer bağırsak dışı tutulum varlığı artrit gelişimi için potansiyel risk faktörleridir.

Entezit ve daktilit, EA'da görülen diğer spondiloartrit bulgularındandır. EA'da görülen eklem dışı bulgular ise akut anterior üveit, aort kapak yetmezliği ve kardiyak ileti bozukluklarıdır. Bunlar hastalık süresi, aksiyel tutulum ve HLA B27 pozitifliği ile ilişkili gibi durmaktadır. Yine bağırsak inflamasyonunun alevlenmesi eşlik edebilen bir başka bulgu ise eritema nodosumdur. Genellikle aktif periferik sinovit de eşlik eder. Pyoderma gangrenosum ise bağırsak inflamasyonu ile ilişkili omayan bir cilt tutulumudur.

EA tedavisi romatolog, gastroenterolog ve fiziatrist işbirliği ile planlanmalıdır. Oligoartiküler tutulumla giden ve İBH aktivitesi ile ilişkili olan tip 1 periferik artrit tedavisinde, İBH tedavisi için kullanılan steroidler ve/veya csDMARD tedavi ve/veya bDMARD tedavisi etkilidir. İstirahat ve intraartiküler enjeksiyonlar da semptomları kontrol altına almada etkilidir. Poliartrit ile giden tip 2 periferik artrit ile aksiyel ve periferik artritin beraber bulunduğu tip 3 artritin tedavisi daha zordur. Bu hastalarda İBH aktivitesi baskılanmasına rağmen artrit aktivitesi devam edebilir. NSAİİ bu grup hastaların tedavisinde önerilmesine rağmen İBH aktivitesi artırma potansiyelleri kullanımlarını kısıtlamaktadır. Hafif periferik artrit tedavisinde sulfasalazin de etkili bir ilaçtır. Şiddetli artritte ise metotreksat, leflunomid veya azatiopürin kullanılabilir. CsDMARD tedaviye deyanıtsız hastalarda TNF-a inhibitörleri, özellikle monoklonal antikor yapısında olan infliksimab ve adalimumab başta olmak üzere tedavide etkin ilaçlardır. Hem bağırsak inflamasyonuna, hem aksiyel hem de periferik artiküler tutuluma faydalıdırlar. Etanercept ise eklem ve omurga tutulumuna faydalı olmakla birlikte bağırsak tutulumuna fayda etmediği için genellikle tercih edilmez. Bazı klinisyenler EA tedavisinde ilaçlara ek olarak probiyotikleri de önermektedir ki barsak florasını düzenleyerek eklem bulgularını sınırlandırabilir.

Sonuç olarak, bağırsak hastalıklarında görülen enteropatik artritlerde hem omurga hem periferik eklem tutulumu olabilir. Biyolojik DMARD'ların kullanıma girmesi ile tedavide önemli mesafe kat edilmiştir. Tedavi yönetiminde romatolog, fiziatrist ve gastroenterolog işbirliği içinde olmalıdır.

SAKROİLİTE KLİNİK YAKLAŞIM, TANI VE AYIRICI TANI

Doç. Dr. Yasemin YUMUŞAKHUYLU

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Sakroilyak eklem (SİE) omurga ve pelvisi birbirine bağlayan diartrodial bir eklemdir. Artiküler yüzeyi kulak şeklinde düzensiz girinti ve çıkıntılardan oluşur. Konkav sakral yüzeyi kalın hiyalin kartilajla, konveks ilyal yüzeyi ise ince fibrokartilajla örtülüdür. SİE'in hareketi, vücuduğun diğer bölgelerinin hareketiyle oluşan 4 dereceden daha az rotasyon ve 1.6mm'den daha az translasyondur. SİE bu rotasyon ve translasyon hareketlerine oldukça hassas bir eklemken, interosseos ligamanlar ve güçlü posterior ligamanlar içeren eklem kapsülüyle desteklenmektedir. SİE'in stabilizasyonuna yardım eden kaslar ise priformis, psoas, iliakus, gluteus ve hamstringlerdir. Hamstring kasları SİE'den geçmemekle birlikte SİE hastalıklarıyla ilişkili olabilirler. SİE eklemin innervasyonu L5-S3 köklerinin dorsal primer ramusundan sağlanır.

Sakroiliit, inflamatuar bel ağrısına neden olan, SİE'lerin bir ya da her ikisinin inflamasyonudur. Sakroiliit spondiloartropatilerin sık karşılaşılan bir bulgusu olmakla birlikte spesifik bir özelliği değildir. Spondiloartropatiler 5 grupta incelenir: ankilozan spondilit, reaktif artrit, inflamatuar bağırsak hastalıklarıyla ilişkili spondilit , psoriatik artrit ve undiferansiye spondiloartritler. Bunun dışında SAPHO sendromu (sinovit, akne, pustolosis, hipertansiyon, osteitis), romatoid artrit, SLE, Sjögren sendromu, ve sarkoidoz gibi diğer romatizmal hastalıklarla birlikte, gut ve hiperparatiroidizm gibi metabolik hastalıklarda, enfeksiyöz hastalıklarda ve nadiren malignitelerde de görülebilir. Sakroilit bazı ilaçların kullanımına sekonder olarak da gelişebilmektedir. Osteoartrit eklemin dejenerasyonuna neden olarak ağrı kaynağı olabilir. Gebelikte relaksin hormonu salınımı ligamanlarda relaksasyon, gerilme ve SİE'in genişlemesine neden olarak inflamasyona yol açabilir. Yine gebelikte artmış yükle ekleme ekstra mekanik stres yüklenir. Direkt ya da indirekt travmalar SİE'de strese ve hasara neden olabilmektedir. Pyojenik sakroiliit akut sakroiliitin en sık bildirilen sebeplerindendir.

Sakroiliit semptomları bel ağrısının diğer bir çok sebebine benzerlik gösterdiği için zor konulabilmektedir. Sıklıkla bel ya da kalça ağrısıyla karışır. Tanı için öncelikle anamnez ve fizik muayene yapılır. Enflamatuar bir durumdan şüphelenildiğinde tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, RF, ANA, HLA-B27 gibi laboratuar tetkikleri istenebilir. Konvansiyonel radyografiyle sakroilyak eklemlerin görüntülenmesi, gerekli durumlarda BT, MRI gibi ileri görüntüleme tekniklerinden faydalanılır. SİE enjeksiyonu hem tanı hem de tedavi için başvurulabilecek yöntemlerdendir.

Kaynaklar:

1) K Buchanan, Benjamin & Varacallo, Matthew. (2018). Sacroiliitis. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.
2) Alfredo Tarantino, Justyna Paulina Jablonska, Paola D'Aprile. All that glitters is not gold: sacroiliitis. Reumatologia 2018; 56, 5: 289–293
3) Navallas M, et al. Sacroiliitis associated with axial spondyloarthropathy: New concepts and latest trends. Radiographics 2013;33:933-56

REAKTİF ARTRİTTE TANI VE TEDAVİYE GÜNCEL YAKLAŞIM

Prof. Dr. Yüksel ERSOY

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Malatya

Aslen 1916'da Reiter sendromu olarak tanımlandığı şekli ile bulaşıcı dizanteri sonrası gelişen konjonktivit, gonokokal olmayan üretrit ve artrit klinik üçlüsünden oluşmaktadır. Hastaların üçte ikisi bu üçlünün her üç özelliğine de sahip olmadığından bunun yerine Reaktif Artrit teriminin kullanımı tercih edilmektedir (1).

Hastalık, sıklıkla gastrointestinal ve genitoüriner sistem mukozal yüzeylerini etkileyen eklem dışı bir bakteriyel enfeksiyonu takiben 1-4 hafta içerisinde, reaksiyon olarak eklemlerde oluşmaktadır. Akut başlangıçlı, steril, non-süpüratif, sıklıkla alt ekstremitelerde yerleşimli asimetrik monoartrit veya oligoartrit kliniği ile bazen de antibiyotik tedavisine cevap veren inflamatuvar bir artropatidir (1-3,5).

20-40 yaş arasındaki genç erişkinlerde daha sık görülmektedir. Reaktif Artrite öncülük eden enfeksiyon tablosu hastaların %10-30'unda hafif veya silik geçebilmekte iken, geri kalan hastalarda ise sistemik bulgular görülmektedir (1). Klinik tabloya yeni tespit edilmiş olan artritin yanı sıra, sakroileit, inflamatuvar bel ağrısı, entezit, cilt ve göz bulguları gibi eklem dışı bulguların eklendiği olgular, periferik spondiloartropatiler grubunda sınıflandırılmaktadırlar (2).

Hastaların %60-80'inde HLA B27 pozitifliği saptanabilmekte ve bu hastalarda; daha şiddetli artrit, daha fazla eklem dışı bulgular ve daha yüksek sıklıkta sakroileit gelişimi ile daha uzun süreli bir hastalık seyri olması eğilimi olduğu bildirilmiştir (1,3,4). HLA-B27 pozitif olan olgularda hastalıkla ilişkili oldukları saptanan en yaygın organizmalar arasında Salmonella, Shigella, Yersinia, Chlamydia ve Campylobacter bulunmaktadır (1-5). Elektron mikroskopisi, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR), immünofloresans ve / veya gaz kromatografisi-kütle spektrometresi teknikleri kullanılarak yapılan birçok çalışma, bu hastaların bazılarının sinovyumundaki bakteri nükleik asitleri (Chlamydia) ve hücre çeperi bileşenlerini içeren mikrobakteriyel ürünleri tanımlamıştır (1).

Alt ekstremitelerde sıklıkla tutulan eklemler arasında diz, ayak bilekleri ve ayak parmakları olup, kalça eklemi tutulumu nadirdir. Üst ekstremitede ise, el bileği ve parmaklar tutulabilir. Artrit süreci çoğunlukla 1 ay veya daha uzun sürer ve eklem erozyonu hastalığın kronikleşmesi sonucu gelişebilir. Artrit gelişen eklemlerde inflamasyon bulguları ve uzun süreli tutukluk ön plandadır. Entezit gelişimi sonrası, yaygın olarak topuk ağrısı (Aşil tendonu ve plantar fasya), metatarsalji (plantar fasya) ve iliak kanat ağrısı gelişebilmektedir (1). El ve ayak parmaklarındaki artrit, entezit ve tendinit kombinasyonundan kaynaklanan daktilit, sosis parmak görüntüsüne neden olmaktadır (1,2). Kronik seyirli ve HLA B27 pozitif bireylerin %40'ında aksiyel iskelet sistemi tutulum bulguları, bunların da %25'inde ise radyografik bulgular saptanabilmektedir (1).

ReA tanısında klinik bulgular ön plandadır ve detaylı bir öykü ve fizik muayenenin yerine hiçbir laboratuvar incelemesi geçemez, ancak klinik tanıyı doğrulamak için kullanılabilirler. Artrosentez en değerli testtir, çünkü ayırıcı tanıda septik ve kristal artritlerin dışlanmasında yarar sağlar (1).

Eklem bulgularına yönelik olarak tedavi, tercihen anti-inflamatuvar etkileri ön planda olan steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaçlar ile başlatılır. Dirençli olgularda biyolojik olmayan hastalık modifiye edici ilaçlar denenebilir. Biyolojik ilaçların etkinliği ile ilgili çalışmalar sürdürülmektedir (3,5).

Üç ile altı ay süre ile uygulanan uzun süreli antibiyotik tedavisinin Chlamidia kökenli reaktif artrit olgularında yarar sağlayabilir iken, enterik kökenli patojenlerin etken olduğu olgularda ise yarar sağlayamamaktadır (1,3). Olguların yarısında hastalık, 2-6 haftalık bir süreçte kendi kendini sınırlar iken, %30 olguda tekrarlayan artrit atakları olabilmekte ve %10-20 olguda ise, immünosupresif tedavi gerektirebilecek kronik bir seyir gelişebilmektedir (1,2).

Bu bağlamda Reaktif Artrit, tanı ve tedavi aşamalarındaki kısıtlı ve tartışmalı bilgiler nedeniyle günlük klinik pratiğimizde yönetimi güç alanlardan birisi olmaya devam etmektedir.

Kaynaklar:

1. Richard T Meehan. Reactive Arthritis. In: Sterling G. West (Ed). Rheumatology secrets. 3rd Ed. Mosby, Inc., an imprint of Elsevier Inc. Philadelphia, PA 19103-2899. 2015 pp: 276-283.
2. Gaston JSH. Reactive Arthritis. In: Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. 10th Ed. Elsevier, 2017, pp:2087-2094.
3. Schmitt SK. Reactive Arthritis. Infect Dis Clin North Am 31(2):265-277, 2017.
4. Omar A, Inman RD. Reactive Arthritis. In: Hochberg MC, Gravallese EM, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. Rheumatology, 7th Ed. 2019. Elsevier. Pp: 977-991.
5. Yu DT, van Tubergen A. Reactive arthritis. In: Romain PL (Ed.), *UpToDate* (2018). Retrieved March 10, 2019, from https://www.uptodate.com/contents/reactive-arthritis

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA AĞRI

Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

İnflamatuvar romatolojik hastalıklarda ağrı komplekstir ve uygun inflamasyon kontroluna rağmen hastaların %50'den fazlası hala klinik olarak anlamlı ağrılı olduklarını ifade etmektedirler. Bu durum inflamatuvar hastalıklarda ağrının sadece periferik inflamasyonla olmadığını düşündürmektedir. Özellikle romatoid artrit'li hastalarda ağrının kaynakları ayrıntılı olarak araştırılmıştır. Periferik inflamasyon yanında santral sensitiasyon ve inen ağrı kontrol sisteminde disfonksiyonun bir grup hastada ağrının devamına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Santral ağrı sendromlarının prototipi fibromiyalji romatoid artrit hasalarında %20'ye varan oranlarda görülmektedir. Bu oran genel topluma %1-4 arasındadır. Fibromiyaljinin varlığı romatoid artrit hastalarında tedavinin etkinliğinin değerlendirildiği kompozit indeksleri ve hastanın kendisini ifade ettiği sonuç ölçütlerini etkilemektedir. Psoriyatik artrit ve spondilartritlerde ağrı mekanizmaları daha az araştırılmıştır ve genelde fibromiyalji birlikteliği değerlendirilmiştir. Fibromiyalji, psoriyatik artritli hastalarda %4-15, spondilartritli hastalarda %17-53 oranında gözlenmektedir.

Bu sunumda ağrı mekanizmaları ayrıntılandırılacak ve özetlenecektir.

Kaynaklar:

1- Basu N, Kaplan CM, Ichesco E, et al. Neurobiologic features of fibromyalgia are also present among rheumatoid arthritis patients, Arthritis Rheumatol 2018 Jul 70 (07) 1000-07.
2- Rifbjerg-Madsen S, Christensen AW, Christensen R, et al. Pain and pain mechanisms in patients with inflammatory arthritis: A Danish nationwide cross-sectional DANBIO registry survey, PLoS One 2017 Jul 7 12 (7) e0180014.

BEL AĞRILARINDA TANI, AYIRICI TANI VE BAŞ ETME STRATEJİLERİ

Prof. Dr. Gülseren AKYÜZ

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

Erişkinlerin % 60-80'i yaşamlarının herhangi bir döneminde bel ağrısından yakınmakta olup genellikle etyoloji tam olarak belirlenememekte ve çoğuna nonspesifik bel ağrısı tanısı konulmaktadır. Bel ağrısının prevalans ve insidansını etkileyen faktörler arasında ileri yaş, cinsiyet, vücut yapısı, işle ilgili risk faktörleri, psikolojik ve davranışsal özellikler sayılabilir. Akut bel ağrısı olgularının % 50'si ilk 2 haftada herhangi bir tedaviye gerek kalmadan iyileşebilmekte, % 40'ı 6-12 haftada doğru tanı ve tedavi ile iyileşip günlük yaşamlarına dönebilmekte, geriye kalan %10'unda ise ağrı 3 ayın üzerinde devam ederek kronikleşmeye sebep olmaktadır. Tam iyileşme durumlarında bile ağrının nüks etme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Burada önemli olan ilk akut atağı önleyebilmek ve hastalığın kronikleşmesine engel olabilmektir. Bel ağrısı kronikleşen olgularda yaşam kalitesinin bozulduğu, psikolojik sorunların ve duygu durum değişikliklerinin ortaya çıktığı, kişinin üretici konumdan uzaklaştığı ve iş gücü kaybının arttığı göz önüne alındığında, ülkelere maliyet açısından giderek büyük yük bindirdiği acıktır. Bel ağrısı yapan durumlar genellikle mekanik, romatolojik, neoplastik, vasküler, enfeksiyöz, travmatik ve metabolik kaynaklı olabilir. Akut bel ağrılarında neden çoğu kez nonspesifik olup %95'inde mekanik nedenler ön plandadır. Bel ağrıları tanı rehberlerinde kırmızı bayraklar; yeni bir ciddi travma ya da 50 yaş üstü daha hafif travma olması, açıklanamayan kilo kaybı, kanser öyküsü, açıklanamayan ateş, immunosüpresyon, intravenöz ilaç kullanımı, yerleşmiş osteoporoz tanısı, uzun süre kortikosteroid kullanımı, 70 yaşın üzerinde olmak, fokal nörolojik defisit, progressif ya da kalıcı semptomların varlığı olarak sayılabilir. Bel ağrılı hastaya doğru yaklaşım; ayrıntılı bir öykü alma ve dikkatli klinik muayene ile olur. Hastanın ağrısı, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler hakkında bilgilendirilmesi çok önemlidir. Akut bel ağrılı hastada özellikle ilk iki haftada gereksiz tetkiklerden kaçınılmalı, yatak istirahati ve medikal tedavi ile hasta izlenmelidir. Daha uzun süre devam eden ağrıda ön tanı(lar) doğrultusunda hastanın tetkikleri istenmeli, kesin tanı sonrası medikal, rehabilitatif ve ilerleyen dönemlerde invazif tedavi seçenekleri planlanmalıdır. Medikal tedavi olarak akut dönemde basit analjezikler, kas spzamı ve enflamasyon varlığında gerekli ilaçlar başlanmalıdır. Nöropatik ağrı varlığında antiepileptikler, anksiyete ve kaygı düzeyi yükseldiğinde antidepressanlar eklenmelidir. Tüm bu tedaviler ile ağrı kontrolü yeterince sağlanamazsa zayıf/güçlü opioidler düşünülebilir. Uzun süreli tedavi stratejilerinde farmakoterapinin tek başına yeterli olmadığı, başta terapötik egzersizler olmak üzere aerobik fiziksel aktivitenin en çok önerilen tercihler arasında yer aldığı unutulmamalıdır. Fizik tedavi modaliteleri rehabilitasyona yardımcı yöntemler olarak eklenebilir. Konservatif tedaviye 6-8 haftada yanıt alınamadığı takdirde invazif tedavi yöntemleri düşünülmeli, öncelikle lokal enjeksiyonlar ve algolojik girişimler denenmelidir. 6 ay boyunca tüm konservatif tedavilere ve girişimsel işlemlere karşın şiddetli ağrı yakınması devam eden, tedaviye yanıtsız hastalar cerrahiye yönlendirilmelidir. Tedavi programlarının bireysel faktörler gözönüne alınarak planlanması, günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonellik ve iyileşme kriterleri açısından ülkelerin kendi tanı ve tedavi rehberlerini oluşturması bel ağrılı hastaya doğru yaklaşımda büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. Spine. 1995;20:11-9
2. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria www.acr.org
3. Yılmaz F, Yılmaz A, merdol F, Parlar D, Sahin F, Kuran B: Efficacy of dynamic lumbar stabilization exercise in lumbar microdiscectomy. J Rehabil Med. 2003 Jul;35(4):163-7

BOYUN AĞRILARINDA TANI VE AYIRICI TANI

Prof. Dr. Halil KOYUNCU

Acıbadem Taksim Hastanesi, İstanbul

Boyun,taşıma,koruma,destek ve hareket görevlerini üstlenmiş omurganın önemli bir parçasıdır.Başı taşır. Spinal kord ve sinirler ile vertebral damarları korur. Spinal yapıların dışında diğer önemli yapılara destek olur.Başın hareketini boyun gerçekleştirir.

Kemik,eklem ve yumuşak dokulardan ibaret olan boyunda, ağrıya duyarlı yapılar bulunur.Servikal birinci,ikinci ve yedinci vertebralar özeldir.Diğerleri benzer.Periost,sinovyum,kas,faysa ve ligamenler ağrı reseptörleri taşıyan spinal yapılardır.Diğer komşu yapılar da nosiseptör taşır.

Boyun ağrıları,mekanik ve nonmekanik nedenlerden olur. Bu etkenler spinal servikal yapıları etkiler.Bunun dışında,nonpinal yapılardan da ağrı kaynaklanabilir. Ağrı başka bölgelerden de yansıma yapabilir. Lokal veya sistemik hastalıklar boyun ağrısına sebep olur.Bazen,boyundaki patolojik durumlar spinal sinirlere bası yaparak kola yayılım gösterirler.

Boyun ağrısı olan hastalar,klinik ve laboratuar değerlendirmelerine alınır.Klinik olarak sorgulama yapılır. Hasta kimliği yanında, ağrının lokalizasyonu,nedeni ve süresi önem arzeder.Ağrı,gece uyanmaya sebep oluyorsa, mekanik bir etken düşünülmez.İnflamatuar nedenler içerisinde,romatoid artrit ve ankilozan spondilit akılda tutulmalıdır.Fibromiyalji sendromu ve miyofasyal ağrı sendromu sık nedenler arasındadır.Muayenede,boyun,sırt ve göğüs dikkatli değerlendirilmelidir.Hassasiyet,eklem hareketleri ve nörolojik muayene önemli ipuçları verir.

Kliniği, görüntüleme,biyokimya ve elektrofizyolojik testler tamamlar.Yumuşak dokuları emar ile,kemik yapılar tomografi vasıtasıyla incelenir.Kollarda parezi veya parestezi varsa elektrofizyoloji gerekir.

Boyun ağrısı ile gelen bir hastada,spinal veya nonspinal yapıların bozuklukları akla gelmeli ve ayırıcı tanı yapılmalıdır.Lokal olayların yanında sistemik problemler de ağrıya sebep olur. Kemiğe,eklemlere veya kas-fasya gibi yumuşak dokulara ait sorunlar iyi irdelenmelidir.Genel semptom ve bulgulardan ateş,zayıflama,iştahsızlık ve halsizlik dikkatle izlenmelidir. Spinal yapılardan başka diğer sistem bozuklukları da boyun ağrılı hastada dikkate alınmalıdır.Laboratuar testleri,inflamatuar hastalıkların ayırt edilmesinde yardımcı olur. Boyun ağrısı yapan durumların iyi takibi de gerekir.Her hastalık,başlangıçta dört dörtlük bulgu vermez.

Sonuçta,her yaşta görülen boyun ağrısı,teknoloji ile beraber artmaktadır.Mekanik ve nonmekanik etkenler için tanı araçları kullanılmalı,ayırıcı tanıda ayrıntıya girilmelidir.

Kaynaklar

1-Erdine S. Ağrının Kitabı. Hayy Kitap. İstanbul.2016
2-Oğuz H. Tıbbi Rehabilitasyon.Nobel Kitabevi.İstanbul.2015
3-Balioğlu MB.Omurgayı Tutan Sendromlar. Türk Omurga Derneği Yayınları 6. Ankara.2016
5-Ataman Ş, Yalçın P. Romatoloji.Nobel Kitabevi.İstanbul.2012

OSTEOPOROZDA DXA VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİNİN YORUMLANMASI

Prof. Dr. Ülkü AKARIRMAK

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Osteoporoz için görüntülemede amaç erken tanı koymak ve tedavi sonuçlarını sağlıklı olarak takip etmektir. Yaygın kullanılan yöntemler radyografi (konvansiyonel) ve DXA ile kemik mineral yoğunluk ölçümleri(KMY)'dir.
DXA:2018 Avrupa Kılavuzu'nda osteoporoz tanısı DXA ile femur boynu veya L1-L4 omurgadan ölçülen KMY T-skorunun genç erişkin kadına göre(-2,5) veya altında olması ile konur. Tanı amaçlı başka bölge veya ölçüm teknikleri kullanılabilir. Düşük kemik kütlesi(osteopeni) bir hastalık kategorisi değildir, sadece epidemiyolojik tanımlama amaçlı kullanılır. DXA en yaygın kemik yoğunluk ölçüm tekniği ve tanı için altın standarttır. Tanı dışında prognoz, kırık olasılığı ve monitorizasyon için kullanılır. İlaç tedavisi endikasyonu T-skoru ≤-2,5 FN, L1-L4(Grade 2B). T-skoru -1,0 ve -2,5 arasında ise FRAX ile kırık riski değerlendirilerek tedavi kararı verilir. Kalça kırığı riski>%3 veya majör kırık riski>%20 olması tedavi endikasyonudur. Düşük KMY artmış kırık riski ile koreledir. DXA ile radyasyon dozu düşük, doğruluk ve tutarlık iyidir. Z-skoru premenopozal kadın ve 50 yaş altı erkekte kullanılır. Çocukta sadece Z-akoru ile tanı konmaz. Radius 1/3distal bölümü ölçümü omurga ve/veya kalçanın ölçülemediği durumlar, hiperparatiroidi, obezitede kullanılır. KMY'nın yüksek çıktığı durumlarda osteoartrit, osteofit, kompresyon kırığı, aort kalsifikasyonu değerlendirilir. KMY'nın düşük çıktığı durumlarda skolyoz veya laminektomi sorumlu olabilir. Osteomalasi varlığında ise total kemik matriksi mineralizasyonun azalması nedeniyle düşük sonuçlanır. KMY sonucunda heterojenite osteoartroz, geçirilmiş kırık veya skolyoza bağlı olabilir. Spinal KMY için en az iki vertebra değerlendirilebilmelidir. Seri ölçüm için aynı cihaz ve g/cm2 kullanılır. Takip amaçlı KMY tekrarı 1-2 yılda önerilir ve lomber bölge tedaviye daha hızlı yanıt verir. Pozisyonlamanın doğru yapılması DXA yorumlanmasında çok önemlidir ve cihazın kalite standardı LSC(least significant change) değerlendirilmelidir.
DXA'nın diğer kullanım alanları: DXA ile lateral T4-L4 görüntüleme mümkün ve tüm vücut kemik, yağlı ve yağsız vücut kitlesi ölçülebilir. VFA (vertebral fracture assessment-vertebral kırık değerlendirmesi) kırık görüntüsü sağlamakta uygun bir yöntemdir.
Trabeküler kemik skoru(TBS) son yıllarda geliştirilen analitik bir yazılımdır ve lomber spinal DXA görüntülerinde trabeküler mikromimari ile kırık riski için ek bilgi sağlar.

Radyografi: Vertebraların görüntülenmesi vertebral bir kırığın saptanmasında önemlidir ve kırık varlığında yeni bir kırık gelişmesi riski yüksektir. Ancak kırıklarda % 25-33 tanı konur, çünkü osteoporoz değerlendirmesinde ağrı yoksa spinal görüntüleme yapılmayabilir. Vertebral kırık değerlendirmesinde Genant'ın klasik vertebral kırık kriterlerinde vertebra morfolojisi ve %20'lik bir yükseklik kaybı önemlidir. Spinal görüntüleme için radyografi ve VFA kullanılabilir ve postmenopozal kadın ve 50 yaş üstü erkekte≥4cm boy kaybı ile kifoz, geçmişte veya devam eden uzun süreli oral glukokortikoid tedavisi veya KMY T-skorunun ≤ -2.5 olması durumunda spinal dorsal ve lateral görüntüleme önerilir.

Kaynaklar :

1. Kanis JA. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis International 2018 https://doi.org/10.1007/s00198-018-4704-5
2. NOGG 2017 Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Archives of Osteoporosis 2017 http://link.springer.com/article/10.1007/s11657-017-0324-5
3. Banefelt J. Risk of imminent fracture following a previous fracture in a Swedish database study. Osteoporosis International 2019 https://doi.org/10.1007/s00198-019-04852-8
4. Fink HA. What proportion of incident radiographic vertebral deformities is clinically diagnosed and vice versa? J Bone Miner Res 2005;20:1216–1222
5. McCloskey EV. A metaanalysis of trabecular bone score in fracture risk prediction and its relationship to FRAX. J Bone Miner Res 2016;31:940–948

OMUZ AĞRILARINA YAKLAŞIM

Doç. Dr. Ali Yavuz KARAHAN

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Omuz ağrıları neredeyse toplumun her kesiminde görülme olasılığı olan önemli kas iskelet sistemi problemlerinden birisidir (1). Bin kişilik bir popülasyonun 9 yıllık takibi ile yapılan bir çalışmada ortalama insidansı erkeklerde bin kişi-yılında 26,2 ve kadınlarda bin kişi-yılında 29,3 olarak belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda belirlenen nokta prevelansı ise %6,9 ila %26 arasında değişmektedir (1,2). Yine farklı çalışmalarda 55 ila 64 yaş arasında prevelansı arttığı ve %50 gibi yüksek oranlara ulaştığı bildirilmektedir. Omuz ağrıları için tanımlanan risk faktörleri arasında genetik, sedanter yaşam, sigara ve alkol kullanımı, uyku bozukları ve motor korteks hasarı gibi durumlar tanımlanmıştır. İyi bilinen bu risk faktörlerinin yanı sıra depresyon, anksiyete ve baş etme stratejilerinde zayıflık gibi psikolojik faktöreler, baş üstü aktivitelerin yoğun olduğu meslekler ve birçok spor aktivitesi omuz ağrıları ile ilişkilendirilmiştir (1,2). Omuz ağrıları söz konusu olduğunda çalışmalar arasında yer alan farklılıkların diyagnostik algoritmlerin ve sınıflamaların çeşitliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ortak sınıflama ve yaklaşım tedavi yöntemlerinin seçimi, prognozu ön görme, rehabilitasyon programında uygulanacak mukavemeti ve klinisyenler arasında ortak bir dil belirlemede önemlidir. Omuz ağrısından sorumlu patolojik dokuların tanımlanmasını esas alan ve semptomların kaynağını muayene ve görüntüleme yöntemlerini kullanarak yapısal bir bozukluğa bağlayan pato-anatomik model en yaygın kullanılan yaklaşımdır (1,2). Pato-anatomik model klinik muayene de Neer, Hawkins, Jobe, ağrılı ark, anterior endişe testi gibi tanımlanmış özel testler kullanarak ve ultrasonografi & manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri desteği ile subakromiyal sıkışma sendromu, adheziv kapsülit ve glenohumeral instabilite gibi net tanılara ulaşmayı amaçlar. Uluslararası en çok kabul görmüş bu yaklaşım günlük pratiğimizde kullandığımız ICD 10 (Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflama sisteminin de alt yapısını oluşturmuştur (2,3). Ancak son yıllarda pato-anatomik sınıflandırmayı yetersiz bulan ve kapsamının genişletilmesi gerektiğini vurgulayan uzman görüşleri hızla artmaktadır. Özellikle muayene esnasında kullanılan testlerin özgüllük ve duyarlılığının yeterli olmadığını ve omuz ağrısı tarif etmeyen kişilerde dahi görüntüleme yöntemlerinde saptanan yapısal bozuklukların varlığını vurgulayan bu yeni görüşler farklı sınıflama sistemleri önermektedir. Lewis J. ve ark. (2) önerdiği tedaviyi baz alan model, temel fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarını ön plana çıkararak omuz ağrılı hastaya yaklaşımı önerir. Özellikle değerlendirme esnasında boyun ve sırt bölgesi patolojilerini, skapular pozisyonu ve humerus başı hareketlerini irdeleyen ve uygun mobilizasyon, manipülasyon ve stabilizasyon (bantlama vb.) tekniklerini kullanımını önerir. Ağrılı ve ağrısız hareketlerin belirlenmesini ve germe-güçlendirme temelli tedavinin doğru postürde ve hareket planlarında yapılması gerekliliğini vurgular (1,2). Yine güncel yaklaşımlardan birisi olan ve Ludewig ve ark. (3) tarafından önerilen yeni sınıflamalardan bir tanesi de hareket sistemi modeli veya kinezyo-patolojik yöntem olarak adlandırılır. Bu model karakteristik olarak ağrının neden olduğu hareket paternindeki yetersizliği baz alır ve tedavi yaklaşımlarını spesifik hareket bozukluğuna yönelik sunar. Aslında pato-anatomik sınıflandırmaya psikososyal komponent ekleyen bir modifikasyon gibidir. Mevcut olan patolojiden veya hastanın diğer özelliklerinden bağımsız olarak benzer hareket problemlerini tanımlamak için hareket ile ilgili terimleri kullanır ve skapulotorasik hareket bozuklarına da ayrı bir sınıf açar (3). Bu yaklaşımların tamamında omuz bölgesi dışından kaynaklanan omuz ağrıları (örneğin nörolojik, abdominal, torasik ve kardiyovasküler nedenler gibi) ayrı bir grupta değerlendirilir (4). Son yıllarda ortaya konmaya başlanan farklı yaklaşımların da alışık olduğumuz pato-anatomik yaklaşıma önemli katkılarının olacağı öngörülmektedir (4,5).

Kaynaklar

1) Greving K, Dorrestijn O, Winters JC, Groenhof F, van der Meer K, Stevens M, Diercks RL. Incidence, prevalence, and consultation rates of shoulder complaints in general practice. Scand J Rheumatol. 2012 Mar;41(2):150-5. doi: 10.3109/03009742.2011.605390.
2) Lewis J, McCreesh K, Roy JS, Ginn K. Rotator Cuff Tendinopathy: Navigating the Diagnosis-Management Conundrum. J Orthop Sports Phys Ther. 2015 Nov;45(11):923-37. doi: 10.2519/jospt.2015.5941. Epub 2015 Sep 21.
3) Ludewig PM, Kamonseki DH, Staker JL, Lawrence RL, Camargo PR, Braman JP. Changıng our dıagnostıc paradıgm: movement system dıagnostıc classıfıcatıon. Int J Sports Phys Ther. 2017 Nov;12(6):884-893.
4) Braman JP, Zhao KD, Lawrence RL, Harrison AK, Ludewig PM. Shoulder impingement revisited: evolution of diagnostic understanding in orthopedic surgery and physical therapy. Med Biol Eng Comput. 2014 Mar;52(3):211-9. doi: 10.1007/s11517-013-1074-1.
5) Ardic F, Kahraman Y, Kacar M, Kahraman MC, Findikoglu G, Yorgancioglu ZR. Shoulder impingement syndrome: relationships between clinical, functional, and radiologic findings. Am J Phys Med Rehabil. 2006 Jan;85(1):53-60.

KALÇA AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Sumru ÖZEL

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çorum

Kalça ağrısı sık görülen ve her yaş grubunu ilgilendiren bir semptomdur. İntra-artiküler ve ekstra-artiküler patolojileri içeren ayırıcı tanısı oldukça geniştir. Öykü, kalça ve çevresindeki ilgili yapıları içeren tüm katmanların fizik muayenesi (klinik muayene testleri ile desteklenen) ve laboratuvar / görüntüleme yöntemlerini içeren algoritmik yaklaşımla tanıya ulaşılmaya çalışılır.

Yaş, tek başına ayırıcı tanıyı daraltabilir.Puberte öncesi ve adolasan dönemde, kalça ekleminin konjenital malformasyonları, avulsiyon fraktürleri, apofiz ve epifiz injurileri,gençlerde muskülotendinöz strain, ligament yaralanmaları, bursitler sıklıkla kalça ağrısının nedenleridir. Yaşlılarda ise dejeneratif osteoartrit, kırıklar ilk olarak düşünülmelidir.

Hastalar sıklıkla kalça ağrılarını üç anatomik bölgeden birinde lokalize ederler :Anterior kalça- kasık , posterior kalça- gluteal bölge, lateral kalça . Anterior kalça- kasık ağrısının nedenleri genellikle osteoartrit, labral yırtıklar gibi intra-artiküler patolojilerdir. Posterior kalça ağrısı priformis sendromu, sakroiliak eklem disfonksiyonu, lomber radikülopati, daha az sıklıkla iskiofemoral impingement ve vasküler kladikasyo ile ilişkilidir. Lateral kalça ağrısı büyük trokanterik ağrı sendromu ile ilişkilidir.
Klinik muayene testlerinin, çoğu tanı için yüksek spesifite ve sensitif olmamasına rağmen kalça muayenesinde sıklıkla kullanılırlar.

Akut kırık, stres kırığı, dislokasyon, osteoartrit şüphesinde radyografiye başvurulur. Occult travmatik kırıklar, stres kırığı, femur başının osteonekrozunun saptanmasında magnetik rezonans görüntüleme (MRG) değerlidir. Labral yırtıkları için seçilecek diagnostik test MR artrografidir. Ultrasonografi bursit, eklem efüzyonu, kalça ağrısının fonksiyonel nedenlerinin (snapping hip vb) saptanmasında yararlı diagnostik modalitedir. Ayrıca eklem aspirasyonu ve terapatik enjeksiyonlarda klavuz olarak kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Wilson JJ, Furukawa M. Evaluation of the patient with hip pain. Fam Physician 2014;89(1):27-34.
2. Temme KE, Pan J. Musculoskeletal approach to pelvic pain. Phys Med Rehabil Clin North Am 2017;28:517-537.
3. Karrasch C, Lynch S. Practical approach to hip pain. Med Clin N Am 2014;98:737-754.
4. Ward D, Parvizi J. Management of hip pain in young adults. Orthop Clin N Am 2016; 47:485-496.
5. Yun JL, Kim SH, Chung SW, Lee YK, Koo KH. Causesof chronic hip pain undiagnosed or misdiagnosed by primary physicians in young adult patients: a Retrospective descriptive study. J Korean MEd Sci 2018 Dec 24;33(52):e339.

DİZ AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Duygu GELER KÜLCÜ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Diz ağrısı, poliklinik başvurularının en yaygın nedenlerinden biridir. Önemli olan, diz ağrısı yakınmasıyla gelen hastanın bu şikayetinin, sistemik veya ciddi bir hastalığın belirtisi mi yoksa rejiyonel veya mekanik bir problemin göstergesi olup olmadığını yani ayırıcı tanıyı yapabilmektir. Bunun için de hastanın sadece dizine odaklanarak değil, bütün olarak değerlendirme yapmak gerekir. Her kas-iskelet sistemi rahatsızlığında olduğu gibi iyi bir anamnez ve ayrıntılı fizik muayene şarttır. Diz ağrılı hastaya yaklaşımda; hastanın yaşı, ne kadar süredir olduğu, ağrının yeri, yayılımı, tipi, eşlik eden diğer semptomlar, başlatan sebebin olup olmaması, ağrıyı ortaya çıkaran durumlar ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Fizik muayene; inspeksiyon, palpasyon, eklem hareket açıklığı muayenesi, spesifik testler ve nörolojik muayene şeklinde sırasıyla yapılmalıdır. Anamnez ve muayene bulgularımızla koyduğumuz ön tanıyı desteklemek için de uygun görüntüleme yöntemleri seçilmelidir. Direkt radyografinin nasıl isteneceği önemlidir. Günümüzde fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yaygınlaşan ultrason ile bazı durumlarda, daha ileri ve pahalı tetkiklere gitmeden tanı konabilmekte, eklem sıvı aspirasyonları ve enjeksiyonlar esnasında da faydalanılabilmektedir. Manayetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki rutin tetkik haline gelmemeli, gerektiğinde faydalanılmalıdır. Aksi halde MRG bulguları, anamnez ve muayenenin önüne geçerse, ağrının esas kaynağından ve dolayısıyla doğru tedavi yöntemlerinden uzaklaşılabilir. Diz ağrılarının sınıflamasında; nontravmatik sebepleri ağrı bölgesine göre ön diz ağrısı, medial diz ağrısı, lateral diz ağrısı ve arka diz ağrısı olarak sınıflayabiliriz. Bir diğer sınıflama inflamatuar veya yapısal sebepler şeklindedir. Yapısal sebepleri anlamada diz biyomekaniğini ve anatomisini, alt ekstremite kinezyolojisini de iyi bilmek gerekir. Erişkinlik ve çocukluk dönemine göre de diz ağrısı sebepleri değişmektedir. Diz eklemi en büyük sinovyal membranı ve eklem boşluğu olan ve en fazla sinovyal sıvının bulunduğu eklemdir. Akut/kronik monoartrit yapan hastalıklar sıklıkla dizi tutmaktadır. Yine poliartirit ile seyreden inflamatuar eklem hastalıklarının başlangıcı diz tutulumu şeklinde de olabilmektedir. Sinovyal sıvı analizi ve laboratuvar bulgularının doğru seçimi ile tanı koymak ve tedaviye başlamak mümkündür. Klinikte sık rastladığımız ve/veya gözardı ettiğimiz diz ağrısı sebepleri bu sunumda tartışılacaktır.

Kaynaklar:

Calmbach, W. L., & Hutchens, M. A. R. K. (2003). Evaluation of patients presenting with knee pain: Part I. History, physical examination, radiographs, and laboratory tests. Am Fam Physiciam, 68(5), 907-912.

1. Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Özel Sayı Arşivi Diz Ağrıları 2018 sayı 3, ed; Jale İrdesel.
2. The Knee in Rheumatology, eds. Marc C. Hochberg, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman. (2015):633-646.

İMMÜN ARACILI İNFLAMATUVAR HASTALIKLARDA PSİKİYATRİK KOMORBİDİTE VE MORTALİTE İLİŞKİSİ

Ali Erhan ÖZDEMİREL

Dışkapı Yıldırım Beyazıd Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Ankara

İmmün aracılı inflamatuvar hastalıklar immün disregülasyon ve inflamasyonla katekterize kronik gidişatlı hastalıklardır. Kronik gidişatın üzerine akut alevlenmeler sıklıkla eklenir ve sonuçta progresif dizabilite söz konusudur. Özellikle depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik komorbiditeler immün aracılı inflamatuvar hastalıklarda genel popülasyona kıyasla daha sık görülür ve azalmış yaşam kalitesi ile ilişkilidir, ancak genellikle immünolojik hastalıklarda göz ardı edilmektedir. Psikiyatrik komorbiditenin insıdansı araştıran popülasyon bazlı çalışmalarda sıklıkla immün aracılı inflamatuvar hastalıklar göz ardı edilmektedir ve bu konuda literatürde oldukça sınırlı sayıda yapılmış çalışmalar mevcuttur. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarındaki psikiyatrik komorbiditeyi araştırqan bir retrospektif çalışmada depresyonun tanı sonrası 5 yıl içindeki kümülatif insıdansı % 20 bulunmuştur. Tayvan'dan yapılan bir başka çalışmada ise depresyon insıdansı 1000 hasta yılında 15.7 olarak bulunmuştur ki bu normal popülasyona göre 1.69 kat risk artışına işaret etmektedir. 6000'i aşkın inflamatuvar bağırsak hastası ve 10000'i aşkın romatoid artrit hastasını içeren oldukça geniş çaplı bir çalışmada herhangi bir psikolojik duygu-durum bozukluğuna sahip olma insidansı 1000 hasta yılında 26.1 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada ortalama yıllık depresyon, anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluk insidansının immün aracılı inflamatuvar hastalıklarda kontrol grubuna göre artmış olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada psikiyatrik komorbiditelerin özellikle kırsal kesimde yaşayanlar ile 65 yaş üstü ile genç erişkinlerde daha sık olduğunu göstermiştir. Kanada'dan yapılan üç çalışmada ise multiple skleroz hastalarında birinci yılda yüzde 1'lerde olan depresyon oranının 5 yılda yüzde 35 'lere yükseldiğini göstermiştir.
Genel olarak bakıldığında immün aracılı inflamatuvar hastalıklarda psikiyarik komorbiditelerin artmış insidansı şüpheye yer bırakmaksızın görülmektedir. Bu sunumda literatürdeki mevcut veriler ışığında inflamatuvar hastalıklarda artmış oranda gözüken psikiyatrik komorbiditelerin sıklığı, çeşidi ve risk faktörleri aydınlatılmaya çalışılacaktır. Daha da önemlisi immünolojik hastalıklarda artmış komorbiditenin hastalıkların kronik seyirinin ve olası semptomatolojilerinin yarattığı kronik yükün yanısıra primer olarak immün sistemin direkt psiko-patafizyolojide olası rolünü de aydınlatmaya çalışmak olacaktır.

Kaynaklar

1-A.J. Panara, A.J. Yarur, B. Rieders, S. Proksell, A.R. Deshpande, M.T. Abreu, D.A. Sussman, The incidence and risk factors for developing depression after being diagnosed with inflammatory bowel disease: a cohort study, Aliment. Pharmacol.Ther. 39 (8) (2014) 802–810.

2-S.B. Patten, S. Berzins, L.M. Metz, Challenges in screening for depression in multiple sclerosis, Mult. Scler. J. 16 (11) (2010) 1406–1411

3-C. Thielscher, S. Thielscher, K. Kostev, The risk of developing depression when suffering from neurological diseases, German Med. Sci. 11 (2013) (Doc02)

4-R.A. Marrie, S.B. Patten, J. Greenfield, L.W. Svenson, N. Jette, H. Tremlett,C. Wolfson, S. Warren, J. Profetto-McGrath, J.D. Fisk, J. Blanchard, P. Caetano,L. Elliott, B.N. Yu, V. Bhan, L. Svenson, Physical comorbidities increase the risk ofpsychiatric comorbidity in multiple sclerosis, Brain Behav. 6 (9) (2016) e00493

5-M.C. Lu, H.R. Guo, M.C. Lin, H. Livneh, N.S. Lai, T.Y. Tsai, Bidirectional associa-tions between rheumatoid arthritis and depression: a nationwide longitudinalstudy, Sci Rep 6 (2016) 20647
.

ERİŞKİNDE MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU

Dr. Öğr. Üyesi Cem ERÇALIK

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Hemafagositik lenfohistiositoz (HL) eğer acilen tedavi edilmezse ciddi hastalık ve ölüme neden olabilen bir hiperinflamatuar sendromdur. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) HL'nin bir formu olup primer olarak juvenil idiopatik artritli hastalarda ve diğer romatolojik hastalarda ortaya çıkar.
Hemafagositik lenfohistiositoz NK hücreleri ve sitotoksik T hücrelerinin normal sitolitik fonksiyonlarının bozukluğundan kaynaklanır. Enfeksiyondan, malign hücrelerden veya otoimmün/ otoenflamatuar süreçlerden kaynaklanan antijeni temizleyememek, uygun olmayan immün stimülasyona ve sitokin fırtınası olarak bilinen kendi kendini devam ettiren bir hiperinflamatuar duruma yol açar.
Makrofaj aktivasyon sendromu birçok enflamatuar bozuklukta görülebilmesine rağmen, en sık sistemik juvenil idiyopatik artritte ve yetişkin eşdeğeri erişkin başlangıçlı Still hastalığında görülür. Sistemik lupus eritematozus ile de sık bildirilmiştir. Romatoid artrit, Sjögren sendromu, dermatomiyozit, Kawasaki hastalığı, mikst bağ dokusu hastalığı ve sistemik sklerozda da görülebilir. Ayrıca metotreksat, sulfasalazin ve anti-TNF-α gibi ilaçlar hemofagositoza yol açabilen ilaçlar arasında sayılmaktadır. HLH romatizmal hastalığın seyrinde herhangi bir anında ortaya çıkabilir. Tanı anında, tedavi sırasında veya eşlik eden bir enfeksiyonla ilişkili olarak görülebilir.
En tipik bulgu ve semptomlar ateş, hepatosplenomegali ve sitopenidir. Daha az gözlenen klinik bulgular nörolojik semptomlar, lenfadenopati, ödem, deri döküntüsü ve sarılıktır. Yaygın laboratuar bulguları arasında hipertrigliseridemi, hiperferritinemi, hipofibrinojenemili bir koagülopati ve yüksek aminotransferazlar bulunur.
Makrofaj aktivasyon sendromu tedavisine yönelik kontrollü çalışma yoktur. Veriler vaka serilerine dayanmaktadır. Adlandırma ve sınıflandırma konusunda anlaşma eksikliği, durumun nadirliği ve tetikleyici faktörlerin ve altta yatan koşulların heterojenliği, tümüyle prospektif araştırmalara engel teşkil eder.
Makrofaj aktivasyon sendromu, romatizmal hastalıkların ciddi, potansiyel olarak yaşamı tehdit edici bir komplikasyonudur; bu nedenle acil tedavi iyi bir prognoz için vazgeçilmezdir. Otoimmün MAS'ta mortalite %5-39 arasında değişmektedir. MAS'ın romatizmal hastalıklardaki tedavisi henüz standartlaştırılmamıştır, ancak genellikle kortikosteroidler, siklosporin A, IVIG, etoposid, siklofosfamid, anti-TNF-α, metotreksat, G-CSF ve bazılarında plazmaferez kullanılmaktadır. Bununla birlikte, romatizmal hastalığı olan hastalarda MAS, enfeksiyon veya ilaç tarafından da tetiklenebilir; Bu nedenle, bu durumlarda ilk tedavi yaklaşımında enfeksiyonun tedavisi veya ilacın kesilmesi olmalıdır. Son dönemde anti-IL-1, IL-6 ve rituksimab tedavisinin etkili olduğuna dair vakalar bildirilmiştir.

Kaynaklar

Carter SJ, Tattersall RS, Ramanan AV. Macrophage activation syndrome in adults: recent advances in pathophysiology, diagnosis and treatment. Rheumatology (Oxford). 2019 Jan 1;58(1):5-17.
Ayten YAZICI, Ayşe ÇEFLE. Hemofagositik Sendrom ve Bağ Dokusu Hastalıkları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 43 (3) 137-140, 2017.
Atteritano M, David A, Bagnato G, Beninati C, Frisina A, Iaria C, Bagnato G, Cascio A. Haemophagocytic syndrome in rheumatic patients. A systematic review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Oct;16(10):1414-24.
Tristano AG. Macrophage activation syndrome: a frequent but under-diagnosed complication associated with rheumatic diseases. Med Sci Monit. 2008 Mar;14(3):RA27-36.

AMPUTASYONLU HASTALARDA SPOR VE REKREASYONEL ADAPTASYONLAR

Doç. Dr. Burcu METİN ÖKMEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa

Amputasyon, çeşitli hastalıklar nedeniyle ya da travmatik sebeplerle beslenmesi engellenen ekstremitenin tamamının ya da bir kısmının kaybıdır. Amputasyonun seviyesi hastalığın veya defektin yaygınlığına bağlı olarak belirlenmektedir (1).

Endüstri, teknoloji ve tıp alanındaki gelişmelere rağmen amputasyon hala önemli bir sakatlık kaynağıdır. Alt ekstremite kaybı, bireyin ayakta durma, transfer etme ve toplanma yeteneğini etkiler. Amputasyon sonrası rehabilitasyon programları ve protez seçenekleri geri kazanım işlevselliği ve duygusal iyileşme sağlar (2).

Amputasyon kalıcı sakatlığa neden olur ve geçici veya kalıcı olarak mobiliteyi azaltır. Amputasyonlu bireyler genellikle kendilerini özel vücut gruplarına göre, özel ihtiyaçları olan ve daha fazla dikkat gerektiren özel bir grubun parçası olarak görürler. Bu algılamalar, amputasyonlu bireylerde, özellikle ampütasyondan sonraki ilk 2 yılda kaydedilen nispeten yüksek depresyon ve anksiyete oranlarına katkıda bulunur. Sonuç olarak, sosyal katılımda ve günlük hayata dönmede zorluklar yaşarlar (3).

Çeşitli sporlar ve rekreasyonel aktiviteleri kapsayan destekleyici organizasyonlar ve rehabilitasyon programları ampute hastalarda görülen olumsuzlukları minimale indirerek, yaşam kalitesini artırır (4).

Rekreasyon, insanın yaşam kalitesini artırmak için serbest ve boş zamanında doğaya zarar vermeden, kendi istemi ve gönüllü olarak yaptığı faaliyetleri kapsayan multidisipliner bir çalışma alanıdır (5).

Rekreasyonel aktiviteler her özür grubunun gereksinimlerine ve özür derecesine göre seçilmelidir. Bu yönde uygulanan rehabilitasyonun başarısı, özürlünün gereksinimlerinin doğru olarak saptanmasına ve var olan yetenek ve potansiyelinin iyi değerlendirilmesine bağlıdır (4).

Rekreasyonel aktivitelere ve spora yönlendirme yapmadan önce, fiziksel ve zihinsel yeteneklerin belirlenmesi, psikolojik ve sosyal eksikliklerin saptanabilmesi için iyi bir fiziksel değerlendirmenin yapılması gerekir. Ayrıca aktiviteler esnasında adaptif cihazlara (yürüme cihazları/koltuk değneği gibi) gereksinim olup olmadığı ve kişiye özel alınması gereken tedbirler tespit edilmelidir. Eğitim için gerekli koşullar sağlanmalı ve kişiye özel olası komplikasyonlar saptanmalıdır (4).

Rekreasyonel aktiviteler ile grup içi başarı ve mücadele azmi artar, kişiler arası destek ve paylaşım artar, kişiler arası iletişim artar, birbirlerinin ilgi ve ihtiyaçlarını öğrenirler, kimlik duyguları gelişir, kendilerine olan özgüvenleri artar, fiziksel uyum seviyeleri maksimuma ulaşır (4).

Spor, pek çok özür grubunda olduğu gibi ampute hastalar için de en iyi rekreasyonel aktivitedir. Amatör ya da profesyonel olarak ampute hastalar çeşitli sporlara katılabilirler (4). Sporlara katılım tekerlekli sandalyeleri ile, protez ya da kullandıkları cihazlarıyla olabilir veya herhangi bir ekipmana ihtiyaç duymadan da spor yapabilirler. Teknolojik gelişmelere paralel olarak spora özgü tekerlekli sandalyelerin geliştirilmesiyle ampute hastaların pek çok spor dalına yönlenmeleri sağlanmıştır. Aynı şekilde teknolojik gelişmeler protez teknolojisinde de büyük gelişmelere neden olarak ampute hastaların protezleriyle spor yapabilmelerine olanak sağlamıştır. Termoplastik materyallerden yapılmış güdük ile iyi uyumlu fleksible soketler, koşmaya uyumlu, hafif ve doğal hareket akışı sağlayan diz eklemleri, koşma ve yürümeye iyi uyum sağlayan esnek ve dayanıklı protez ayaklar ile amputeler profesyonel sporcu olabilmektedirler (4).

Ampute hastalar pek çok spor dalını seçebilirler, ancak seçilecek olan spor türü özürlünün kapasitesine uygun olmalı, yetersizliklerini fazla zorlamamalı ve özrün fonksiyonel iyileşmesine yardım etmelidir. Seçilen spor dalı özürlünün yetenekleri ve ilgisi doğrultusunda olmalıdır (4).

Ortopedik özürlüler; atletizm, tekerlekli sandalyede basketbol, atıcılık, tekerlekli sandalyede masa tenisi, binicilik, tekerlekli sandalyede tenis, okçuluk, tekerlekli sandalyede rugby, eskrim, tekerlekli sandalyede dans, voleybol, yüzme, bisiklet, ağırlık kaldırma, ayakta futbol, dalgıçlık gibi pek çok spor dalını yapabilirler (4).

Kaynaklar
1. Ünal V., Yurtseven A., Erdoğan M., Anolay N., Ünal E. Ö., Baklacıoğlu F. Travma Sonrası Meydana Gelen Alt Ekstremite Amputasyonlarında Etiyoloji ve Maluliyet Değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine, 2016; 21(1): 31-38.
2. Aslan M. D., Çulha C., Yanıkoğlu İ., Malas F. Ü., Güntepe Ş., Özgirgin N. Clinical And Demographic Characteristics Of Patients With Lower Limb Amputation. Ege Tıp Dergisi 2019; 58(1): 46 – 51.
3. Bragaru M, Dekker R, Geertzen JH, Dijkstra PU. Amputees and sports: a systematic review. Sports Med. 2011 Sep 1;41(9):721-40. doi: 10.2165/11590420-000000000-00000.
4. Bayramlar K., PEOPLE S. I. D. Ortopedik özürlülerde rekreasyonel aktiviteler ve spor. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 8(1): 23-27.
5. Tütüncü Ö. Rekreasyon ve Rekreasyon Terapisinin Yaşam Kalitesindeki Rolü. Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi 2012; 23(2): 248-252.

HANGİ BÖLGEDE HANGİ LEZYONDA PSORİASİS DÜŞÜNMELİYİM?

Prof. Dr. Mustafa ÖZDEMİR

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

Psoriasis keskin sınırlı, sedef renginde skuamlar içeren eritemli plaklarla karakterize kronik inflamatuar bir deri hastalığıdır. Klasik deri bulgularının dışında guttat, püstüler, eritrodermik, invers ve tırnak psoriasis şeklinde de kendini gösterebilir. Metabolik sendrom, inflamatuar barsak hastalıkları ve psoriatik artrit gibi eşlik eden komorbiditeleri vardır. Multifaktöryal poligenetik bir kalıtıma sahip olması klinik açıdan da oldukça farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın tanısında lezyonun tipik klinik görünümü, öngörülen tutulum bölgelerinde lezyonların yerleşmesi, psoriasis fenomenlerin saptanması, tırnak tutulumun olması ve histopatoloji önem taşır. Lezyonlar keskin sınırlı, eritemli ve şiddeti değişken skuamların eşlik ettiği papül ve plaklar şeklindedir. Öngörülen lezyon bölgeleri daha çok deri ekstansör yüzeylerdir. Bununla birlikte saçlı deri, tırnaklar, palmoplantar, genital ve fleksural bölgeler de etkilenebilir. Vücut deri ekstansör yüzeylerde yerleşen lezyonlar tipik psoriasis bulguları sergilerken diğer bölgelerde oldukça değişkenlik gösterir. Saçlı deride genellikle saçlı deri sınırını geçecek şekilde plaklar yerleşirken, fleksural bölgelerde skuamı olmayan sadece eritemli plaklarla seyreder. Genital bölgelerde de bazen plaklara ragatlar eşlik edebilir. Palmoplantar bölgelerde ekzemalara benzeyen likenifiye kaşıntılı plaklar veya eritemli /eritemsiz zeminde püstüller görülebilir. Tırnaklarda minik çukurcuklar (pitting), beyaz lekeler, yüzeyel ufalanmalar, subungal hiperkeratoz, yağ damlaları, splinter hemorajiler ve/veya onikolizis görülebilir. Herhangi bir vücut bölgesinde tipik lezyon bulgusu göstermeyen ancak psoriasis şüphesi varsa kesin tanı için histopatolojik muayene için biyopsi yapmak gerekebilir[1-3].

Kaynaklar

1. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Editörler. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. New York: McGraw Hill; 2008. Sayfa. 169-94
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 2000. Sayfa. 585-607.
3. Canbolat F. Psoriasiste klinik özellikler. Özdemir M, Koç E, Editörler. Psoriasis Güncel Yaklaşımlar. İstanbul; Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. Sayfa. 29-57.

PSORİATİK ARTRİT TEDAVİSİNE GÜNCEL YAKLAŞIM

Prof. Dr. Kemal NAS

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya

Psoriatik artrit (PsA), aksiyal tutulum ve periferal artrit, entezit, daktilit, cilt ve tırnak tutulumuna neden olabilen farklı klinik tablolarla kendini gösteren heterojen bir hastalıktır. Tutulumun şiddeti hem etki alanlarında hem de bireysel hastalar arasında geniş çeşitlilik göstermektedir. Psoriatik artritin etyopatogenezinin iyi anlaşılması, tedavisinde yeni stratejilerin ve hedefe yönelik terapötik ajanların geliştirilmesine yol açmıştır. Tümör nekroz faktör inhibitörleri (TNFi), PsA'nın tüm klinik tabloları tedavi etmede etkili olabilir, hastaların çoğunluğu hızlı ve sürekli bir yanıt elde edebilir. Bununla birlikte TNFİ'lere yetersiz cevap verenler veya intolerans durumlarında alternatif bir etki mekanizması olan ilaçlara geçiş yapmak gerekebilmektedir. Yakın zamana kadar, TNFi sadece biyolojik tedavi biçimindeydi. Bununla birlikte son zamanlarda IL12/23 antagonisti (ustekinumab), IL17 antagonistleri (secukinumab, brodalumab, ixekizumab) ve fosfodiesteraz-4 inhibitörü (apremilast) kullanımı, JAK inhibitörleri (tofacitinib) FDA onayı alındı ve günlük pratiğimizde kulanılmaya başlandı, hala üzerinde çalışılan anti-IL6 (tocilizumab), T hücre modülatörleri (alefacept, abatacept, efalizumab, itolizumab), B hücre baskılayıcı tedavisi (rituximab), PsA için alternatif tedavi seçenekleri olarak üzerinde çalışılan ilaçlar arasında yer almaktadır.
PsA tedavisinde multidisipliner yaklaşım önemlidir. Hastalar romatizmal hastalıklar konusunda deneyim sahibi klinisyenler tarafından hastalığın erken döneminde başlanan tedaviden fayda görmektedir. Tedavi başlangıçta hastalık aktivitesi, hasar derecesi gibi hastalığın şiddetinin değerlendirilmesi ile yönlendirilir ve ardından aksiyal veya periferik artrit gibi en ciddi tutulum alanına göre planlanır. Hedefe yönelik tedavi yaklaşımı remisyon yada düşük hastalık aktivitesi hedeflenerek periferal ve aksiyal tutulum için uygulanmalıdır. Komorbiditeler (diyabet, metabolik sendrom, karaciğer yağlanması, koroner arter hastalığı gibi) PsA'da yaygındır ve genel sağlık ve tedavi seçimini etkileyebilecekleri için tedavi başlangıcında değerlendirilmelidir. Hastalar gerektiğinde komorbiditelerin önlenmesi ve tedavisi için ilgili bölümlere konsulte edilmelidirler.

Tüm romatizmal hastalıklar gibi, PsA'nın yönetimi gelişmiş değerlendirme, daha iyi sonuç ölçütleri ve daha yeni tedaviler ile gelişmektedir. Hastalık etyopatogenezinde rolü olan sitokin ve molekülleri hedef alan spesifik tedaviler ile gelecekte daha iyi hastalık kontrolü sağlanabilir.

Kaynaklar

1- Elyoussfi S, Thomas BJ, Ciurtin C. Tailored treatment options for patients with psoriatic arthritis and psoriasis: review of stablished and new biologic and small molecule therapies. Rheumatol Int 2016; 36:603–612.
2- 2- Coates L.C. Therapy strategies in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol 2015; 33 (Suppl. 93): S70-S72.*
3- *3-* Gossec L, Smolen JS. **Treatment of psoriatic arthritis: management recommendations.** *Clin Exp Rheumatol 2015; 33 (Suppl. 93): S73-S77.*
4- *4-*Ajesh B. Maharaj, Vinod Chandran. Treatment of psoriatic arthritis with traditional DMARD's and novel therapies: approaches and recommendations. Expert Rev Clin Immunol 2017 Apr;13(4):319-331.

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA ULTRASONUN ÖNEMİ

Prof. Dr. Demirhan DIRAÇOĞLU

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

Bilindiği gibi romatolojik hastalıklar çok geniş bir yelpazeyi oluşturmaktadır. Hastalara en doğru yaklaşımı yapabilmek için tanı kriterleri sürekli yenilenmektedir. Klinik muayene esas olmakla birlikte, tanı ve tedavi süreci içerisinde radyolojik görüntüleme yöntemlerinin de büyük önemi vardır. Klinik muayene ile tesbiti zor olan bazı durumlar görüntüleme ile ortaya konabilir. Kas-iskelet sistemi ultrasonografisi son dönemde giderek artan bir popülarite ile kullanılmaya devam edilmektedir. Gerek ACR gerek EULAR romatolojik hastalıkların tanı, takip ve tedavi süreçlerinde ultrason kullanımını teşvik etmekte, bu konuda her yıl kurslar düzenlenmektedir. Ultrasonografi, radyasyon içermemesi, kolay ulaşılabilir olması, portable modellerinin bulunması, kan akımının yönünün ve şiddetinin belirlenebilmesi, gerçek zamanlı ve farklı planlarda görüntülemeye olanak vermesi, rölatif olarak ucuz olması, klinik muayene ile eşzamanlı kullanılabilmesi, sonografik palpasyon imkanı, pek çok girişim için rehber olabilmesi, yüksek hasta uyumu ve açık alanda uygulanması gibi avantajları beraberinde getirmektedir. Kemik dokunun altının görüntülenememesi, eğitim ve deneyim gerekliliği, kullanıcıya göre farklı yorumlara açık olması ve derin doku penetrasyonunun rölatif olarak düşük olması gibi dezavantajları da mevcuttur.

Özetle, ultrasonografi romatolojik alanda en azından aşağıdaki sorulara yanıt verebilir:

- Hastada eklem ve çevresinde patolojik bir görünüm var mı?
- Eğer patoloji varsa, hangi yapılar etkilenmiştir?
- Anormallik inflamasyonu temsil ediyor mu?
- İnflamasyon varsa hangi şiddette?
- Lezyon travmatik mi, romatolojik mi?
- Patoloji eklemde ya da çevresinde yapısal hasara neden olmuş mu?
- Eklem kapsülü, sinovya ve kıkırdak nasıl etkilenmiş?
- Kemik erozyonu var mı, varsa büyüklüğü nasıl?
- Romatoid artrit - osteoartrit ayrımı?
- Romatoid artrit - psöriatik artrit ayrımı?
- Hastada gut ya da psödogut olabilir mi?
- Hastada polimiyalji romatika var mı?
- Hasta Sjögren sendromu mu?
- Sinir patolojisi var mı?
- Bacaktaki akut şişliğin etiyolojisi nedir?
- İğneyi aspirasyon ya da enjeksiyon için nasıl doğru yerleştirebilirim?

Romatolojik hastaların tanı, takip ve tedavisinde ultrasonografi kullanımının önümüzdeki dönem de hızlı bir artış göstermesi beklenmektedir. Bu nedenle romatoloji ile ilgilenen hekimlerin kendilerini bu alanda geliştirmeleri yerinde olacaktır.

Kaynaklar:

1- Kohler MJ. Musculoskeletal Ultrasound in Rheumatology Review. Springer International Publishing Switzerland, 2016
2- Wakefield RJ, D'Agostino MA. Essential Applications of Musculoskeletal Ultrasound in Rheumatology. Saunders Elsevier, 2010.

ROMATİZMAL HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME

Doç. Dr. Erkan KILIÇ

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), güçlü mıknatıslar ve radyofrekans dalgalar kullanılarak 3 boyutlu görüntüler üretilebilen bir görüntüleme yöntemidir. MRG tekniklerinin iyileştirilmesi sürekli devam etmekte, bu da tarama sürelerinin kısalması, çözünürlük ve diyagnostik kapasitenin artması ile sonuçlanmaktadır. MRG iyonize radyasyon içermez, anatomi ve patolojileri göstermek için uygun bir çözünürlüğüne sahiptir. MRG'nin bazı limitasyonları vardır bunlar; klostrofobisi olan hastalar, yüksek ses, metal hassasiyeti ısınmasına ve hareketine neden olabilir, hareketsiz durma ve nefes tutma dahil olmak üzere hastanın iş birliğini gerektirir. Günümüzde eklem ve çevre dokularda inflamasyon ve sonuçlarının değerlendirilmesinde en uygun non-invaziv görüntüleme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Biyolojik tedavilerin kullanıma girmesiyle, inflamasyonun erken tespiti önem kazandı ve bu da romatizmal hastalıkların teşhis ve takibinde MRG kullanımında bir artışa neden oldu.

Kaynaklar

- Baraliakos X, Hermann KG, Landewe´ R, et al. Ann Rheum Dis 2005;64(8): 1141–4.
- Ostergaard M, Conaghan PG, O'Connor P, et al. J Rheumatol 2009;36(8):1806–10.
- Madsen KB, Egund N, Jurik AG. J Rheumatol 2010; 37(2):393–400.
- Del Grande F, Santini F, Herzka DA, et al. Radiographics 2014; 34(1):217–33.
- Lambert RGW, Østergaard M, Jaremko JL. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2018 ;26(4):599-613.

ROMATİZMAL HASTALIKLARIN AYIRICI TANISINDA EL RADYOGRAFİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Özge KENİŞ COŞKUN

Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

El eklemleri çok çeşitli romatizmal hastalıklarda sıklıkla etkilenen eklemlerdir. Romatoid artrit özellikle proksimal interfalangeal, metakarpal ve interkarpal eklemleri tutarken, distal interfalangeal eklemi hemen hiçbir zaman etkilemez. Distal interfalangeal eklemleri etkileyen başlıca dört romatolojik hastalık gut, psödogut, osteoartrit ve psöriatik artrittir. Bu dört hastalık da el radyografisinde benzer bulgular verir ve ayırt edilmeleri her zaman kolay olmayabilir. Osteoartritin özellikle erozif formu, distal interfalangeal eklemleri tutar ve radyografik bulguları bu hastalıklara benzerdir. Psöriatik artrit ise, erozyon varlığında periartiküler osteopeni görülmemesi ile bu hastalıklardan ayrılır. Ayrıca, psöriatik artritte gelişen periostit ve yeni kemik oluşumu, diğerlerinden farklı bir başka yönüdür. Gutta en belirgin ayırt edici özellik eklem aralığının geç döneme kadar korunması iken, fare yeniği gibi lezyonlar görülür. Daha önce yapılmış bir çalışmada bu hastalıkların erken dönemlerinde çekilen el radyografilerinin özellikle uzun dönemde gut tanısı koymakta başarılı olduğu gösterilmiş, psöriatik artrit için ise düşük pozitif prediktif değeri olduğu belirtilmiştir1.

Benzer biçimde, erken dönem el radyografileri romatoid artrit hastalarının ayırıcı tanısında ve hastalığın gelişmesini öngörmekte de önem taşımaktadır. ACR/EULAR 2010 sınıflandırma krilerleri içinde radyolojik bulgular yer almamasına karşın, bir hastada tipik romatoid artrit erozyonlarının grafi ile gösterilmesi, tanı için yeterli koşulu sağlamaktadır 2. Bunun için yapılmış çalışmalarda da erken artrit tanısı alan hastalarda erozyon sayısının artması ile gelecekte romatoid artrit tanısı almaları arasında belirgin bir korelasyon bulunmuş olup, erken dönemde 5'ten fazla erozyonu olan hastaların özellikle bu konuda riski olduğu gösterilmiştir 3.

Jüvenil idiopatik artritte radyografinin yeri, yetişkinlerdeki kadar net olmayıp halihazırda ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntülemenin gerisindedir 4. Bu sayılanlar dışında romatolojide el tutulumu radyografik olarak daha nadir görülen yetişkin Still hastalığı, herediter hemokromatoz ve sarkoidoz gibi hastalıklarda da bulgu verebilmektedir.

Kaynaklar:

1. Devauchelle-Pensec, V., et al., *Performance of hand radiographs in predicting the diagnosis in patients with early arthritis.* J Rheumatol, 2006. **33**(8): p. 1511-5.
2. Kay, J. and K.S. Upchurch, *ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria.* Rheumatology (Oxford), 2012. **51 Suppl 6**: p. vi5-9.
3. Knevel, R., et al., *Defining erosive disease typical of RA in the light of the ACR/EULAR 2010 criteria for rheumatoid arthritis; results of the data driven phase.* Ann Rheum Dis, 2013. **72**(4): p. 590-5.
4. Marteau, P., et al., *Conventional radiography in juvenile idiopathic arthritis: Joint recommendations from the French societies for rheumatology, radiology and paediatric rheumatology.* Eur Radiol, 2018. **28**(9): p. 3963-3976.

RAYNAUD FENOMENİNDE GÜNCEL TANI VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Dr. Gönen MENGİ

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Raynaud fenomeni (RF) soğuk ve emosyonel strese karşı aşırı vasküler cevap olarak vazospazm ve iskemiye bağlı parmakların renk değişimi olarak tanımlanmaktadır (1,2). Genel populasyonda prevalansı %5 civarındadır. Genç kadınlarda daha sıklıkla görülür (3).

Raynaud fenomeni primer ve sekonder Raynaud fenomeni olarak 2 ana alt gruba ayrılır. Altta tanımlanabilen bir neden saptandığında sekonder, saptanmadığında primer olarak adlandırılır. Sekonder nedenler arasında sistemik otoimmün romatolojik hastalıklar, mesleki maruziyetler, ilaçlar, infeksiyonlar gibi çeşitli nedenler bulunmaktadır. Romatolojik hastalıklardan en sıklıkla sistemik sklerozise eşlik eder. Daha ileri yaşlarda görülen Raynaud fenomeninin sekonder olma olasılığı daha yüksektir (1).

Tanıda öncelikle Raynaud fenomeni doğrulanmalı, daha sonra altta yatan neden olup olmadığı araştırılmalıdır. Tanı genellikle klinik olarak konulur. Tipik olarak renk değişikliği solukluk-siyanoz-kızarma şeklinde olur. Ancak bu trifazik renk değişikliği tüm hastalarda görülmeyebilir. Bifazik, monofazik renk değişiklikleri de olabilir. Genel olarak solukluğun olması RF tanısı için gereklidir. Hastaların atak sırasında renk değişikliklerini görsel olarak kaydetmesi tanıya yardımcı olabilir. Nadiren kan akımının objektif olarak ölçümü gerekli olabilir. Digital kan akımının ölçümü için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Elleri soğuğa maruz bırakarak digital sistolik basınç ölçümü bunlardan sıklıkla kullanılanıdır(2).

Tanıda primer ve sekonder Raynaud fenomenini ayırt etmek önemlidir. Uygun öykü ve muayene yol göstericidir. Eşlik eden sklerodaktili ve parmak uçlarında pitting skarlar konnektif doku hastalığını telkin eder. İskemiye ikincil uyuşukluk, soğukluk, ağrı eşlik edebilir. İskeminin artışıyla digital ülserler ve parmağın kaybı görülebilir. Digital ülserler daha sıklıkla sekonder RF'ininde görülür. Hastanın laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, biyokimya profili, sedimentasyon, CRP, ANA değerlendirilmelidir. ANA pozitif ise ANA profili incelenmelidir. İkincil nedenleri araştırmada önemli bir araç videokapilleroskopiyle tırnak yatağı incelemesidir. Pozitif otoantikor ve patolojik kapilleroskopi görüntülemesi konnektif doku hastalıklarını destekler. Kriyoglobulinemi, paraproteinemi gibi Raynaud fenomenini taklit edebilecek hastalıklar düşünüldüğünde kriyoglobülin araştırması ve protein elektroforezi yapılabilir. Gerekli durumlarda digital pletismografi, arteriyel Doppler USG, anjiyografi yapılabilir (2).

Tedaviye yaklaşım:

Medikal tedavi;

Öncelikle hastalar atakları tetikleyicilerden kaçınma konusunda eğitilmelidir. Sigarayı bırakma, soğuk ve vibrasyondan kaçınma, eldiven/çorap giyme gibi yaşam stili düzenlemeleri yapılmalıdır. Bu düzenlemelere rağmen şikayetleri devam eden hastalara ilaç tedavisi başlanır. İlk basamakta kalsiyum kanal blokörleri başlanır.

*Kalsiyum kanal blokörleri: Kalsiyum kanal blokörleri içinde dihidropiridin grubu (nifedipin) olanlar öncelikli olarak kulanılır. Nifedipin vazodilatördür ancak antitrombotik etkileri de vardır. Nifedipin tolere edilemediğinde amlodipin veya lerkanipin denenebilir.

*İnositol nikotinat ve naftidrofuril oksalat hafif/orta dereceli hastalıkta veya kalsiyum kanal blokörleriyle kombine olarak kullanılabilir. Bir alfa-blokör olan prazosin ve anjiyotensin-2 reseptör blokörü olan losartanın da RF'de etkili olduğu gösterilmiştir (4).

*Fosfodiesteraz-5 inhibitörü olan sildenafil, tadalafil, vardenafil'in de RF tedavisinde etkinliği gösterilmiştir. Topikal nitratlarla da olumlu sonuçlar bulunmaktadır.

*Prostaglandin tedavisi: Prostasiklin (PGI2) ve alprostadil (PGE1) potent vazodilatatör ve antiplatelet etkileri vardır. İlioprost intravenöz olarak verilmektedir ve etkinliği gösterilmiştir(5). İlioprost atakların önlenmesinde nifedipin ile benzer etki göstermekte ancak digital ülserlerin iyileşmesinde nifedipinden daha etkilidir. Genellikle ilioprost 2. basamak tedavi olarak düşünülmelidir. Ancak ciddi digital ülserlerde 1. Basamak olarak kullanılmalıdır. Alprostadilin de ilioprost ile benzer etkinliği bulunmaktadır, ilioprostun tolere edilemediği durumlarda kullanılabilir.

*Endotelin-1 antagonisti olan bosentan da digital ülserlerin iyileşmesinde etkili bulunmuştur. Ancak, bu ilacın tek başına RF'de kullanılması konusunda veriler yetersizdir.

*Bir selektif serotonin geri alım inhibitörü olan fluoksetin, ginko biloba, lazer tedavisi, digital botulinum toksin uygulaması, yüksek doz statinler de diğer etkili olabilecek seçeneklerdir.

Cerrahi tedavi;

Diğer vazodilatatör tedavilerle sonuç alınamayınca kimyasal digital ve rejyonel sempatektomi yapılabilir. Lidokain ve bupivakainin bölgesel veya digital uygulanımıyla vazokonstriksiyon geri döndürülebilir. Digital veya palmar Botulinum toksin de kimyasal sempatektomi için kullanılabilir. Sempatektominin primer raynaud fenomeninde sekondere göre daha etkili gibi görünmektedir (6).
Ciddi iskemilerde terminal falanksın rezeksiyonu, seyrek olarak amputasyon gerekli olabilir.

Kaynaklar

1. https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-the-raynaud-phenomenon?source=history_widget
2. Melville A, Baines CP, Belch JJF. Raynaud phenomenon. In: Hochberg Rheumatology, seventh edition, 2019, p:1280-5.
3. Garner R, Kumari R, Lanyon P, et al. Prevalance, risk factors and associations of primary Raynaud's phenomenon: systematic review and meta-analysis of observational studies. BMJ Open. 2015;5(3):e006389.
4. Pope J, Fenlon D, Thompson AE, et al. Prazosin for Raynaud's phenomenon in progressive systemic sclerosis. Cochrane Database Syst. Rev. 2000;(2):000956.
5. Pope J, Fenlon D, Thompson AE, et al. Ilioprost and cisaprost for Raynaud's phenomenon in progressive systemic sclerosis: Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000953.
6. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-the-raynaud-phenomenon-resistant-to-initial-therapy?search=raynauds%20treatment&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA SENDROMLAR ERİTEMA NODOSUMDA ETYOLOJİ VE YAKLAŞIM

Prof. Dr. Nurettin TAŞTEKİN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne

Eritema nodozum inflamatuar nodüller içerisinde en sık görülenlerdendir. Genel tanımı, benign ve iyi sınırlandırılmış multiple, bilateral non-ülsere lezyon olarak karakterize hipersensitivite reaksiyonu şeklindedir. Yaş ve cinsiyet dağılımı, idiopatik veya sekonder olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. İdiopatik olgular 20-45 yaş arası doğurganlık çağı kadınlarda daha sık görülmektedir. Sekonder olgularda ise; yaş ve cinsiyet dağılımı, primer hastalığın yaş ve cinsiyet dağılımı ile uyumludur. Sekonder olgular da kadınlarda daha sık görülmektedir. Sekonder olgular bakteriyel hastalıklar, viral hastalıklar, mantar ve parazitler, sistemik hastalıklar, maligniteler ve ilaçlara bağlı olarak görülmektedir.

Klinik olarak; genellikle tibianın ön yüzüne yerleşen, genellikle bilateral ve 3-6 haftada ülserleşmeksizin kendiliğinden iyileşen, deriden kabarık, kırmızı ve sıcak, basmakla ağrılı deri nodülleri şeklinde görülmektedir. Klasik histopatolojik görüntüsü derialtı yağ lobüllerinin vaskülitsiz akut septal panniküliti dir.

Birçok nedenin eritoma nodozum oluşturma riski bulundurduğu için iyi bir anamnez, fizik muayene, biopsi, laboratuvar ve radyolojik değerlendirme yapılması gereklidir. Sekonder nedenlerin çok iyi tanımlanmış olması ve gerekli dışlamaların yapılması önemlidir.

Eritema nodozuma özgü belirlenmiş bir tedavi protokol yoktur ve genellikle kendiliğinden 3-6 hafta içinde iyileşmektedir. Olguların birçoğunda yatak istirahatı ve ıslak kompres yeterli tedavidir. Bazı olgularda anti-inflamatuvar ve ya steroid tedavi gerekebilir. Altta yatan primer hastalığın baskılanması ile tedavi edilen olgular çoğunluktadır.

İnflamatuvar hastalıklar ve romatoid artritte eridoma nodozum görülüm klinik pratikte karşımıza çıkabilmektedir. Romatizmal hastalıklar içerisinde İnflamatuvar barsak hastalığı, Behçet ve diğer konnektif doku hastalıkları eritema nodozumun eşlik ettiği klinik tablolar içerisinde sayılabilir. Romatoid artritli hastalarda cilt tutulumları içerisinde gösterilmektedir. Primer hastalıklarla ilgili inflamatuvar süreçler ve ilaç kullanımları ön planda suçlanmaktadır. Son dönemlerde özellikle anti-TNF grubu ilaçlar sonrası gelişen vakalar da bildirilmektedir. Özellikle ilaca bağlı gelişen tablolar "idiopatik geçici eritema nodosum" olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra anti-TNF kullanımı sonrası alevlenen tüberküloz enfeksiyonu ile ilişkilendirilen bildirimler mevcuttur. Anti-TNF'e bağlı gelişen sarkoidoz olgularında eritoma nodozum ve bunun ACE aktivitesi ile ilişkisi de bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Mert A, et al. Erythema nodosum: an evaluation of 100 cases. Clin Exp Rheumatol. 2007 Jul-Aug;25(4):563-70.
2. Ilhanli İ et al. Erythema Nodosum During Adalimumab Therapy: An Idiopathic Transient Paradoxical Effect. . American Journal of Internal Medicine. Vol. 3, No. 5, 2015, pp. 210-2.
3. Daïen CI, et al. Sarcoid-like granulomatosis in patients treated with tumor necrosis factor blockers: 10 cases. Rheumatology, 2009;48:883–6.
4. M.A. González-Gay et al. Erythema nodosum: A clinical approach. Clinical and Experimental Rheumatology 2001; 19: 365-8.
5. Ghosh SK et al. Mucocutaneous manifestations in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study from Eastern India. 2017;62(4):411-7,

İMMÜNGLOBULİN G4 İLİŞKİLİ HASTALIK

Hatice Şule BAKLACIOĞLU

Turkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Samsun

İmmünglobulin G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH), serum IgG4 seviyelerinde artış ve IgG4 (+) plazma hücrelerinin tutulan organlarda infiltrasyonu ile karakterize sistemik, immün aracılı fibroinflamatuar bir hastalıktır.
Günümüze kadar literatürde çeşitli isimlerle anılmıştır ancak 2011 yılında Uluslararası IgG4 İlişkili Hastalık Sempozyumunda "IgG4 İlişkili Hastalık" terminolojisi kabul edilmiştir.
İgG4-İH tüm organları etkileyebilmektedir, en sık tutulan organlar pankreas, tükrük bezleri, lakrimal bezler, safra yolları, böbrek, tiroid ve akciğerdir. Semptomlar tutulan organa göre değişiklik gösterir. Bazen klinik bulgu olmaksızın tesadüfen saptanan radyolojik bulgular ile de ortaya çıkabilir. Genellikle subakut seyirlidir ve konstitüsyonel semptomlar gözlenmez.
IgG4-İH temel ortak özellikleri

- Tutulan organda tümöral büyüme
- IgG4(+) plazma hücrelerden zengin lenfoplazmasitik doku infiltrasyonu
- Histopatoloji de tipik storiform(iğsi) fibrozis ve obliteratif flebit görülmesi
- Serum IgG4 düzeylerinde artış (vakaların %60-70'inde)
- Glukokortikoid tedaviye iyi yanıt, şeklinde özetlenebilir.

Patogenez tam aydınlatılamamış olmakla birlikte uygun genetik zeminde bir kısım uyaranların da etkisiyle, doğal ve kazanılmış immün sistemin karşılıklı etkileşimi sonucu olduğu düşünülmektedir.
Uygun tanı için ilk basamak klinik şüphedir, geçmiş medikal problemlerin ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi, IgG4-İH'a ait bulguların ortaya konması, ulaşılabilen organdan alınan biopsi ile histopatolojik korelasyon sağlanması önemlidir. Etyolojisi bilinmeyen pankreatit, sklerozan kolanjit, bilateral tükrük bezi veya lakrimal bez büyümesi, inflamatuar aort anevrizması, retroperitoneal fibrozis, interstisyel nefrit, orbital psödotümör veya proptozis, hipertrofik pakimenenjit, hipofizit, igG4 yüksekliği ile birlikte allerjik semptomların veya fibrozis bulgularının birlikte bulunduğu hastalar İgG4-İH açısından araştırılmalıdır.
Tedavide ilk verilmesi gereken karar hastanın tedaviye ihtiyacı olup olmadığıdır çünkü bazı vakalarda spontan remisyon bildirilmiştir. Ayrıca fibrozisin belirgin olduğu orbital psödotümör, sklerozan mezenterit, retroperitoneal fibrozise bağlı obstrüksiyon bulgularında cerrahi tedavi medikal tedaviden daha öncelikli olabilmektedir. Medikal tedavide glukokortikoidler (GK) ilk tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. GK dirençli veya refrakter vakalarda immünsüpresif tedavi eklenebilir bu amaçla azatioprin, mikofenolat mofetil, metotreksat, rituksimab kullanılabilmektedir.
Hastalığın doğal seyri iyi bilinmemektedir, küçük bir grupta spontan remisyon görülürken, bir kısım hasta relapslar ile seyretmektedir. Relaps ve prognoz açısından net prediktif faktörler henüz ortaya konmamıştır.

Kaynaklar

1- Umehara H, Okazaki K, Masaki Y, et al; Research Program for Intractable Disease by Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) Japan G4 team. A novel clinical entity, IgG4-related disease (IgG4RD): general concept and details. Mod Rheumatol 2012;22:1–14.
2-Stone JH, Khosroshahi A, Deshpande V, et al. Recommendations for the nomenclature of IgG4-related disease and its individual organ system manifestations. Arthritis Rheum 2012;64:3061–7.
3-Guma M, Firestein GS. IgG4-related diseases. Best Pract Res Clin Rheumatol 2012;26:425–38
4- Khosroshahi A, Wallace ZS, Crowe JL, et al. International Consensus Guidance Statement on the Management and Treatment of IgG4-Related Disease. Arthritis Rheumatol 2015;67:1688-99.

SJ.GREN SENDROMUNDA TANI VE TEDAVİDEKİ ZORLUKLAR

Dr. Mehmet ÇAĞLAYAN

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır

Sjögren sendromu(SS) kronik, yavaş ilerleyen, dışa salgı yapan bezler, kas-eklem ve iç organ tutuluşu yapabilen, sistemik otoimmun bir hastalıktır. K/ E= 20/1. Prevalansı genel populasyonda %0.5-%1 arasındadır. Diğer inflamatuvar hastalıklarda olduğu gibi SS'da da tanıda gecikme olmaktadır. Tanıda gecikme sebepleri arasında romatolojik hastalıklarla uğraşan hekimlerin deneyimleri, hastaların zaman zaman SS'ye eşlik eden diabet, hipotiroidizm ve fibromiyalji gibi hastalıklarının bulunması rol oynamaktadır. Tanı gecikmesinde yeterince deneyimli olmayan KBB ve patoloji uzmanları ile, özellikle santral sinir sistemi tutulumu ile müracaat eden hastalarda mevcut durumun diğer nörolojik hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması açısından deneyimli bir nöroloğa ihtiyaç duyulması da önemlidir. Tanıdaki gecikmesinin önüne geçilmesinde henüz klinik pratikte kullanıma girmemiş Anti-fodrin, Salivary gland protein 1 (SP-1), Carbonic anhidrase 6, gibi antikorların rutinde kullanılmasıyla önemli mesafe katedilecektir. T ve B lenfositler ile sitokinlerin patogenezde temel rol oynadıkları bilinse de, halen hastalığı modifiye eden etkili bir tedavi yöntemi geliştirilememiştir. Ankilozan spondilit ve romatoid artritteki gibi geniş yelpazeli tedavi seçeneklerimiz maalesef yoktur. Bununla beraber klasik hidroksiklorokin ve steroid tedavisine cevap vermeyen hastalarda abatasept ve ritüksimab tedavileri ile yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. Ancak bu iki ilacın Türkiye'de primer SS tanısında henüz geri ödeme kapsamına alınmamış olmasından dolayı biyolojik ajan endikasyonu olan romatoid artrit ile birlikte görülen sjögren hastaları dışındaki primer SS hastalarında kullanımı sınırlı olmaktadır.

Kaynaklar

Journal of Immunology Research Volume 2014, Article ID647507, 8 paces
L. Shen, et al., Novel autoantibodies in Sjogren's syndrome, Clin. Immunol. 145 (3) (2012) 251–255.
S. Vishwanath, et al., Anti-salivary gland protein 1 antibodies in two patients with Sjogren's syndrome: two case reports, J. Med. Case Rep. 8 (2014) 145.
L. Suresh, et al., Investigation of novel autoantibodies in Sjogren's syndrome utilizing Sera from the Sjogren's international collaborative clinical alliance cohort, BMC Ophthalmol. 15 (2015) 38.
Q. Hu, D. Wang, W. Chen, The accuracy of the anti-alpha-fodrin antibody test for diagnosis of Sjogren's syndrome: a meta-analysis, Clin. Biochem. 46 (2013) 1372–1376.

ANTİFOSFOLİPİD SENDROMU

Prof. Dr. Ayhan KAMANLI

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

Antifosfolipid sendromu (AFS) venöz arteriyel tromboz, gebelikle ilgili problemler (özellikle tekrarlayan düşükler) ve antifosfolipid antikorlarının (AFA) varlığı {lupus antikoagulan (LAK), antkardiolipin antikorlar (AKA) veya anti-β2 glikoprotein (β2GPI)} ile karakterize, edinsel trombofili nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Sendromun patogenezi tam olarak aydınlatılamamakla beraber, klinik tablodan negatif yüklü fosfolipidler ve fosfolipid-protein komplekslerine karşı oluşmuş olan antifosfolipid antikorlarının sorumlu olduğu düşünülmektedir.

Klinik olarak başka bir nedene ya da birliktelikle açıklanamayan durumlarda sendrom primer AFS olarak tanımlanmaktadır. Birlikteliklerde ise özellikle Sistemik lupus eritematozus ile olmak üzere sekonder AFS olarak tanımlanmaktadır.

Antifosfolipid ab varlığında

- Tromboz
- Tekrarlayan fetal kayıp
- Trombositopeni

Açıklayacak başka bir hastalık olmaması (10 yıl içinde SLE' li hastaların %10'unda+) primer AFS olarak tanımlanmaktadır

Başka bir hastalık süreci içinde özellikle SLE de (% 50 AFA varlığı) (ki tanı kriterleri içinde yer alır) sekonder AFS olarak tanımlanır. Diğer otoimmun hastalıklar, HIV, Vaskülitlerle birlikte görülebilmektedir.

Tromboz ve SLE: SLE ve AFA varlığında % 50 oranında avasküler nekroz riskinde artış görülebilmektedir

Farklı AFA'lar varlığında tromboz riski Odds ratio oranı;

LAK 5.6
anti-beta2-GP1 3.02
AKA 2.2 olarak belirtilmektedir

Epidemiyoloji; Yetişkinlerde sık, K/E ↑, hastaları akrabalarında klinik bulgu olmaksızın AKA ve LAK varlığı ve HLA-DQB lokus birlikteliği görülebilmektedir.

Revize edilmiş tanı kriterleri

Klinik kriterler

1. Vasküler tromboz
Herhangi bir doku veya organda bir veya daha çok arteryal, venöz veya küçük damar tutulumu
2. Gebelik morbiditesi
Tekrarlayan düşük veya fetüs ölümü, plesantal yetmezlik, prematüre doğum, eklampsi, preeklampsi, açıklanamayan 10 haftadan önce olan 3 ya da daha fazla düşük

Laboratuar kriterleri

1. Anti kardiolipin antikorlar IgG ve/veya IgM izotip (serum / plazma)
2. Lupus antikoagulan varlığı (plazma),
3. Anti-β2 glikoprotein-I antikor IgG ve/veya IgM izotip (serum /plazma)
(12 hafta arayla kontrol edilmiş)

• **Tanımlanmış AFS** en az bir klinik ve 1 lab kriteri varsa

Antifosfolipid sendromda tromboz tedavisi

AFA-pozitif saptanan, klinik belirti ve bulguları olmayan kişiler
Riskli durumlarda (operasyon, puerperal dönem vb) profilaksi

AFS kriterlerini dolduran hastalarda primer tromboz profilaksisi
Genellikle aspirin (80-325 mg'a kadar değişen dozlarda) tavsiye edilmektedir (17).
SLE-AFS olgularında hidroksiklorokin kullanımının trombozdan koruyucu olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmıştır

AFS' de venöz tromboz tedavisi
İlk venöz tromboz atağının tedavisi idiopatik derin ven trombozu tedavisi gibi
Heparin, ardından oral antikoagülan tedavi
INR 2-3 arasında tutulacak tedavi dozu yeterli

American College of Chest Physicians (ACCP) kılavuzunda ilk venöz trombo-embolik ataktan sonra tedavinin 12 ay devam etmesi önerilmektedir

Hastada başka risk faktörleri varsa (kalıtsal trombofili, malignite gibi edinsel eradike edilemeyen risk faktörleri vb) tedavi hayat boyu yapılmalıdır

AFS' da arter trombozunun tedavisi

Akut koroner sendrom tanısı konan AFS olgularında yüksek doz (INR>3) oral antikoagulan tedavi önerilir. Aspirin eklenmesinin yararı tartışmalıdır.

Kaynaklar

1. Cervera R. Antiphospholipid syndrome. Thromb Res. 2017 Mar;151 Suppl1: S43-S47. doi: 10.1016/S0049-3848(17)30066-X.
2. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2019 Mar 1;58(3):198-201. doi: 10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2019.03.009.
3. Choobi Anzali B, Bahreini M, Habibi B, Sharifi Sistani N. Ischemic colitis dueto antiphospholipid antibody syndrome. Turk J Emerg Med. 2018 Oct 9;19(1):36-38. doi: 10.1016/j.tjem.2018.10.001..
4. Yoo J, Ahn SS, Jung SM, Song JJ, Park YB, Lee SW. Persistent antiphospholipid antibodies are associated with thrombotic events in ANCA-associated vasculitis: Aretrospective monocentric study. Nefrologia. 2019 Feb 21. pii:S0211-6995(19)30021-9. doi: 10.1016/j.nefro.2018.10.014.
5. Chaturvedi S, McCrae KR. Diagnosis and management of the antiphospholipidsyndrome. Blood Rev. 2017 Nov;31(6):406-417. doi: 10.1016/j.blre.2017.07.006.Epub 2017 Jul 30. Review.

OVERLAP SENDROMLARINA BAKIŞ

Dr. Hilal ECESOY

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Overlap sendromları bir hastada birden fazla konnektif doku hastalığın (KDH) klinik ve laboratuar bulgularının mevcut olması durumudur. Overlap sendromundan söz edebilmek için, bir arada bulunan hastalıklar tipik olmalı ve herbiri ayrı ayrı sınıflama kriterlerini doldurmalıdır Klinikte en sık görülen overlap sendromu, bir KDH'ya Sjögren sendromunun eşlik etmesidir. Bu durumda Sjögren sendromu, sekonder Sjögren sendromu olarak adlandırılır . Bazen romatolojik olmayan bir oto immün hastalık da(otoimmün tiroidit, hepatit, trombositopeni, primer bilier siroz, çölyak hastalığı veya vitiligo) konnektif doku hastalığına eşlik edebilir.
Overlap sendromları:

1. Spesifik antikor profili ile ilişkili olmayanlar
   Sjögren sendromu ve başka bir bağ dokusu hastalığı (en sık görülen) (RA, SLE, SSc ve PM ile birlikte); Romatoid artrit ve SLE (Rhupus); Primer biliyer siroz, Sjögren sendromu ve CREST sendromu; Sistemik skleroz ve SLE; Sistemik skleroz ve romatoid artrit
2. Spesifik antikor profili ile ilişkili olanlar
   Mikst bağ dokusu hastalığı (anti-U1-RNP); Antisentetaz sendromu (anti-tRNA sentetaz); PM ve SSc (anti-PM/ Scl); SLE ve Sjögren sendromu (anti-La/SSB)

Şeklinde sınıflandırılabilirler.
Tedavi prensibi hakim olan kliniğin ve konnektif doku hastalığının tedavisi şeklindedir.

Kaynaklar

Bennett RM. Overlap Syndromes. In: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR (eds). Kelly's and Firestein's Textbook of Rheumatology, 10th Edition, Elsevier, Philadelphia, USA, 2017, 1489-1511.
Ramos-Casals M, Brito-Zeron P, Font J. The Overlap of Sjögren's Syndrome with Other Systemic Autoimmune Diseases. Semin Arthritis Rheum 2007; 36:246-55

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA SIK GÖRÜLEN KOMORBİDİTELER

Dr. Öğr. Üyesi Canan ŞANAL TOPRAK

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

Romatizmal hastalıklarda görülen komorbid tutulumlar hastalık aktivitesini, fonksiyonel durumu ve mortaliteyi doğrudan etkiler. Hastalığın kendi inflamatuar aktivitesi ve uygulanan tedavilerden dolayı normal popülasyona kıyasla daha sık komorbidite görülmektedir. Ve bu komorbiditelere karşı asıl romatizmal hastalığa odaklanma ve hastaya bütünsel yaklaşımda sorun yaşanmasından dolayı yeterli medikal önlem alınamamaktadır. Bu durum da romatizmal hastalıkların tedavisinde önerilen 'hedefe yönelik tedavi' sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

EULAR sık görülen komorbid hastalıkların ve risk faktörlerinin romatologlar tarafından belli aralıklarla sistematik ve standartize olarak taranmasını ve tedavisi için ilgili hekime yönlendirilmesini önermektedir (1).

Kardiyovasküler komorbiditeler sistemik ve vasküler inflamatuar aktivite ve uygulanan tedaviler nedeniyle sık görülmekte olup romatizmal hastalıklarda geleneksel risk faktörlerinin artmasından bağımsız olarak morbidite ve mortalitenin artmasında önde gelen sebeplerdendir. EULAR'ın 2015/2016 yılında güncellenen kardiyovasküler hastalıklar risk yönetimi önerilerinin genel prensiplerine göre romatologlar romatoid artrit, psoriatik artrit ve ankilozan spondilit tanılı hastalarda kardiyovasküer hastalık riskinin genel popülasyona kıyasla daha fazla olduğunun farkında olmalı ve non-steroid antiinflamatuar ilaçlar ve kortikosteroidleri EULAR ve ASAS tedavi önerilerine uygun olarak kullanmalıdır (2).

Enfeksiyonlar romatizmal hastalıklarda hastalığın kendisinden ziyade tedavide kullanılan immunsupresif ilaçlardan dolayı mortalite ve morbiditenin birdiğer ana nedenlerindendir. Aynı zamanda immunsupresif tedavinin ateş gibi enfeksiyon bulgularını saklamasından dolayı tanı koymakta ve tedavide gecikmeler olabilir. TNF-alfa tüberküloz enfeksiyonun latent kalmasında önemli rol oynamaktadır bu yüzden kullanılan TNF inhibitörleri latent tüberküloz reaktivasyonuna neden olabilmektedir. ACR 2015 tedavi önerilerine göre TNF inhibitörlerine başlamadan önce hastalara tüberkülin deri testi ve interferon-γ salınım testi yapılmalı ve latent veya aktif tbc varlığında en az 1 ay antitbc tedavi başlanmalıdır (3). SpA'lı 3984 hasta ile 22 ülkede yapılan bir çalışmada HBV ve HCV enfeksiyon prevalansı en yüksek Türkiye'de saptanmıştır (4). HBV ve HCV enfeksiyonu olan hastalar gastroenterologlar ve hepatologlar ile birlikte reaktivasyon açısından yakın takip edilmeli ve ACR 2015 tedavi önerilerine göre HBV ve HCV enfeksiyonu olmayan hastalar gibi tedavi edilmelidir (3).

Romatizmal hastalıklarda artmış malignite insidansı hastalığın seyrindeki inflamatuar süreç, immünolojik defekt, B ve T hücrelerinin kronik aktivasyonunun yanı sıra her iki hastalığın patogenezinde rol alan genetik, virüs ve sigara gibi ortak risk faktörlerinden de etkilenmektedir. Bunun yanısıra tedavide kullanılan hastalık modifiye edici romatizmal ilaçların da malignite insidansını arttırdığı düşünülmektedir. TNF inhibitörlerinin maligniteyi arttırıp arttırmadığı açısından literatürde çelişkili çalışmalar mevcut olup daha çok NHL ve deri kanserleri ile ilşikili oldukları gösterilmiştir. ACR 2015 tedavi önerilerine göre deri kanserlerinde biyolojik tedavi yerine hastalık modifiye edici romatizmal ilaçlar tercih edilmelidir. Daha önce lenfoproliferatif hastalık öyküsü olanlarda TNF inhibitörü yerine rituksimab, hastalık modifiye edici ilaçların kombinasyonu veya abatacept/tocilizumab tercih edilmelidir. Solid organ kanseri öyküsü olanlarda tedavi olmayanlardaki gibi yapılmalıdır (3).

Romatizmal hastalıklarda osteoporoz sistemik inflamatuar etki, glukokortikoid tedavisi, eklem disfonksiyonu, ankilozis ve immobilite gibi birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Romatizmal hastalıklarda artan TNF-alfa, IL-6 ve RANKL osteoklast aktivasyonuna ve kemik rezorbsiyonuna neden olmaktadır. EULAR glukokortikoide bağlı osteoporoz için tedavi önerilerini 2017 yılında güncellemiştir (5).

Sonuç olarak romatizmal hastalıklara sıklıkla eşlik eden komorbiditeler hastalığın prognozunu, tedavinin etkinliğini, yaşam kalitesini, hospitilizasyon sıklığını ve mortaliteyi kötü yönde etkilemektedir. Bu yüzden komorbiditelerin ve risk faktörlerinin güncel öneriler göz önüde bulunarak belli aralıklarla taranması, gerekli önlemlerin alınması ve tedavilerinin düzenlenmesi önemlidir.

Kaynaklar:
1. Baillet A, Gossec L, Carmona L, de Wit M, van Eijk-Hustings Y, Bertheussen H, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. Annals of the rheumatic diseases. 2016;75(6):965-73.
2. Agca R, Heslinga S, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes I, Peters M, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Annals of the rheumatic diseases. 2017;76(1):17-28.
3. Singh JA, Saag KG, Bridges Jr SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis & rheumatology. 2016;68(1):1-26.
4. Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D, Landewé R, Van den Bosch F, Molano WB, et al. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. Annals of the rheumatic diseases. 2016;75(6):1016-23.
5. Buckley L, Guyatt G, Fink HA, Cannon M, Grossman J, Hansen KE, et al. 2017 American College of Rheumatology guideline for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. Arthritis & Rheumatology. 2017;69(8):1521-37.

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA EL FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Feray SOYUPEK

Süleyman Demirel Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Romatizmal hastalıklarda ağrı, eklemde şişlik, deformite, kontraktür, tendon hasarı, cilt tutulumu, kas tutulumu, nöropati gibi nedenlerden dolayı el fonksiyonları etkilenmektedir.
El fonksiyonları, romatizmal hastalıkların el tutulumununun değerlendirilmesi yanında mortalite morbidite tahmini, tedavi yanıtı değerlendirmesinde de yeri vardır. El fonksiyonlarının değerlendirilmesi global değerlendirmeye ek yapılmalıdır. Literatürde en çok romatoid artrit, osteoartrit, sistemik sklerozisin el fonksiyonlarının değerlendirilmesi ile ilgili yayınlar mevcuttur.
El fonksiyonun değerlendirilmesinde el kavrama ve tutma kuvvetleri, el beceri testleri, elin fonksiyonel testleri, el bileği ve parmak eklem hareket açıklıklarının değerlendirilmesi yer almaktadır.

El kavrama kuvveti
Artritik elin maksimal kavrama gücü (KG) non-artritik popülasyona göre düşük bulunmuştur. KG disabilite artışı ve hastalık aktivitesi ile negatif korelasyon göstermektedir. KG'i ağrı, sinovit, erozyon varlığı, eklem deformiteleri, nöropati direkt etkilerken, kişinin motivasyonu, ağrı toleransı, analjezik kullanımı, anemi varlığı indirekt etkileyen faktörler arasındadır. KG değerlendirmesinde kullanılan dinamometrenin seçimi, dinamometre kolu ayarı, üst ekstremite pozisyonlaması, tırnak uzunluğu önemlidir.

El beceri testleri
Purdue Pegboard, Pegboard, Solerman, Moberg Toplama, Nine Hole Peg, Kutu Blok testleri romatizmal hastalıklarda el tutulumunu değerlendirmede kullanılan el beceri testlerindendir.

Elin Fonksiyonel Değerlendirme Testleri
Performans bazlı ve öz raporlu olmak üzere iki grup testler vardır. Elin fonksiyonel testleri ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan hastalıklar tablo 1. de verilmektedir.
Parmak eklem hareket açıklığı ölçümü
Eklem hareket açıklıkları gonyometre ile ölçülmektedir. Ayrıca parmak avuç, delta parmak avuç ve el anatomik indeksi skleroderma da kullanılan ölçümlerdir.

Tablo 1. Elin fonksiyonel testleri ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan romatizmal hastalıklar

A. Performans bazlı testler	**Romatizmal hastalıklar**
Artritli el fonksiyon testi (AEFT)	RA OA SSc
Kavrama Beceri testi (KBT)	RA
Jebsen El Fonsiyon testi	RA OA (KMK OA)
Ardışık iş-uğraşı beceri testi (SODA)	RA
B. Öz raporlu testler	**Romatizmal hastalıklar**
Duruöz el indeksi	RA OA SSc
Avustralya-Kanada OA el indeksi (AUSCAN)	OA RA
Michigan El indeksi	RA, MCP subluksasyon OA
El OA Fonksiyon Indeksi	OA
DASH	RA
Hızlı DASH (Quick DASH)	RA
ABILHAND	RA SSc
SACRAH (Score for assessment and quantification of chronic rheumatic affections of the hands) Modifiye SACRAH	RA, OA
AIMS 2	RA, OA

RA=Romatoid Artrit, OA=Osteoartrit, SSc=Sistemik Sklerozis

Kaynaklar:

Poole JL. Measures of Hand Functions. Arthritis Care Res 2011;63:189-99

1. Adams J et al. Correlation between upper limb functional ability and structural hand impairment in an early rheumatoid population. Clin Rehab 2004;18:405-413.
2. Poole JL et al. Reliability and validity of a self report of hand function in persons with rheumatoid arthritis. J Hand Therapy 2006;19:12-17
3. Higgins SC et al. Measuring hand grip strength in rheumatoid arthritis. Rheumatol Int. 2018;38:707-714.
4. Alkabeya HA. Factors associated with hand and upper arm functional disability in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Oct 15. doi: 10.1002/acr.23784

ROMATOLOJİK HASTALIKLARDA ÜST EKSTREMİTE ORTEZLERİ

Dr. Figen YILMAZ

SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
SBÜ Sultan Abdülhamid Han Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

Ortez, Vücudun veya herhangi bir segmentin mobilizasyonunu veya immobilizasyonu sağlamak veya deformitelerini önlemek ya da fonksiyonlarını arttırmak, kas güçsüzlüğüne yardımcı olmak veya vücudun herhangi bir bölümüne destek olmak amacıyla eksternal olarak uygulanan cihazlardır. Pek çok hastalıkta olduğu gibi romatolojik hastalıklarda da nonfarmakolojik tedavilerden biri olan ortezleme tedavisinden yararlanılmaktadır. Romatolojik hastalıklarda ortezlemenin amaçları;

- Eklemlerin lokalize istirahatini sağlamak
- Ağrıyı ve inflamasyonu azaltmak
- Eklemleri anatomik düzlemde stabilize etmek
- Eklem kapsülü ve ligamentlere binen yükü azaltmak
- Deformiteleri minimalize etmek
- Fonksiyonu arttırmak
- Derin duyu girdisi sağlamak şeklinde özetlenebilir.

El- el bileği istirahat splinti; El bileğinin ulnar kompartmanında başlayan sinovyal inflamasyon, distal radioulnar eklemde instabiliteye ve ulnanın radiusa göre dorsale doğru yer değiştirmesine yol açar. Bu subluksasyon elin ekstrinsik kasları arasında imbalansla sonuçlanır. Genellikle fleksör kaslar ekstansörlerden daha etkili hale gelir. Hastalığın akut ve ağrılı dönemlerinde kullanılan istirahat ortezi, inflamasyonun azaltılmasına yardımcı olur. Ortezin sağladığı immobilizasyon, eklem kapsülü ve sinovyal kılıf üzerindeki stresi ve ağrıyı azaltır. El bileği nötral veya en fazla 10 derece ekstansiyonda olmalıdır. Böylece median sinir tuzaklanması önlenebilir. MKP eklemlerde volar subluksasyon görülebildiği için en fazla 25 derece fleksiyonda olmalı, MKP eklemlerde ulnar deviasyon varsa mutlaka radiale doğru kuvvet uygulanmalı, IP eklemler semifleksiyonda, başparmak oppozisyonda olmalıdır. İstirahat ortezi hastalığın akut alevlenme ve aşırı ağrılı dönemlerinde 24 saat boyunca, şiddetli ağrı dönemi geçtiğinde sadece gece kullanması yeterli.

Kuğu boynu deformitesi; PIP eklemdeki sinovyal inflamasyon eklemin hiperekstansiyona gitmesine yol açar, Lateral bantlar dorsale kayarak hiperekstansiyonu destekler. Terminal ekstansör tendon gevşediği için DIP eklemde yeterli ekstansiyon kuvveti oluşmaz ve eklem fleksiyonda kalır. Sonuçta PIP hiperekstansiyonu + DIP fleksiyonu= Kuğu boynu deformitesi gelişir. Bu deformitede PIP eklemi 20-30 derece fleksiyonda tutan, 3 nokta prensibiyle çalışan basit parmak splintleri kullanılır. Ortez PIP eklemi volardan, DIP eklemi ve proksimal falanksı dorsalden bloke eder; PIP fleksiyonda, DIP ekstansiyonda durur. Eklem kapsülü, FDS tendonu ve volar plak gevşerken, intrinsik kasların ve lateral bantların kısalması önlenmiş olur

Düğme iliği deformitesi; MKP eklemlerde görülen sinovit eklemin volare doğru subluksasyonuna neden olur. Bu durumda proksimal falanksın hiperekstansiyona gitmesiyle birlikte ekstansör tendonun lateral bantları volare doğru yer değiştirir. Oblik retinaküler ligamentlerin kısalması ile bu bağların yapışma yeri olan DIP eklemde ekstansiyon artar. Sonuçta PIP eklemde fleksiyon + DIP eklemde hiperekstansiyon= Düğme iliği deformitesi
Deformite; santral ekstansör tendonun kopması ile sonuçlanabilir. Bu deformitede 3 nokta prensibi ile çalışan basit parmak splinti kullamnılır. PIP eklemi dorsalden, DIP eklemi ve proksimal falanksı volarden bloklayan splint. Deformite düzeltici ortezlerin gündüz kullanılması, sık sık cilt problemleri ve dolaşım açısından hastanın kontrol edilmesi önerilir

Çekiç parmak deformitesi; PIP eklemde hiperekstansiyon olmaksızın ekstansör tendonun dejenerasyonu ve kopması sonucu DIP eklem ekstansiyon yapamaz ve fleksiyonda kalır
Palmar kısmı daha uzun, DIP eklemi hiperekstansiyonda tutan yüksük şeklinde basit ortezler kullanılır

- **MCP eklem fleksiyonu ve IP eklem hiperekstansiyonu**
- CMC eklemdeki sinovyal hipertrofi, ekstansör kasların gerilmesine ve kollateral bağların zayıflamasına neden olur
- Proksimal falanksları volare sublukse olur, ekstansör kasların zayıflamasına bağlı MCP eklemde fleksiyon görülür. EPL tendonu gerilirken, FPL tendonu gevşer ve IP eklemde hiperekstansiyon gelişir
- MCP eklemde 30 derecenin üstündeki fleksiyonu engelleyen ve IP eklemi hafif fleksiyonda tutan ortezler kullanılmalı

Başparmakta kuğu boynu deformitesi; Metakarpal eklem subluksasyonu ve eklem kapsülünün gerilmesine bağlı olarak CMC eklemdeki sinovit sonucu gelişir. Adduktor kas spazmı görülür ve başparmak abduksiyonu ağrılıdır. Metakarpal adduksiyon deformitesi gelişebilir. MCP eklemde hiperekstansiyon ve IP eklemde fleksiyona gidiş artar. Ortezle adduksiyon kontraktürü önlenmeli ve web aralığı korunmalıdır, önkolun 2/3' ü, distalde IP ekleme kadar uzanan statik ortez kullanılmalı

Kaynaklar

1- Deran Oskay, Zeynep Tuna, Nurten Gizem, Fulden Sarı. Romatoid artritli hastaların fizyoterapi ve rehabilitasyonunda ortez yaklaşımları. J Physiother Rehabil-Special Topics 2018;4(1):80-5.
2- Yonclas PP,Nadler RR, Moran ME, et al. Orthotics and assistive devices in the treatment of upper and lower limb osteoarthritis. Am J Phys Med Rehabil 2006;85(11) (Supplement)
3- Christie A, Jamtvedt G, Dahm KT, et al. Effectiveness of nonpharmacological and nonsurgical interventions for patients with rheumatoid arthritis: An overview of systematic reviews. Physical Therapy, 2007; 87(12).
4- Van der Vegt AE, Grond R, Grüschke JS et al. The effect of two different orthoses on pain, hand function, patient satisfaction and preference in patients with thumb carpometacarpal osteoarthritis. The Bone Joint J 2017;99-B: 237-44.
5- Forestier R, Andre-Vert J, Guillez P et al. Non-drug treatment (excluding surgery) in rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines. Joint Bone Spine 2009: 691-8.

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA YARDIMCI CİHAZLAR

Dr. Banu SARIFAKIOĞLU

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ

Yardımcı cihazlar (ortez), çok düşük teknolojik ekipmandan kompleks yapılara kadar geniş ürün yelpazesi içerir, hastaların fonksiyonel kısıtlılığı veya dizabilitesine destek olmak için kullanılırlar.
Ortez kullanımında hasta bireysel olarak değerlendirilmeli, kişiye özel cihazlar kullanılmalıdır. Böylece hastanın uyumu arttırılacaktır. Hastaya hedefler iyi anlatılmalı, cihaz kullanımı, bakımı öğretilmelidir. Hastalara yeterli bilgi verilmemesi, zaman içerisinde ihtiyaçların değişimi gibi sebepler ile hastaların cihaz uyumları azalabilmektedir.
Romatoid artrit(RA) ve osteoartrit(OA) yardımcı cihazların en çok reçetelendiği romatizmal hastalık gruplardır.

ROMATOİD ARTRİT

RA'da yardımcı cihazlar ağrıyı azaltmak ve deformiteye bağlı yetersizliği dengelemek için kullanırlar. Ortez kullanımı, daha ağır hastalık, uzun hastalık süresi, kavrama gücünde azalma ve fonksiyon kaybı ile ilişkili bulunmuştur(1). Çalışmalar RA'lı hastaların 2/3'ünün yardımcı cihaz kullandığını ortaya koymaktadır(1). Bir çalışmada erken hastalık döneminde erkeklerin ortalama 3, kadınların 5 cihaz kullandığı ve hastaların özellikle yeme-içme fonksiyonlarında cihazdan fayda gördükleri bildirilmiştir(1).

El-bilek ortezleri

RA'da inflamasyonu ve ağrıyı azaltmak, kontraktürleri ve deformiteleri önlemek, eklem stabilitesini arttırmak için kullanılırlar. Bilek splintlerinin ağrıyı azalttığı, kavrama gücünü arttırdığı, ancak beceriyi azaltabileceği bildirilmiştir. Yine parmak splintlerinin özellikle yüzük splintlerin eklem deformitesini düzelttiği, eklem stabilitesini ve beceriyi arttırdığı gösterilmiştir(2).

Ayak ortezleri

RA'lı hastaların %85'den fazlasında ayak tutulumu olmaktadır. Bu da eklem instabilitesi ve deformitlere, tüm alt ekstremitede ve postürde biyomekanik etkilenmeye ve yürüme güçlüğüne neden olmaktadır. Ekstra derin ortopedik ayakkabılar veya kalıplarla kombine edilmiş hazır ayakkabılar ağrıyı azaltabilir. Bir derleme, ağrıyı azalttığını, fonksiyonelliği arttırdığını ve halluks valgus deformitesinin ilerlemesini durdurduğunu göstermiştir(2).

Yardımcı cihazlar

En çok mutfak gereçleri (kavanoz açıcılar), kapak/kapılar için geniş kulplar, tuvalet yükselticileri, banyo araçları ile skooter veya yürümeye yardımcı cihazlar kullanılmaktadır. İnflamatuvar artritteki etkinlikleri açısından literatür yetersizdir. Bir çalışma, daha ciddi hastalık aktivitesi ve daha ileri hastalıkta kullanımının daha yaygın olduğunu, zorlukları anlamlı azalttığını göstermiştir(2).

OSTEOARTRİT

OA, yardımcı cihazların en çok faydalandığı hastalıklardan biridir. OA'de ortez kullanımı ile ağrıyı azaltmak, eklemleri korumak ve fonksiyonel düzelme sağlamak amaçlanmaktadır. En çok el, diz ve kalça için kullanılırlar.

El ortezleri

El OA'da hastaların yaklaşık yarısı ortez kullanır. Karpometakarpal eklem OA'da yarı rijit/rijit ortezler kullanılabilir. Ağrıyı azaltabilir, fonksiyonellik üzerine etkisi tartışmalıdır. ACR ve EULAR kullanımını önermektedir(3). İnterfalangeal eklem OA'da parmak ortezleri distal ve proksimal interfalangeal eklemleri immobilize etmek için kullanılır. Kişiye özel istirahat ortezleridir. Klinik çalışmalarla etkinliği değerlendirilmelidir(3).

Alt ekstremite ortezleri

Diz OA için istirahat ortezleri, kinezyotaping, dizlikler ve yük azaltma ortezleri kullanılır. Etkinlikleri tartışmalıdır. ACR kinezyotapingi önerirken EULAR önerilerinde yer almamaktadır. OARSI ise ortezleri önermektedir(3).
Femorotibial yüklenmeyi azaltmak için lateral kamalar kullanılabilir. ACR kullanımını desteklerken EULAR önermemekte, OARSI ise göz önüne alınabileceğini bildirmektedir(3).

Kaynaklar:

1. Tuntland H, Kjeken I, Nordheim L, Falzon L, Jamtvedt G, Hagen K. The Cochrane review of assistive technology for rheumatoid arthritis Eur J Phys Rehabil Med 2010;46:261-8.
2. Kucukdeveci AA, Oral A, Ilieva EM, Varela E, Valero R, Berteanu M, Christodolou N. Inflammatory arthritis. The role of Physical Medicine and Rehabilitation. The European perspective based on the best evidence. Eur J Phys Rehabil Med 2013;49:251-64.
3. Beaudreuil J. Orthoses for osteoarthritis: a narrative review. Ann of Phys Rehabil Med 2017;60:102-6.

HİPERÜRİSEMİ VE GUT HASTALIĞI TANISI

Prof.Dr. Erkan KOZANOĞLU

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Gut, serum ürat konsantrasyonunda sürekli artışa (hiperürisemi) bağlı olarak eklem içi ve çevresinde biriken monosodyum ürat (MSU) kristallerine karşı, doğal immün sistemin aktivasyonu sonucunda oluşan sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Genel olarak, gut prevalansı % 1-4 arasında değişmekte, bazı ülkelerde bu oran %10'a kadar çıkmaktadır. Dünya çapında sıklığı giderek artmakta, ortalama ömrün uzaması, kötü beslenme, yetersiz egzersiz alışkanlığı, obezite ve metabolik sendrom gibi yaşam tarzı değişiklikleri de gut prevalansının artmasına neden olmaktadır. Çevresel faktörlerin katkısının yanı sıra, böbrekten ürat atılımının azalması hiperürisemi ve gut hastalığı oluşumunda temel rol oynamakta ve genetik faktörler asıl sorumlu gibi görünmektedir. NLRP-3 inflamazomu aktivasyonu ve IL-1β salınımı, akut gut artritinde anahtar rol oynamaktadır. Klinik olarak asemptomatik hiperürisemi, akut gut artriti, interkritik gut ve kronik tofasöz gut olarak dört evre tanımlanmıştır. Son zamanlarda, başlangıcından itibaren gut hastalığının kronik olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmekte ve daha kapsayıcı bir yaklaşım olarak akut klinik özellikler (sıklıkla akut inflamasyon atakları) ve sürekli klinik özellikler (kronik bulgu ve belirtiler) şeklinde sınıflandırılması önerilmektedir.

Ürat, vücuttaki ürik asidin iyonize formu olup serum ürik asit düzeyi normal sınırın üzerine çıktığında ürat kristalleri dokuda birikmeye başlamaktadır. Patolojik hiperürisemi; fizyolojik pH ve ısıda in vitro olarak MSU kristallerinin oluştuğu, serum ürat konsantrasyonunun 6.8 mg/dL (408 µmol/L) değerinin üzerinde olması şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanlarda, bazı genetik ve fizyolojik faktörler hiperürisemi ve gut hastalığı gelişimine yol açmaktadır. Hiperürisemi gelişimine sebep olan faktörler ne olursa olsun sonuçta iki mekanizma üzerinden etkili olmaktadır. Bunlar: böbrekten ürik asit atılımında azalma (böbrek yetersizliği, volüm kaybı, ilaçlar vb.) ve/veya ürat üretiminde artıştır (malignansiler, psoriasis, sarkoidoz, metabolik ve mitokondrial miyopatiler vb.). İlaçlar arasında yer alan diüretikler, böbrekte ürik asit reabsorpsiyonunu artırarak hiperürisemiye yol açabilmektedir. Bunun dışında düşük doz aspirin, siklosporin, pirazinamid, etambutol ve niasin de hiperürisemiye yol açan ilaçlar arasında sayılmaktadır. Sepsis, miyokard infarktüsü veya konjestif kalp yetmezliği gibi bazı durumlarda her iki mekanizma ile hiperürisemi oluşabilmektedir. Hiperürisemi, çok büyük oranda böbrekten atılımın azalmasına bağlı olarak oluşmaktadır. Son yıllarda, üratın proksimal renal tübülde sekresyon ve reabsorpsiyonunda rol alan ve ürat düşürücü ilaçların da hedefinde yer alan bazı spesifik moleküller belirlenmiştir. Bunlar; reabsorptif ürat anyon değiştiriciler (URAT1/SLC22A12, OAT4/SLC22A11, OAT10/SLC22A3), reabsorptif ürat taşıyıcı (GLUT9/SLC2A9), sekretuvar anyon değişimi taşıyıcıları (OAT1, OAT2, OAT3), sodyum fosfat taşıyıcı proteinleri (NPT1/SLC17A1 ve NPT4/SLC17A3) ile ATP'ye bağlı dışarı sekresyon pompası (MRP4/ABCC4) dır. Bunlardan biri, proksimal tübül epitel hücrelerinin apikal membranlarında bulunan URAT1 isimli bir organik anyon değişimcisidir. Bu protein, sodyumun voltaj bağımlı olmayan değişimine aracılık etmekte ve ürat reabsorpsiyonunun en önemli belirleyicilerinden biri olarak rol oynamaktadır.

Hiperürisemili kişilerin çoğunda hiç klinik gut tablosu oluşmamaktadır. Akut gut atağı sırasında da, hastaların % 42'sinde serum ürat düzeyleri normal sınırlardadır. Bu nedenle, gut tanısı serum ürat düzeyine göre konulmamalıdır. İlk gut artriti atağı, genellikle yıllar süren bir asemptomatik hiperürisemiyi takiben üratın monosodyum tuzu şeklinde eklemde kristalizasyonu ve inflamasyonu tetiklemesiyle oluşmaktadır. Olguların çoğunda akut atak sırasında ayak 1. metatarsofalangeal eklem tutulumu (podagra) mevcuttur. Bunun dışında, mid-tarsal ve ayak bileği başta olmak üzere ayağın arka bölgesindeki eklemler sık tutulmaktadır. İlk atakların % 90'ı monoartikülerdir. Akut atakta, CRP düzeyleri 500 mg/L'nin üzerine çıkabilir, dolayısıyla sepsis klinik bulguları dışlandıktan sonra akut alt ekstremite monoartritlerinde öncelikle gut akla gelmelidir. Ataklar arasında genellikle uzun bir interkritik dönem vardır. Serum ürat düzeyi arttıkça yeni atak olasılığı artmaktadır. İyi tedavi edilmemiş hastaların % 30'unda gut başlangıcından itibaren beş yıl içinde tofasöz gut gelişmektedir. Bazen tofüslere hastalığın ilk semptomu olarak ta rastlanabilmektedir. Klasik gut artriti bulguları ile birlikte ürolitiyazis ve geçmişte ya da halen mevcut hiperürisemi varlığı tanıda önemlidir. Sinovyal sıvıda ürat kristallerinin varlığı gut tanısı için altın standarttır. Sinovyal sıvının polarize mikroskop analizinde MSU kristalleri; güçlü biçimde negatif çift kırıcı, sıklıkla intrasellüler, 10-20 µm ve iğne biçimli olarak gözlenmektedir. Akut gut artritinde tutulan eklemlerin konvansiyonel radyografik incelemesinde, inflame eklem çevresindeki non-spesifik yumuşak doku şişliği dışında anormal bulguya genellikle rastlanmamaktadır. Seyrek olarak, artritten önce tofüs gelişiminin bir bulgusu olarak önceden semptomlar olmadan grafilerde 1.metatarsofalangeal eklem erozyonu gözlenebilmektedir. Hastalığın geç dönemlerinde genellikle eksantrik nodüler yumuşak doku şişliği ile birlikte yumuşak dokuda ürat birikimi görülmektedir. Öncelikle eklem dışında oluşan kemik

erozyonları anahtar bulgulardandır. Bu erozyonlar, tipik olarak iyi sınırlı, yuvarlak veya oval biçimli sklerotik kenarları olan lezyonlardır. En sık 1. metatars başında görülen ve kemiğin uzun ekseni boyunca oluşabilen zımba ile delinmiş (punched out) tarzdaki bu erozyonlar zamanla ilerleyip falanksta lizise neden olabilmektedir. Erozyon nedeniyle kenarların genişlemesi ve tofüsü örten yumuşak dokuya doğru çıkıntı yapması (overhanging marjin) gut için karakteristik bir bulgudur. Eklem aralığı hastalığın geç dönmelerine kadar çok iyi korunmuştur. Ultrasonografi (USG), son yıllarda gut tanısında öne çıkan bir görüntüleme metodudur. Sinovyal hipertrofi, hipervaskülarizasyon ve sinovyal membran kalınlaşmasına ait morfolojik bulguların yanısıra ultrasonografide "kar fırtınası" görünümü sinovyal sıvıda MSU kristallerinin göstergesidir. Ayrıca MSU kristallerinin eklem kartilajı üzerinde depolanımı sonucunda, "çift kontur" bulgusuna yol açan irregüler, hiperekoik band görünümü de saptanabilmektedir. Çift kontur görünümü, asemptomatik hiperürisemi ve gut için spesifik fakat sensitif olmayan bir bulgu olarak tanımlanmıştır. Son yıllarda, dual enerji komputerize tomografinin (DECT) kullanılmaya başlanmasıyla, noninvaziv olarak MSU yükünün saptanması gut görüntülemesinde heyecan verici bir gelişme olmuştur. DECT ile kristallerin erken tanınmasının yanı sıra daha kısa görüntüleme süreleri, eşzamanlı birçok eklemi görüntüleyebilme özelliği ve USG ile karşılaştırıldığında mükemmel tekrarlanabilir görüntüleme sağlaması önemli avantajlarıdır. DECT, eklemler, ligamentler, tendonlar ve yumuşak dokulardaki MSU depolanımını subklinik dönemde bile belirleyebilmektedir. Ancak, kronik gut dönemi dışında tanısal sensitivitesi düşüktür. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG); sinovyum, kıkırdak, kemik ve yumuşak dokunun incelenmesi için mükemmel bir tekniktir. Yüksek maliyeti, uzun çekim süresi, kontrast kullanımı, hasta uyumu, metal implant, kalp pili vb. durumlarda kullanılamaması gibi kısıtlılıkları mevcuttur. MRG, gut hastalığında asemptomatik eklemlerdeki subklinik inflamasyonu gösterebilmekte ve erozyonları konvansiyonel radyografiden ve USG'den daha iyi saptayabilmektedir.

Artrosentez ve polarize ışık mikroskobunda gut kristallerinin gösterilmesi tanıda altın standart olmakla birlikte, birinci basamakta ve poliklinik şartlarında her zaman bunun mümkün olmaması nedeniyle, 2015 yılında yayınlanan ACR/EULAR sınıflandırma kriterlerinin hekimler için yararlı olduğu bildirilmektedir. Maksimum skorun 23 olduğu bu değerlendirmede, 8 ve üzeri puan gut sınıflandırması için yeterli kabul edilmektedir. Bu kriterlerin web tabanlı pratik hesaplama kolaylığı mevcuttur. Gut ayırıcı tanısında, septik artrit, hemartroz, travma, psödogut, otoimmün hastalıklar, lösemiler gibi monoartrit sebepleri ile enfeksiyöz ve otoimmün hastalıkların neden olduğu poliartritler göz önünde bulundurulmalı ve hasta dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Sidari A, Hill E. Diagnosis and treatment of gout and pseudogout for everyday practice. Prim Care Clin Office Pract 2018; 45 (2). 213-236.
2. Schlee s, Bollheimer LC, Bertsch T et al. Crystal arthritides-gout and calcium pyrophosphate arthritis. Part 2: clinical features, diagnosis and differential diagnostics. Z Gerontol Geriatr 2018; 51 (5): 579-584.
3. Abhishek A, Roddy E, Doherty M. Gout-a guide for the general and acute physicians. Clin Med (Lond) 2017; 17 (1): 54-59.
4. Ragab G, Elshahaly M, Bardin T. Gout: an old disease in new perspective-a review. J Adv Res 2017; 8 (5): 495-511.
5. Neogi T, Jansen TLTA, Dalbeth N et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2015; 74(10): 1789-1798.

OSTEOARTRIT TEDAVISINDE NONFARMAKOLOJIK YENI NE VAR?

Prof. Dr. Alp ÇETİN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Osteoartrit (OA) populasyonun %12 sini etkileyen, en sık gözlenen eklem sorunudur. Nüfüsün giderek yaşlanması ve obesite oranlarının artması gelecekte çok daha sık görülmesine neden olacaktır. Şu an için kesin tedavisi yoktur; ancak semptom azaltıcı, ilerlemeyi yavaşlatıcı çeşitli ilaçlar ve ilaçdışı uygulamalar vardır. OA tedavisinde başarı ilaç ve ilaç dışı tedavilerin birlikte kullanımını gerektirir. İlaç dışı tedavide en önemli konu hasta ve yakınlarının eğitimidir. Hastalık ve süreç ile ilgili hastalara bilgi verilmelidir. Egzersiz hem ağrıyı azaltmada hem de fonksiyonu iyileştirmede etkilidir. Egzersiz OA tedavisinde etkili olmakla birlikte sıklığı, tipi, şiddeti, süresi konusunda konsensus yoktur. Egzersizler aerobik ve dirençli egzersizleri içermelidir. Aerobik egzersizlerden en kolayı ve tercih edileni yürüyüştür. Ulaşılabilmesi durumunda yüzme önerilebilir. Dirençli egzersizler özellikle eklem çevresindeki kasların güçlendirilmesi için önemlidir. Diz OA da kuadriseps kasına ek olarak kalça çevresi kasları güçlendirmek tek başına kuadriseps egzersilerine göre daha fazla fayda sağlamaktadır. Kilolu ve obes hastalarda kilo kaybı semptomların azalmasını ve fonksiyonun artmasını sağlamaktadır. Vücut ağırlığının %5'ini kaybedenlerde dahi bu iyileşme gözlenmektedir. Eklem stabilizasyonu ve ekleme binen yükü azaltmak açısından ortez kullanımı önerilmektedir. Bu amaçla kullanılan pek çok ortez vardır. Ayrıca medial kompartman osteoartrtitnde lateral kamalı tabanlıklar ve özel ayakkabılar kullanılabilir. Bu yöntemlere ek olarak fizik tedavi uygulamaları ve tamalayıcı tıp yöntemleri kullanılabilir. Akupunktur, ultrason, elektrik stimülasyon, ekstrakorparyel şok dalga tedavisi, manuel tedavi yöntemleri osteoartrit tedavisinde kullanılabilir.
İlaç dışı tedavi yöntemleri OA tedavisinin olmazsa olmazları olmasına rağmen, hangi egzersiz yöntemi, hangi ajan, ne kadar süre tedavi, hangi doz gibi soruların yanıtları açık değildir.

Kaynaklar:

1. Cutolo M et al. Commentary on recent therapeutic guidelines for osteoarthritis. Seminars in Arthritis and Rheumatism 44 (2015) 611–617
2. Dabado J et al. Noninterventional Therapies for the Management of Knee Osteoarthritis. J Knee Surg 2019;32:46–54.
3. Hislop AJ. Et al. Does adding hip exercises to quadriceps exercises result in superior outcomes in pain, function and quality of life for people with knee osteoarthritis? A systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med 2019;**0**:1–10. doi:10.1136/bjsports-2018-099683

OSTEOARTRİTTE KÖK HÜCRE UYGULAMASI

Prof. Dr. Can EYİGÖR

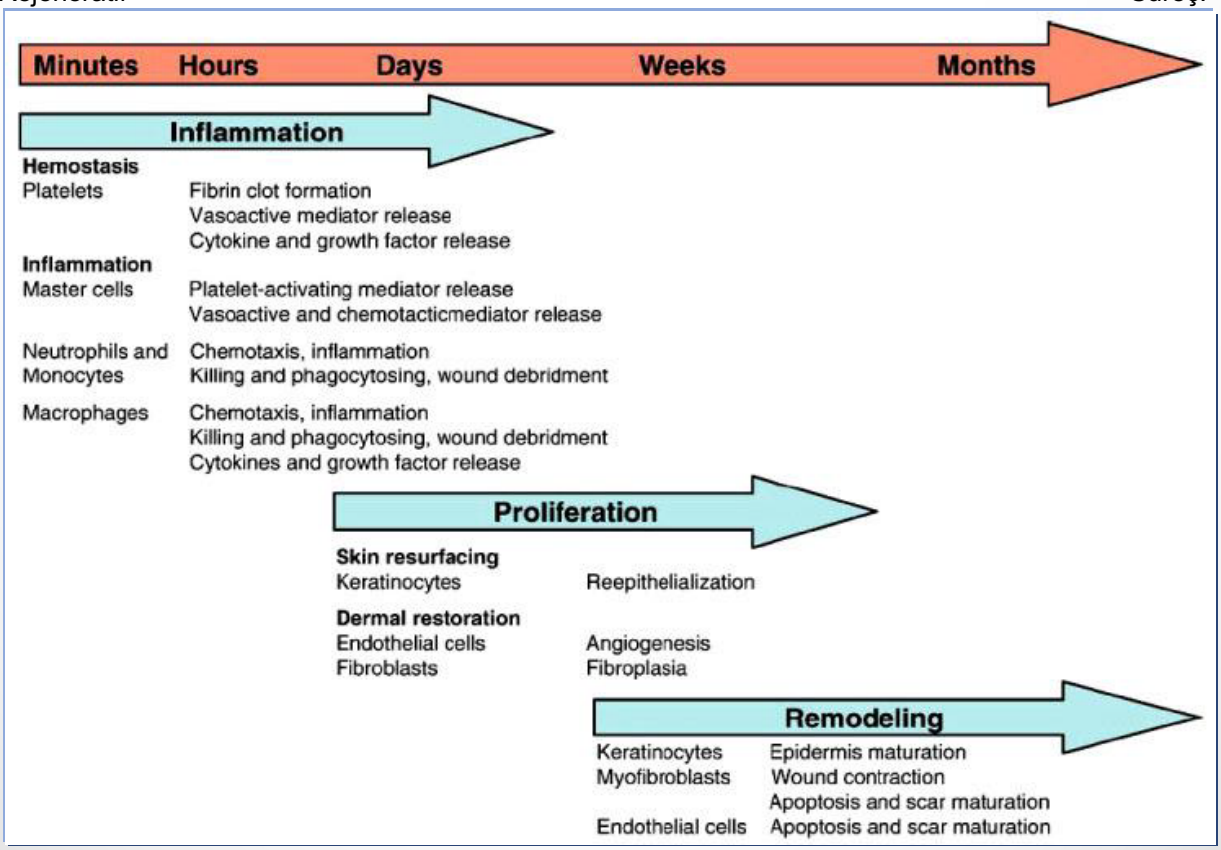
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı, Bornova, İzmir

Rejeneratif Tıp vücudun zarar görmüş yaşlanan veya hastalıklı hücre, doku ve organlarının tamirine, yenilenmesine ve rejenerasyonuna olanak veren hızla gelişmekte olan yenilikçi tıp teknolojisidir. Kök hücreler yüksek farklılaşma yeteneğine, düşük immünojeniteye ve immün baskılayıcı (lenfosit proliferasyonunu engeller) özelliğiyle rejeneratif tıbbın çok çeşitli alanlarında kullanılabilmektedir.
Bazı dokularda bulunan ve gereksinim halinde pek çok hücreyi oluşturarak yaşamın devamını sağlayan, farklı dokulara dönüşebilme potansiyeli olan hücrelere kök hücre denir. Kemik iliği bilinen en eski ve en zengin mezankimal kök hücre kaynağı olsa bile organizmada yaygın şekilde bulunan yağ doku da kök hücre kaynağı olarak yaygın ve etkin bir biçimde kullanılmaktadır.
Yağ dokudan kök hücre elde edilmesi, kemik iliğine göre daha kolay, daha az invazif ve daha yüksek verimle gerçekleştirildiğinden dolayı son yıllarda sıklıkla tercih edilmektedir. Yağ dokusunun kullanılmasının nedenleri; kolay elde edilebilir, çok az reddedilir, çok farklı hücre tiplerine farklılaşabilir gibi çok muazzam karakterlere sahiptir. Hastaya minimal zarar verilerek büyük miktarlarda yağ dokusu, dolayısıyla yağ dokusu kökenli kök hücre elde etmek mümkündür.
Kök hücreler sentetik maddeler gibi alerji ya da başka bir soruna neden olmazlar. Sonuçta kişinin kendi doğasına uygun hücreler olması kullanımlarını cazip hale getirir.
Stromal Vasküler Fraksiyon (SVF) adipoz dokudaki kan damarlarından elde edilir. Kılcal damarlar birincil kaynaktır.

Rejeneratif SVF Hücrelerinin Fonksiyonları;

- Anti-enflamatuvar/ İmmünomodülasyon
- Hedef Güdümlü - Hasar bölgesine gider
- Farklılaşma - Yeni doku yapar
- Revaskülarizasyon - Yeni kan damarı gelişimi
- Trofik Destek – Sitokin sekresyon yoluyla angiogenez
- Anti-apoptoz- Hücre ölümünü durdurur

Rejeneratif Süreç:



SVF yöntemiyle intraartiküler kök hücre uygulaması;
Hasta yüz üstü olacak şekilde yatırılır ve tüm karnı antimikrobik solüsyonla steril hale getirilir. Cilt altı yağ dokusu özel çok ince bir iğne yardımıyla lokal anestezik ilaçla uyuşturulur. Bu uyuşturma aynı zamanda yağ dokusunun daha kolay aspire edilmesini (alınmasını) sağlar. Yeterli anestezi sağlandıktan sonra özel bir iğne ve iğneye bağlı enjektör ile yağ dokusu toplanır. Toplanan yağ dokusunda hem sıvı hem de yağ dokusu bölümleri bulunur. Kök hücreleri barındıran sıvı kısım özel bir kitle damıtılır. Damıtılan sıvı kısmı santrafüj cihazı kullanılarak konsantre edilir (yaklaşık 10 kat). Yaklaşık olarak 10 cc yağ dokusundan 1 cc konsantre kök hücre sıvı kısmı elde edilir. Genellikle tek bir ekleme yaklaşık 3 cc konsantre kök hücre enjeksiyonu tedavide yeterli olmaktadır.
Yağ dokusundan kök hücre toplanması, yağ doku içindeki rejeneratif projenitör kök hücre izolasyonuna enzimatik olmayan yöntemle kapalı sistemle 20 dakika içinde izolasyonuna olanak sağlayan bir tıbbi cihaz kitiyle yapılmaktadır.
Yağ dokusundan elde edilen kök hücre konsantrasyonu tedavi edilecek eklem içine lokal anestezi altında iğne ile girilerek verilir ve işlem sonlandırılır.

Kaynaklar:

1. Fraser JK, Wulur I, Alfonso Z, Hedrick MH. Fat tissue: an underappreciated source of stem cells for biotechnology. Trends Biotechnol. 2006;24(4):150-4.
2. Pelttari K, Steck E, Richter W. The use of mesenchymal stem cells for chondrogenesis. Injury. 2008;39:58-65.
3. Freyria A-M, Mallein-Gerin F. Chondrocytes or adult stem cells for cartilage repair: the indisputable role of growth factors. Injury 2012;43:259–265
4. Mahmoudifar N, Doran PM. Osteogenic differentiation and osteochondral tissue engineering using human adipose-derived stem cells. Biotechnol Prog 2013;29:176–185
5. Huang S-J, Fu R-H, Shyu W-C et al (2013) Adipose-derived stem cells: isolation, characterization, and differentiation potential. Cell Transplant 2013;22:701–709

POLİMİYOZİT VE DERMATOMİYOZİTTE SPEKTRUM VE SINIFLANDIRMA

Prof. Dr. Selda SARIKAYA

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Zonguldak

İdiopatik inflamatuar myopatiler (IMM), erken dönemde tanı konmazsa artmış morbidite ve mortalite riski ile seyreden bir grup otoimmun kas hastalığıdır. Bu grupta yer alan hastalıklar içinde en eski tanımlanmış olanları dermatomiyozit ve polimiyozittir. IMM yıllık insidansı 4.27-7.89/100 000 olarak bildirilmiştir (1). Inclusion body myoziti hariç hemen hepsinde proksimal kas güçsüzlüğü ile hastalar prezente olur ve kalp ve akciğer gibi organ tutulumlarının gelişmesi söz konusu olmaktadır. IMM sınıflaması ilk olarak Bohan ve Peter tarafından 1975'de yapılmıştır (2,3). Bu tarihten günümüze kadar birçok yeni IMM alt grubu tanımlanmış, ayrıca görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve spesifik otoantikorların belirlenmesi nedeniyle sınıflama için yeni kriterlere ihtiyaç olmuştur. IMM'in karakteristik histolojik görüntülerinin de ortaya konması tanıda histolojik kriterlerinde yer almasının önemli olacağını göstermiştir. Birçok araştırmacı tarafından histolojik, klinik, görüntüleme, elektrofizyolojik inceleme ve miyozite spesifik antikorların yer aldığı sınıflama/tanı kriterleri oluşturulmuştur (Tablo 1) . EULAR ve ACR tarafından yürütülen ortak çalışma sonucu ise 2017'de yeni sınıflandırma kriterleri oluşturulmuştur (4). Sınıflandırmada yer alan yaş, kas güçsüzlüğü, cilt bulguları, laboratuvar bulguları biyopsi varlığı/yokluğuna göre skorlanmaktadır. Toplam skora göre IMM olasılı muhtemel veya kesin olarak belirlenmektedir. Ayrıca skorlama kullanılan parametrelerden yararlanılarak alt gruplama yapılmaktadır. Bu sınıflama kriterleri ile IMM hastalarının belirlenmesinde önemli yol alınmıştır. Ancak, bu hastalıkların patogenezinde rol oynayan farklı immun mekanizmaların ortaya konması, görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi, alt gruplara spesifik antikorların çeşitlenmesi nedeniyle gelecekte yeni alt tiplendirmelerin yapılması söz konusudur. Böylece hastaların daha erken tanınması ve daha spesifik yolların hedeflendiği tedavilerin kullanımı ile organ tutulumlarının önlenmesi mümkün olabilecektir.

Tablo 1: İnflamatuar idiopatik myopatilerde sınıflama ve tanı kriterlerinin karşılaştırılması

	Kriter	Duyarlılık %	Özgüllük %	Sınıflama tipi				Subgruplar
				EMG	Biyopsi	Otoantikor	MRG	
Bohan ve Peter[1]	Tanı/sınıflama	94-98	29-55	X	X			DM, PM, çocukluk çağı DM/PM +vaskülit, malignite veya KDH+DM/PM
Tanimoto	Sınıflama	89-96	29-31	X	X	X		PM, DM
Targoff	Tanı/sınıflama	93-97	29-89	X	X	X	X	DM, PM, çocukluk çağı DM/PM +vaskülit, malignite veya KDH+DM/PM
Dalakas	Tanı	6-77	99	X	X			DM, PM, ADM
ENMC	Sınıflama	52-71	82-97	X	X	X	X	DM, PM, ADM, DM sine dermatitis, Non-spesifik myozitis IMNM, IBM
EULAR/ACR[2]	Sınıflama	Biyopsi (-) 87	82		X	X		DM, PM, ADM, JDM, IBM
		Biyopsi (+) 93	88					

DM: Dermatomyozit; PM: Polimiyozit; ADM: Amyopatik dermatomyozit; KDH: Kollajen doku hast; IBM:Inclusion body myoziti; IMNM: İmmun aracılı nekrotizan myozit; JDM: Juvenil dermatomyozit

Kaynaklar

1. Mandel DE, Malemud CJ, Askari AD. Idiopathic Inflammatory Myopathies: A Review of the Classification and Impact of Pathogenesis. Int J Mol Sci. 2017, 18;18(5).
2. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). N Engl J Med. 1975, 13;292(7):344-7.
3. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). N Engl J Med. 1975, 13;292(8):403-7.
4. Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, Werth VP, Pilkington C, de Visser M, Alfredsson L, Amato AA, Barohn RJ, Liang MH, Singh JA, Aggarwal R, Arnardottir S, Chinoy H, Cooper RG, Dankó K, Dimachkie MM, Feldman BM, Garcia-De La Torre I, Gordon P, Hayashi T, Katz JD, Kohsaka H, Lachenbruch PA, Lang BA, Li Y, Oddis CV, Olesinska M, Reed AM, Rutkowska-Sak L, Sanner H, Selva-O'Callaghan A, Song YW, Vencovsky J, Ytterberg SR, Miller FW, Rider LG; International Myositis Classification Criteria Project Consortium, the Euromyositis Register, and the Juvenile Dermatomyositis Cohort Biomarker Study and Repository (UK and Ireland). 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria For Adult And Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies And Their Major Subgroups. Arthritis Rheumatol. 2017, 69(12):2271-2282.
5. Leclair V, Lundberg IE. New Myositis Classification Criteria-What We Have Learned Since Bohan and Peter. Curr Rheumatol Rep. 2018, 17;20(4):18.

POLİMİYOZİT VE DERMATOMİYOZİT TANI VE TEDAVİDEKİ ZORLUKLAR

Prof. Dr. Gülcan GÜRER

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Birçok kasda inflamasyon varlığında polimiyozit (PM) ve beraberinde deride inflamatuar bulgular varsa dermatomiyozit (DM) olarak ifade edilir. En önemli tablo proksimal kas güçsüzlüğünün olmasıdır. Kas enzimlerinde özellikle kreatin kinazda yükselme tipiktir. Eklemler, akciğerler, kalp ve GIS gibi iç organlar etkilenebilir. DM malign hastalıklarla birlikte olma oranı daha yüksektir, prognozu daha ağırdır. Başlangıç sinsidir, birkaç ay içinde yavaş yavaş kötüleşir. Hastalarda simetrik daha çok proksimal kaslarda güçsüzlük vardır. Omuz ve pelvik kuşağı kaslarında etkilenme olur. Omuz kaldırma ve çömelip kalkma gibi hareketler zorlaşır ya da yapılamaz. Kaslarda ki bu güçsüzlüğü doğrulamak için kas gücü testi yapmak gerekir. Eklemlerde poliartrit veya poliartraljiye neden olabilir. Artrit tutulumu romatoid artrittekine benzer dağılım gösterir. Dermatomiyozitte tipik cilt görünümü hastalık açısından tanı koydurucu özelliktedir. Başta sadece PM olabilir aylar sonra deri döküntüleri ortaya çıkabilir. Gottron papülleri: Metakarpofalangeal ve interfalangeal eklemlerin ekstensor yüzünde simetrik, genellikle hiperkeratotik eritemli papüllerdir. Benzer lezyonlar, dirsekler ve dizlerde de görülebilir. Psöriazisi taklit edebilir. Aynı lokalizasyonda papül olmadan sadece eritemli bir döküntü görülmesine Gottron işareti denir. Heliotrop eritem: Üst göz kapağında eritemli ve/veya mor renkli, sıklıkla göz kapağı ödemiyle birlikte eritemdir. Alın ve yanaklar üzerinde de fotosensitif pembe renkli döküntüler olabilir. SLE'nin malar eriteminden farklı olarak, nazolabial oluklar korunmaz. V veya Şal belirtisi: Yüz ve boyunda, göğüste güneş gören yerlerde diffüz eritemdir. Güneş ışığı ile artabilir. Periungual eritem ve telenjiektazi: Dermatomiyozitte, tırnak yatağı kapillerlerinde vasküler değişiklikler görülebilir. Distal parmak yastıkçığında olan yarıklar ve çatlaklar makinist eli veya mekanik el olarak adlandırılmaktadır. Kalsinozis genelde çocukluk çağında görülür. AC tutulumu ; alveolit, İnterstisyel fibrozis, Aspirasyon pnömonisi, bakteriyal infeksiyon ve metotreksatın pulmoner toksisitesi olabilir. En sık kardiyak bulgu ritm bozukluğudur.Özefageal tutulum: Özefagusun üst 1/3'ünü yapan çizgili kaslardaki zayıflık, disfaji,nazal regürjitasyon, ve/veya aspirasyona yol açabilir.

Tedavi

DM ve PM'in tedavisinin esasları immünsupresyon, fizik tedavidir.

Glukokortikoidler:Kontrollü olmayan çoğu çalışmada DM ve PM li hastalara kortikosteroid tedavisine cevap olması nedeni ile ilk basamak tedavi olarak kabul edilir. Mevcut standart tedavi yüksek doz steroddir (1mgr/kg). ILD, disfaji veya ağır güçsüzlük gibi ciddi hastalıklı hastalar günde 1 gr IV metilprednizolon3-5 gün başlanır daha sonra günde 1mg/kg/gün olarak devam edilir. Kortikosterod dozunu kademeli azaltırken relaps olmasın diye immünsupresan eklenir. "Kesin refraktör" hastalık 3 aylık steroid tedavisine rağmen remisyonda yetersiz olarak tanımlanır.

İkinci basamak tedavi: Azatiyopirin, metotreksat ve IVIg ikinci basamak tedavilerdir. Diğer ajanlar; mycophenolate mofetil, tacrolimus, rituximab, siklosporin ve siklofosfamid. Bu ikinci basamak ajanlar solunum kaslarında zayıflık veya disfaji ve ILD lı hastalar gibi hızlı progresif hastalık varlığında başlanabilir. Kortikosteroide dirençli ILD lı miyozitis için etkili ajanlar mycophenolate mofetil, siklosporin ve tacrolimusu içerir.

Biyolojik ajanlar:

Rituximab: Çeşitli vaka raporları, anti SRP antikor ile ilişkili immün aracılı nekrotizan miyopatili (IMNM) hastaların tedavisi de dahil olmak üzere, rituksimabın miyozitte etkin bir tedavi olduğunu bildirmiştir.

Tocilizumab: Refrakter polimiyozitli iki hastada ve çoklu tedavilere dirençli dermatomiyozit ve sistemik sklerozu olan overlap sendromlu bir hastada; cilt semptomlarında düzelme, serum kreatin kinaz seviyelerinde kademeli bir azalma ve kas gücünde bir iyileşme saptanmıştır. Tocilizumabın refrakter polimiyozit veya dermatomiyozitli yetişkinlerin tedavisinde etkinliğini değerlendirmek için çok merkezli, randomize, çift kör, kontrollü bir çalışma devam etmektedir.

Egzersiz: Aktif bir egzersiz programının miyozit tedavisinde, sekonder inflamasyonu tetikleyeceği gerekçesi nedeniyle hastanın kaslarına zarar vereceği düşünülmüştür. Ancak yapılan çalışmalarda aktif egzersiz programının kas kuvveti ve fonksiyonda iyileşmeler sağladığı saptanmıştır.

MİYOZİTTE OTOANTİKORLAR

Doç. Dr. Erkan MESCİ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Diğer sistemik otoimün hastalıklara benzer şekilde, idiopatik inflamatuar miyozitli hastalarda da otoantikorlar saptanabilmektedir. Otoantikorların varlığı klinik ve diğer laboratuar incelemelere ek olarak hastalığın tanı aşamasında kullanılmaları yanısıra, farklı fenotipik hastalık özellikleri ile ilişkili olmaları nedeni ile hastalarda ileride oluşabilecek bazı hastalık özelliklerinin öngörülebilmesini sağlamalarıdır 1. Miyozitlerde saptanılan otoantikorlar temel olarak miyozite spesifik otoantikorlar (MSO) ve diğer bazı otoimmün hastalıklarda da rastlanılan, miyozitle ilişkili otoantikorlar (MİO) olmak üzere iki grupta sınıflandırılır 2. Genel olarak önceleri bir hastada herhangi bir otoantikorun bulunması durumunda, diğerlerinin görülmeyeceği düşünülmüş olmakla birlikte, son yıllarda bu kuralın pekçok hastada geçerli olmadığı saptanmıştır.

Miyozite spesifik otoantikorlar:

1. Aminoaçil-tRNA sentetaz antikorlar: Aminoasitleri esterifiye ederek, t RNA'ları ile birleşmelerini sağlayan enzimlere karşı oluşan antikorlardır. Anti-Jo-1 bu grubun en iyi bilinen üyesidir. Anti-PL-7, anti-PL-12, anti-OJ, anti-ZO, anti-KS, anti-HA ve anti-OJ bu grupta yer alan diğer otoantikorlardır. Bu grup otoantikorların ilişkili bulunduğu miyozit, interstisyel akciğer hastalığı (IAH), ateş, makinist eli bulgusu ve artrit şeklindeki fenotipik hastalık özellikleri antisentetaz sendromu olarak adlandırılmaktadır. Farklı otoantikorların değişik klinik bulgular ile ilişkili olabildiği bilinmektedir.
2. Anti-Mi-2 antikorları: Dermatomiyozite spesifik bir otoantijen olan Mi-2'yi hedef alan antikorlardır. Bu otoantikorlar Gottron's papülleri, heliotrop rash ve fotosensitivite gibi cilt bulguları ile ilişkili olup, bu otoantikor pozitif olan kişilerde daha düşük malignite riski, tedaviye iyi yanıt ve iyi prognoz söz konusudur.
3. Anti MDA-5 antikorlar: Önceleri anti-CADM antikorlar olarak isimlendirilen bu otoantikorlar özellikle dermatomiyozitli hastalarda saptanmakta olup, amyopatik DM ile ilişkilidir. İnterstisyel akciğer hastalığı ve kötü prognozla ilişkili bulunmuştur.
4. TIF1γ otoantikorlar: Dermatomiyozitli hastalarda %20-30 oranlarında görülmektedir. Malignite gelişimi ile güçlü bir şekilde ilişkili olup, malignite tedavisinde başarının monitörizasyonu için kullanılabileceğine dair bulgular mevcuttur.
5. NXP-2 otoantikorlar: Jüvenil hastalarda kalsinozis, şiddetli deri tutulumu ve eklem kontraktürleri ile ilişkilidir. Erişkinlerde malignite gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Malignite gelişen DM'li hastaların %50'sinde NXP-2 veya TIF1γ otoantikorlardan birinin saptandığı bildirilmiştir.
6. Anti-SAE otoantikorlar: Dermatomiyozitli hastalarda disfaji, şiddetli deri tutulumu ve kötü prognoz ile ilişkilidir.
7. Anti-SRP otoantikorlar: Bu otoantikor pozitif hastalarda, belirgin kreatin kinaz yüksekliği ve disfaji ile seyreden progresif miyopati gözlenmektedir. Bu otoantikor nekrotizan inflamatuar myozitlere spesifik kabul edilmektedir.
8. Anti-HMGCR otoantikorlar: Bu antikorlar da nekrotizan otoimmün miyozitlere spesifik kabul edilmektedir. Statine maruz kalan hastalarda özellikle saptanmaktadır. Statin tarafından indüklendiği düşünülen inflamatuar miyozit durumlarında özellikle bakılması önerilmektedir.
9. Anti-FHL1 otoantikorlar: İİM'li hastaların % 25'inde saptanabilmektedir. Disfaji, kas atrofisi, miyofibril nekrozu ve vaskülit ile ilişkilidir.

Miyozitle ilişkili otoantikorlar:

1. **Anti-Ro52:** Bu gruptaki otoantikorlar içinde en sık rastlananlardan biridir. Overlap sendromlarda sıklıkla saptanır. Otoimmün hastalıklarda ant-Ro52 varlığı interstisyel akciğer hastalığı ile ilişkili bulunmuştur.
2. Anti-PMScl: Polimiyozit/skleroderma overlap sendromlarında saptanabilmektedir. Özofagus ve akciğer tutulumu ile ilişkilidir. Bunun yanısıra PM/DM hastalarında malignite gelişimi ve kötü prognoz ile ilişkili bulunmuştur.
3. Anti-Ku antikorlar: Polimiyozit/skleroerma overlap sendromlarında % 55'e varan oranlarda bulunabildiği gösterilmiştir. Eklem tutulumu, Raynaud's fenomeni ve akciğer tutulumu olan hastalarda rastlanma sıklığı yüksektir.

KAYNAKLAR

1. Ghirardello A, Borella E, Beggio M, et al. Myositis autoantibodies and clinical phenotypes. Autoimmun Highlights 2015;5:69-75
2. Tieu J, Lundberg IE, Limaye V. Idiopathic inflammatory myositis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2016; 30: 149-168

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA NÖROLOJİK TUTULUMLAR

Prof. Dr. Neşe ÖZGİRGİN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulamaları ve Araştırma Merkezi, Ankara

Romatizmal hastalıklarda, nörolojik sistem hedef sistemlerden biridir. Romatizmal hastalığa nörolojik bulguların eklenmesi, yaşam kalitesi ve prognoz açısından önemlidir. Nörolojik bulgular, genellikle, hastalık aktivitesinin artması ile ortaya çıkar ve tedavi programını ve hastalık sürecini olumsuz etkileyebilir.
Romatizmal hastalıklarda ciddi nörolojik komplikasyonlar nadir görülmekle birlikte, bazı durumlarda hayatı tehdit edici olabilir. Bu nedenle, nörolojik tutulumun erken/doğru tanısı ve uygun tedavisi, ciddi komplikasyonların gelişmesinin önlenmesinde önemlidir. Romatizmal hastalıklarda nörolojik tutulumların, multipl skleroz, enfeksiyon ve malignite gibi önemli durumlardan da ayırt edilmelidir.
Hastalığın seyrine göre, santral ve/veya periferik sinir sistemi tutulumları olabilir. Romatizmal bir hastalık ilk olarak nörolojik bulgu ile ortaya çıkabileceği gibi, nörolojik tutulumlar romatizmal hastalıkların seyri sırasında da ortaya çıkabilir. Farklı romatizmal hastalıklar, benzer nörolojik belirtilere ve bulgulara neden olabilir. Ayrıca romatolojik hastalıklarda kullanılan tedavi ajanlarının da nörolojik yan etkileri oluşabilir.
Santral sinir sistemi tutulumları serebral vaskülit, serebral parankimal tutulum, serebrovaskuler olay, spinal tutulum, atlanto-aksiyel subluksasyona bağlı olarak gelişebilir ve inme, konvulziyon, hemipleji, demans, psikoz, aseptik menenjit gibi çok farklı klinik tablolara neden olabilir. Periferik sinir sistemi tutulumları ise sıklıkla mononöritis multipleks, sensorimotor nöropatiler ve tuzak nöropatileri şeklinde ortaya çıkabilmektedir.
Nörolojik bulgular doğrudan hastalığa bağlı olabileceği gibi, varolan eklem veya kemik hastalığının sonucu da olabilir. En sık görülen nörolojik bulgu, periferik sinir tutulumu bulgularıdır. Enflame sinoviyal kesenin değişik düzeylerde periferik sinirlere basısı ile ortaya çıkan tuzak nöropatilerine rastlanabilir. Bir veya birden fazla periferik sinir sahasında ani başlangıçlı disestezi ardından belirgin kuvvet ve duyu değişiklikleri ile karakterize mononöritis multipleks de görülebilir. Hem polinöropati hem de mononöritis multipleks için temel mekanizma, arterite sekonder vazo nervorumların tıkanmasıdır.
Romatoid Artrit, Sjögren Sendromu gibi otoimmün bağ dokusu hastalıklarının seyri sırasında tuzak nöropatileri, vaso nervorumların tutulumuna bağlı vaskülitik periferik nöropatiler, PAN, ANCA ilişkili vaskülitler ve diğer tüm küçük damar vaskülitlerinin seyrinde periferik polinöropati ve mononöritis mültipleks gelişebilir. Ankilozan Spondilitte kauda equina sendromu, atlantoaksiyal subluksasyona bağlı miyelopati ve vertebral çökme kırıklarına bağlı myopati görülebilir. Behçet hastalığına bağlı santral sinir sistemi tutulumu beyin parankimal dokusunun vaskülitik tutulumu (parankimal) veya kafa içi drenajı sağlayan venöz sinüs trombozlarına bağlı (nonparankimal) gelişebilir. SLE'de ise baş ağrısından psikoza, felçlere, nöbetlere kadar değişen çok çeşitli bulgular veren hem santral sinir sistemi hem de periferik sinir tutulumları olabilir.

Tuzak nöropatileri gibi bazı nörolojik komplikasyonların iyi tanınmasına karşın, tanı yöntemlerindeki gelişmeler, özellikle son on yılda, bazı klinik antitelerin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır. Son yıllarda erken tanı ve etkili tedavinin hastalığın komplikasyonlarını azaltmış gibi göründüğünden, klinisyenler önceki yıllardaki kadar sık nörolojik tutulumlarla karşılaşmıyor olabilirler. Ancak, etkili immünosüpresif tedavilerin yaygın kullanımı, SSS'ni etkileyen enfeksiyonların artışına neden olmuştur.
Romatizmal hastalıklarda, nörolojik tutulum spektrumu gözden geçirilmiş ve çok çeşitli nörolojik komplikasyonlar değişen spesifik romatizmal koşullar bağlamında tartışılmıştır. Ayrıca antiromatizmal ilaçların kullanımından kaynaklanan nörolojik komplikasyonların gelişme potansiyeli değerlendirilmiştir.

Kaynaklar:

1. Goglin SE, Imboden JB. Neurologic Manifestations of Rheumatic Diseases. Rheum Dis Clin North Am 2017;43:xiii-xiv. doi: 10.1016/j.rdc.2017.08.001.
2. Dimberg EL. Rheumatology and Neurology. Continuum (Minneap Minn) 2017;23:691-721. doi: 10.1212/CON.0000000000000474.
3. DeQuattro K, Imboden JB. Neurologic Manifestations of Rheumatoid Arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2017 Nov;43(4):561-571. doi: 10.1016/j.rdc.2017.06.005.

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA FONKSİYONEL BOZUKLUKLAR VE YAŞAM KALİTESİ

Prof. Dr. Alev ALP

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa

2000-2010 yılı Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüm dünyada 'kemik ve eklem dekadı' olarak tanımlanmıştır.Temel hedefi, farkındalık yaratmak ve kas iskelet sitemi hastalığı olan insanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmektir. Kas iskelet sistemi tutulumları toplumun %17 sini etkiler, çalışan popülasyonun %60 na denk gelmektedir. Sebep olduğu fonksiyonel bozukluk bir sebeptir ve yaşam kalitesini tanımlamak için yeterli olmayabilir 2020 de artritlerin popülasyonun %20 sini etkilemesi beklenmektedir. Bu konu Kemik ve Eklem dekadında WHO nün önceliği olmuştur Prevalans, kompleks etyoloji ve yaygınlık bakımından Romatoid Artrit (RA) , Spondiloartropatiler (SpA), fibromiyalji (FMS) önem kazanmıştır.

'Yaşam kalitesi'kişinin bulunduğu sosyo-kültürel çevrede, sorumluluklar standartlar ve beklentiler düzeyinde, mevcut pozisyonunu algılayış şeklidir (the Whoqol Grup). Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır.

RA da 17 ülkede gerçekleştirilen Comora çalışmasında yaşam kalitesini etkileyen ve en sık karşılaşılan komorbiditeler: kardiyovasküler hastalıklar, osteoartrit (oa), osteoporoz (op) ve Depresyondur. Komorbiditeler arttıkça fonksiyonel durum /hassas ve şiş eklem sayısı kötüleşmektedir. Bir çoğu atlanmakta veya tanımlanamayabilmektedir. Ilımlı fonksiyonel bozukluk (HAQ-DI>1) RA hastalarında 8 kat daha fazla olup bu konuda Hastalık aktivitesi (erken dönem), Eklem bütünlüğü (geç dönem), Kas gücü ve tonusu, Genel fiziksel kondisyon ve psikososyal faktörler etkilidir. RA hastalarında 20 yıl önceki Artroplasti verilerine bakılacak olursa yapısal hasar ve sebebi olduğu disabilite nedeniyle RA hastalarının %25 ine eklem replasmanı cerrahisi uygulanmıştır. Son 20 yılda hastalık modifiye edici ilaç (DMARD) kullanımı disabiliteyi azaltmıştır. DMARD (en sık Metotreksat) kullanımı ile disabilite skorlarında (HAQ-DI) yılda ortalama %2 lik düşüş yapmıştır. 19116 RA hastasında 60 yaş üstü olanlarda Anti-TNF kullanımıyla Total kalça protezi insidansı %40 azalmıştır (hazard ratio = 0.60 CI: 0.41, 0.87) Anti-TNF kullanımıyla kalça-diz eklem replasmanı insidansı arasında ilişki olmamakla birlikte Pre-bDMARD çağı (1996-2001) ve bDMARD çağı (2003-2016) karşılaştırıldığında 2003 sonrası Total diz/kalça artroplastisi insidansı yaklaşık 1/3 e inmiştir (1996 da diz artroplastisi : %8.72) Kalça artroplastisi 2003 den daha önce azalmaya başlamıştır.

İlaç tedavi ücretlerinden bağımsız olarak 0.5 HAQ skoru RA hastası için yılda 640 $, 3.0 HAQ skoruyla ciddi semptomları olan bir RA hastası için ise yılda 14000 $ denktir. RA ciddiyetiyle ekonomik gelir ters orantılıdır ve daha erken biyolojik kullanımının bu durum üzerinde olumlu etkiler yapabileceği düşünülmektedir. RA alevlenmesi eklem hasarı progresyonu ve fonksiyonel bozukluk ile ilişkilidir: 10 yıllık BeSt çalışması sonuçlarına bakılırsa 508 hasta , 10 yıllık izlemde RA alevlenmesi kısa ve uzun dönemde fonksiyonel disabilite (HAQ) ağrı, sabah tutukluğu ve radyolojik progresyonla (Sharp) köreledir. Alevlenme durumunda gecikmeden tedaviyi yoğunlaştırmalıdır. Alevlenmenin getirdiği riskler gereksiz/fazla tedavinin götürüsünden büyüktür.

Kaynaklar

1. Comorbidities in patients with rheumatoid arthritis and their association with patient-reported outcomes results of claims data linked to questionnaire survey .. Andres Luque Ramos, Imke Redeker, Falk Hoffmann, Johanna Callhoff, Angela Zink, And Katinka Albrecht the journal of rheumatology, Jan 2019, 180668; doi:https://doi.org/10.3899/jrheum.180668
2. Health-related quality of life of rheumatic disease patients treated in a specialized IPS in Medellin, Colombia. 2017 Journal of medicine and life 10(4):223-231
3. Sokka T, Krishnan E, Häkkinen A, Hannonen P. Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. Arthritis Rheum 2003; 48:59.
4. Massa'da L, Gabriel SE, Crowson CS, et al. A population based assessment of the use of orthopedic surgery in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2002; 29:52.
5. Kapetanovic MC, Lindqvist E, Saxne T, Eberhardt K. Orthopaedic surgery in patients with rheumatoid arthritis over 20 years: prevalence and predictive factors of large joint replacement. Ann Rheum Dis 2008; 67:1412.

BALNEOTERAPİNİN ROMATİZMAL HASTALIKLARDA YERİ

Dr. Merve Akdeniz LEBLEBİCİER

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Balneoterapi termal veya mineralli suların, peloidlerin ve gazların düzenli aralıklarla ve belli dozlarda uygulanma tedavisidir. Banyo, paket, içme ve inhalasyon tedavileri şeklinde uygulanabilir. Peliodoterapi, klimaterapi, hidroterapi, akuaterapi ve spa tedavisi balneoterapi tedavisinin bir parçası olarak yer almaktadır. Balneolojik suların etki mekanizması sıcaklığın yarattığı termik etki, kimyasal etki ve kür şeklinde uygulandıklarında ortaya çıkan genel etki ile açıklanır.

Romatizmal hastalıklar kronik ve inflamatuar hastalıklar olup, tedavisinde farmakolojik tedavilerin yanısıra non farmakolojik tedaviler de uygulanmaktadır. Balneoterapi, başta osteoartrit olmak üzere; fibromiyalji, romatoid artrit, ankilozan spondilit ve psöriatik artrit tedavisinde yer almaktadır. Balneoterapinin fiziksel ve kimyasal etki ile ağrının azaltılması, deformitelerin önlenmesi ve hastaların yaşam kalitesinin artmasında önemli rolü vardır. Ayrıca balneoterapinin 127ort he127jik, anti inflamatuar ve kondroprotektif etkisinin de olabileceği tartışılmaktadır. Peliodoterapi plazma endorfin seviyelerini, kortikotropin, kortizol, büyüme hormonu ve prolaktin salgılanmasını arttırır. Termal çamur paketi tedavisi prostaglandin E2 (PGE2), lökotrien B4 (LTB4), interlökin-1 (IL-1) ve tümör nekroz faktörü-α (TNF-a) seviyelerinde azalmaya neden olurken, spa terapisi kıkırdak metabolizmasını ve insülin benzeri büyüme faktörü-1'de (IGF1) artışa neden olmaktadır. Ayrıca, reaktif oksijen ve azot türlerinin salınımında düşüşle birlikte, antioksidan sistem üzerinde olumlu etkisine dair kanıtlar vardır.

Balneoterapinin osteoartrit tedavisinde rolü tedavi kılavuzlarında da yer almaktadır. Kalça ve diz osteoartritinde akuaterapi ACR'ın kuvvetle önerilen non farmakolojik tedavi yöntemleri arasında yer almaktadır. EULAR 2013 önerilerinde kalça ve diz osteoartritinde su içi egzersiz programının kanıt düzeyi 1a'dır. TRASD kanıta dayalı tedavi önerilerinde; diz osteoartiritinde kontrendike bir durum yok ise, en az iki haftalık balneoterapi tedavisi önerilmektedir.

Fibromiyaljide kükürtlü banyosu ile yapılan bir çalışmada iyileşme sürelerinin 3 aya kadar uzadığı gösterilmiştir. EULAR tarafından ise fibromiyaljide hidroterapi/spa tedavisi kanıt düzeyi düşük olarak gösterilmiş fakat dahil edilen çalışmaların uygulanım yöntemleri arasında fark olduğu belirtilmiştir.

Inflamatuar romatizmal hastalıkların remisyon döneminde deformiteleri önleyici ve tedavi edici fizik tedavi yöntemleri ile beraber balneoterapi de faydalıdır. Yapılan çalışmalarda balneoterapi ve akuaterapinin ağrı ve hassas eklem sayısını azaltmanın yanında el kavrama gücünde artış, sabah tutukluğunda azalma gibi klinik parametrelerde de olumlu etkisi olduğu gösterilmiştir. Özellikle kükürt banyolarının RA tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Radonlu ve karbondioksitli banyoların etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki banyo türünde de ağrı düzeyinde ve fonksiyonellikte iyileşme olduğu bildirilmiştir. Çalışmalarda DAS 28 skorunda azalma, SF36 ve HAQ gibi yaşam kalitesi ölçetlerinde de anlamlı düzelme saptanmıştır.

Ankilozan spondilitte balneoterapi hem suyun göğüs duvarına yaptığı basınçla solunum egzersizlerinin daha kolay yapılmasını sağlar hem de termal uyaranlar ve kaldırma kuvvetinin etkisi ile parapinal kas tonusunu azaltır. Sıcak mineralli banyo ve çamur paketleri ile sabah tutukluluğu ve el yer mesafesinde anlamlı azalma saptanmıştır. Balneoterapi ile ağrı, hastalık aktivitesi ve fonksiyonel kapasitede düzelmenin 6. aya devam ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Psöriatik artrit ve fibromiyalji tanısı konmuş hastalarda yapılan bir çalışmada balneoterapi ile hastaların hem hassas noktalarında hem de aktif artrit eklem sayılarında anlamlı azalma saptanmıştır.

Sonuç olarak balneoterapi termal ve non-termal etkileri ile romatizmal hastalıkların tedavisinde önemli bir yer tutar. Fakat kanıt düzeyi açısından daha geniş hasta grupları ile daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1)Hayta E, Hizmetli S. Balneoterapi. In Oğuz H, Çakırbay H. Yanık B. Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul,2015;201-8.
2) Santos I, Cantista P, Vasconcelos C, Amado J. Balneotherapy and Rheumatoid Arthritis: A Randomized Control Trial.Isr Med Assoc J.2016;18(8):474-8.
3) Fioravanti A, Cantarini L, Guidelli GM, Galeazzi M. Mechanisms of action of spa therapies in rheumatic diseases: what scientific evidence is there? Rheumatol Int.2011;31(1):1-8.
4) Fernandes L, Bijlma JW, Andreassen O, Hagen KB, Christensen P, Conaghan PG, Doherty M, Geenen R, Hammond A, Kjeken I, Lohmander SL, Lund H, Mallen CD, Nava T, Oliver S, Pavelka K, Pitsillidou I, Silva JA, Torre J, Zanoli G, Vlieland T. EULAR recommendations 128ort he non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2013;72:1125-35.
5) Macfarlane GJ Kronisch C, Dean LE Atzeni F, Hauser W, Flu E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer F, Leino-Arjas P, Longley K, McCarthy GM, Makri S, Perrot S, Sarzi-Puttini P, Taylor A, Jones GT. EULAR revised recommendations 128ort he management of fibromyalgia.Ann Rheum Dis.2017;76(2):318-328.

ANA POZİTİFLİĞİ NASIL YORUMLANMALIDIR?

Halise Hande GEZER

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

Anti nükleer antikor (ANA), hücre nukleusunda bulunan nükleik asit ve nükleoproteinlere, sitoplazmik ve membran antijenlerine karşı oluşan otoantikorlar olarak tanımlanır. Sistemik otoimmün hastalıkların taranması amacıyla en sık kullanılan testtir. İlk 1948 yılında Lupus eritematozus hücresinin gösterilmesi ile tanınmış sonrasında farklı yöntemler ile gösterilmiştir. Altın standart Hep-2 (Hep-2000) hücrelerinin substrat olarak kullanıldığı İndirekt immüofloresan (IIF) yöntemidir. Hep-2 hücrelerinin kullanılma sebebi nukleusları büyük, doğal bir protein ve nükleik asit kaynağı olup çok sayıda otoantijen içermesi, mitozla ilgili yapılara yönelik antikorları daha iyi saptaması ve düşük zemin boyanma göstermesidir. Yöntem hasta serumunda bulunan antikorun antijene bağlanması ve floresanla işaretlenmiş olan anti-insan antikorunun bu komplekse bağlanması esasına dayanır. ELISA da ise aynı anda çok fazla örnekle çalışılmasına karşın IIF ile karşılaştırıldığında yanlış pozitiflikler daha sıktır ve ANA negatif hastaların değerlendirilmesinde istenebilir. Standart bir ANA raporlanmasında çalışma yöntemi, laboratuvarın sınır değeri, boyanma paterni ve şiddeti mutlaka yer almalıdır. Sağlıklı kontrollerde %25-30 oranında 1/40, %10-15 oranında 1/80 ve %5 oranında ≥1/160 titrede ANA pozitifliği saptanabilir. Bu nedenle hangi titrenin alındığı mutlaka belirtilmelidir. Önerilen tarama titresi 1/160 olmakla birlikte bu titrede atlanan hastalar olabilir ve ülkemizde sıklıkla 1/100 titre kullanılmaktadır.

ANA nükleer boyanma paternlerine göre homojen (dsDNA, histon, nükleozom), benekli (DFS70, SS-A, SS-B, Ku, Anti-U1-nRNP, Sm,), sentromer (CENP-A,B,C), nükleer noktalı, nukleolar (PM-Scl, Scl-70), nükleer membran olarak sınıflanır. Sitoplazmik boyanma paternlerine göre ise sitoplazma retiküler (anti-mitokondrial antikor (AMA)benzeri, sitoplazma benekli (Anti-Jo-1 benzeri) ve sitoplazma yoğun ince benekli (Ant-ribozamal P benzeri) boyanır.

ANA'nın en sık birliktelik gösterdiği hastalıklar sistemik lupus eritematozus (SLE), skleroderma ve sjögrendir. ANA pozitifliği SLE'de %90-95, sistemik sklerozda %85-95, sjögrende %50-70, polimiyozit/dermatomiyozitte %30-70 ve juvenil kronik artritte %50-60 bulunmuştur. ANA pozitifliği bunlar dışında ilaca bağlı lupus, miks bağ doku hastalığı ve otoimmün hepatitte de tanı kriterleri arasındadır. Romatoid artrit, multiple skleroz, tiroid hastalıkları, infeksiyöz hastalıklar, idiopatik trombositopenik purpura, sarkoidoz, fibromiyalji ve primer pulmoner hipertansiyonda da ANA pozitifliği olabilir. Sağlıklı kişilerde de %10 pozitiflik görülebilir. Özellikle kadınlarda yaşla beraber ANA pozitifliği artar. Bağ doku hastalığı olan kişilerin akrabalarında, salazoprin, izoniazid gibi ilaç kullananlarda da ANA pozitifliği saptanabilir. Sağlıklı kişilerdeki ANA pozitifliğinden sıklıkla DFS70 (dense fine speckles 70) antijeni sorumludur. Anti-DFS70 antikor varlığında granuler tip ANA boyanma ile karışabilen bir boyanma görülür. Boyanma hem interfaz, hem de metafaz döneminde belirgin ise veya hep-2 hücrelerde var fakat örneğin karaciğer hücresinde yok ise DFS-70 olma olasılığı yüksektir. Kesin ayrım için anti-DFS70 antikorlar immunoblot, ELISA veya özellikle immunoadsorpsiyon IIF ile saptanması önerilir.

ANA pozitif olup da romatizmal hastalığı olmayanlarda şunlar olabilir: henüz tanısı konulmamış otoimmün bir hastalık, ANA'yı pozitif yapabilen başka bir otoimmün hastalık, postviral enfeksiyonlar sonrası geçici ANA pozitifliği, laboratuvar hatası veya sağlıklı kişi.

ANA tek başına tanı testi değildir, klinik verilerle birlikte değerlendirilmesi gerekmekte olup araştırılması aşamasında ise artrit, fotosensivite, diskoid lupus, sklerodaktili, raynaud, hemolitik anemi, trombositopeni, lenfopeni, hipergamaglobulinemi, hematüri ve proteinüri gibi hastalıklarla ilişkili anahtar semptomların bir veya birkaçının hastada bulunması gerekir.

Kaynaklar

1. *Daniel Jan Damoiseaux ve ark, Evidence-Based Guidelines for the Use of Immunologic Tests: Antinuclear Antibody Testing International consensus on ANA patterns (ICAP): the bumpy road towards a consensus on reporting ANA results, Autoimmun Highlights (2016) 7:1*
2. *H. Solomon,1 Arthur J. Kavanaugh,2 Peter H. Schur,1 And The American College Of Rheumatology Ad Hoc Committee On Immunologic Testing Guidelines , Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research) Vol. 47, No. 4, August 15, 2002, pp 434–444*
3. *Otoantikorların Laboratuvar Tanısı Rehberi, KLİMUD*

ROMATİZMAL HASTALIKLARDA ANEMİ

Dr. Duygu TECER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa

Romatolojik hastalıklar, kas-iskelet sistemi tutulumunun yanısıra, birçok organ ve sistemi etkileyen kronik inflamatuar hastalıklardır. Hematopoetik sistem, bu hastalıkların seyri sırasında tutulabilir. Bir ve/veya birden fazla hücre serisini etkilenerek hastalığın aktivitesini ve prognozunu değiştirebilir. Ayrıca, kronik sistemik stimulasyon sonucu hematolojik maligniteler ve kullanılan ilaçlara bağlı olarak hematolojik anomaliler ortaya çıkabilir.

Anemi, romatolojik hastalıklarda sık görülen bir laboratuvar bulgusu olup, çok çeşitli nedenlere bağlı olarak farklı tiplerde gelişebilmektedir. Anemi prevalansı, hastalıkların spesifik patofizyolojileri, tedavi durumu ve agreve eden faktörlerdeki farklılıklar sebebi ile romatizmal hastalıklar arasında değişmektedir. Romatizmal hastalıklarda, sıklıkla kronik hastalık anemisi görülmekle birlikte, vitamin eksiklikleri, hastalık yada tedavi ilişkili kanama, yaş, cinsiyet, menstürasyon, enfeksiyon, immunite yada tedavi ilişkili hemoliz, ilaçların yan etkileri gibi başka sebeplerde anemiye sebep olabilir yada aneminin şiddetini arttırabilir.

Günlük klinik pratikte, primer romatizmal hastalığın tanı ve tedavisine büyük dikkat gösterilmesine rağmen, hastalığın komplikasyonlarına yeterince dikkat edilmemektedir ve uygun antiromatizmal tedavi sonrasında bile devam etmektedir. Anemi de bu ihmal edilen hastalıklar arasında yer alır. Anemi varlığı hastaların yaşam kalitesini, morbiditeyi ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemesi sebebi ile masum bir bulgu olarak değerlendirilmemelidir.

Kaynaklar

1. Gediz F, Kobak Ş. Romatizmal hastalıklarda hematolojik bulgular. Turkiye Klinikleri J Rheumatol-Special Topics 2016;9(2):64-72
2. Weiss G, Schett G. Anaemia in inflammatory rheumatic diseases. Nat. Rev. Rheumatol. 2013; 9, 205–215

SARKOİDOZ ETYOPATOGENEZ VE KLİNİKTE YENİ NE VAR?

Gürkan AKGÖL

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Elazığ

Sarkoidoz birçok organ ve sistemi tutabilen, etiyolojisi kesin olarak bilinmeyen, histopatolojik olarak non-kazeifiye granülomatöz inflamasyonla seyreden, otoimmun bir hastalıktır. Sarkoidozun en iyi bilinen özelliği başta akciğerler olmak üzere, solunum sistemini tutmasıdır. Bununla birlikte, aralarında lokomotor sistemin de olduğu, çok sayıda farklı organ ve sistem tutulabilir ve çeşitli uzmanlık alanlarını ilgilendiren farklı sorunlar gelişebilir. Hastalığın en ilginç özelliği, bazen spontan remisyonlar gösterebilmesidir. Hastalığın kesin nedeninin bilinmemesi nedeniyle güvenilir tanı; klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesine ilave olarak bilinen granülomatöz hastalıkların dışlanmasıyla mümkün olabilmektedir.

Sarkoidoz dünya genelinde her yaş, cinsiyet ve ırkta görülebilmekte ancak hastalığın frekansı coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Hastalığın tahmini prevelansının hesaplanması ve epidemiyolojik bilgilerinin oluşturulması bazı nedenlerden dolayı sorun teşkil etmektedir. Bu sorunlar; kesin ve tutarlı vaka tanımının olmayışı, hastalık prezentasyonundaki çeşitlilik, tanıya yönelik spesifik ve sensitif bir test olmayışı ve buna bağlı olarak hastaların tanısız veya yanlış tanıyla izlenmeleri olarak sıralanabilir. Sarkoidoz erişkinlerde genel olarak 50 yaş altında görülme eğilimi gösterir. Hastalık en yüksek insidansına 20-40 yaşları arasında ulaşırken, özellikle İskandinav ülkeleri ve Japonya'da yaşayan kadınlarda insidansın 50 yaş üzerinde ikinci bir pik yaptığı görülmüştür.

Sarkoidozun en önemli özelliği, granülomların oluşumunu ve korunmasını başlatmak için antijen sağlayan hücrelerle etkileşime giren CD4 + T hücrelerinin varlığıdır. Çok yönlü kanıtlar, sarkoidozun, çoklu genlerin çevresel risklerle veya enfeksiyonlarla etkileşmesinden kaynaklanabileceğini göstermektedir. Çok sayıda kemokin ve sitokin, hastalığın gelişiminde ve / veya çözülmesinde etkili olmuştur. Sarkoidozda hastalığın varlığında görülen alveolit, baskın olarak CD4 hücrelerinin baskın olduğu lenfositik selüleritede bir artışa neden olur. Sarkoidoz hastalarının bronkoalveolar lavajında artmış nötrofillerin varlığı, artmış nötrofil sayısı olan hastaların yüzde 36'sında spontan remisyon ile belirtilen hastalığın kalıcılığı ile ilişkilidir.

Sarkoidozda en sık tutulan organ akciğerlerdir. Gerçekten de, tüm olguların %95'inde akciğer tutulumu olur ve bu nedenle göğüs hastalıkları hekimleri için sarkoidoz önemli bir hastalıktır. Akciğer tutulumu; bilateral hiler lenfadenopati, pulmoner parankimal nodüller veya difüz intersisyel fibrozis fleklinde olabilir. Akciğer tutulumu olan olgularda kuru öksürük (%30), dispne (%28), göğüs ağrısı (%25), hırıltılı solunum ve nadiren hemoptizi gibi semptomlar ortaya çıkabilir. Endobronşial granülomlar sonucu küçük ve büyük hava yolları obstrüksiyonu gelişebilir. Sarkoidozlu hastaların yaklaşık 3'te biri ateş, halsizlik, çabuk yorulma, kilo kaybı gibi özgül olmayan semptomlar ile başvurmaktadırlar. Ateş genellikle hafif yüksektir, ancak bazen 39-40 dereceleri bulabilmektedir. Sarkoidozun erken dönemlerinde ateş olabileceği için nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılırken akılda tutulmalıdır, ancak 6 haftadan uzun süren ateş, vakaların %5'inden azında görülmektedir. Asemptomatik sarkoidoz; vakaların yaklaşık 3'te 2'sini oluşturmakta ve rastgele çekilen akciğer grafisinde bilateral hiler lenfadenopatilerin saptanmasıyla tanı almaktadırlar. Bazen intratorasik lenfadenopatilerle ilişkili interstisyel infiltratlar şeklinde de karşımıza çıkabilmektedirler. Eritema nodozum ile birlikte veya olmadan akut sarkoidoz; akut başlangıçlı EN ile birlikte bilateral hiler adenit, ateş, poliartrit ve sıklıkla üveitin eşlik ettiği klinik tablo Löfgren sendromu olarakta bilinmektedir. Bu olguların yaklaşık %10'unda akciğer grafisi normal olarak saptanabilmektedir. Bazı olgularda EN eşlik etmemektedir. Her iki durumda da prognoz çok iyidir ve hastaların %70-80'i haftalar-aylar içinde remisyona girmektedir. Sarkoidoz tanısı; hastalıkla uyumlu klinik ve radyolojik bulguların varlığı, bu bulguların bir veya daha fazla organda gösterilecek non-kazeifiye epiteloid granülomlarla desteklenmesi ve aynı klinik tabloyu oluşturabilecek diğer hastalıkların ekarte edilmesiyle konulur.

Kaynaklar

1. West SG. Sarcoidosis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. Rheumatology. Edinburgh: Mosby; 2011:1641-51.
2. Mihailovic-Vucinic V and Jovanovic D, *Pulmonary sarcoidosis.* Clin Chest Med, 2008. 29(3): p. 459-73, viii-ix.
3. Cox CE, Davis-Allen A, Judson MA. Sarcoidosis. Med Clin North Am 2005;89:817-28.
4. Okumus G, Musellim B, Cetinkaya E, et al. Extrapulmonary involvement in patients with sarcoidosis in Turkey. Respirology 2011;16:446-50.
5. Valeyre D, Prasse A, Nunes H, Uzunhan Y, Brillet PY, Müller-Quernheim J. Lancet 2014; 383: 1155–67

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S-001 Ailevi Akdeniz Ateşi: Klinik ve Genotipik Özellikler ve Hastalık Şiddeti

Hatice Bodur[1],Fatma Gül Yurdakul[1], Hasan Fatih Çay[2], Ülkü Uçar[3*,2], Yaşar Keskin[4], Betül Sargın[5*,6], Gülcan Gürer[5], Ozan Volkan Yurdakul[4],Mustafa Çalış[7], Hülya Deveci[8], Yıldıray Aydın[9], Sami Hizmetli[10], Remzi Çevik[11], Ali Yavuz Karahan[12], İsmihan Sunar[13], Mehmet Tuncay Duruöz[14], Hilal Ecesoy[15], Zafer Günendi[16], Murat Toprak[17], Nesrin Şen[18], Duygu Altıntaş[19] ,Ahmet Kıvanç Cengiz[20*,21],Gökhan Çağlayan[10], Ali Nail Demir[22],Hüseyin Kaplan[7*,23,] Sertaç Ketenci[24], Meltem Alkan Melikoğlu[19], Mehmet Nayimoğlu[25], Kemal Nas[26], Ayşe Banu Sarıfakıoğlu[25], İlhan Sezer[22]

[1]Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Antalya
[3]Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, İzmir*
[4]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[5]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın*
[6]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[7]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri*
[8]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tokat
[9]Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Sakarya
[10]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[11]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır
[12]Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[13]Ankara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[14]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[15]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[16]Gazi Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[17]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van
[18]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul
[19]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dal,ı Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[20]Sivas Numune Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon - Romatoloji Kliniği, Sivas*
[21]19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun
[22]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[23]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Aksaray
[24]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Giresun
[25]Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tekirdağ
[26]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tekrarlayıcı, kendi kendini sınırlayan, ateş ve ağrılı inflamasyon atakları ile karakterize yaygın bir otoinflamatuar hastalıktır. Bu çalışmada ülkemizdeki FMF vakalarının özelliklerini tanımlamayı ve genotipik özellikler, klinik bulgular, hastalık şiddeti arasındaki ilişkiyi analiz etmeyi amaçladık

Gereç ve yöntem: Aralık 2017- Kasım 2018 tarihleri arasında 979 erişkin FMF hastasının rutin poliklinik kontrollerinde elde edilen klinik verileri elektronik vaka rapor formlarına aktarılmıştır (https://www.trasd-network.org/project_detail.php?id=1).

Demografik veriler, aile öyküsü, şikayetler, tanı yaşı, tanı süresi, fertilite durumu, atakların özellikleri (sıklık, semptomlar, tetikleyici faktörler), kullanılan ilaçlar, ilaç direnci, bilinen amiloidoz varlığı, kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz tedavisi durumu, eşlik eden hastalıkları, rutin laboratuar bulguları ve hastanın global değerlendirmesi (PG-VAS) kaydedildi. Her hasta için Pras ve arkadaşları tarafından geliştirilen hastalık şiddeti skoru hesaplandı.

Analiz için gerekli veri girişi tam olan 974 hasta, hastalığın başlangıç yaşına göre iki gruba ayrıldı. FMF başlangıcı <20 yıl olanlar genç başlangıçlı; ≥ 20 yıl yetişkin başlangıçlı kabul edildi. Cinsiyet, genetik

özellikler, hastalık belirtileri ve şiddeti, kolşisin tedavisi, ilaç direnci, PG-VAS, laboratuvar parametreleri, amiloidoz ve eşlik eden bozukluklar iki grup arasında analiz edildi.
Toplam 617 hastanın MEFV gen analizi sonuçlarına ulaşıldı. Sonuçlara göre hastalar: 1-Homozigot (2 allelde aynı mutasyon); 2- Heterozigot (bir allelde mutasyon); 3- Bileşik Heterozigot (2 allelde farklı mutasyonlar) olarak üç gruba ayrıldı. Klinik bulgular gruplar arasında karşılaştırıldı.
Bulgular: Çalışmaya FMF'li toplam 979 hasta (643 kadın / 336 erkek) alındı. Yaş ortalaması 35.92 ± 11,96, semptom başlangıç yaşı 18,64 ± 11,17 idi. En sık semptomlar ateş (%83), karın ağrısı (%90) ve halsizlik (%90,4) idi. 172 (%17,6) hastada overlap kronik otoimmün hastalık eşlik etmekteydi ve en sık görülen hastalıklar spondiloartrit (%13,8) ve romatoid artrit (%1,7) idi.
MEFV gen analizlerine göre en sık görülen allel M694V idi ve 116 hastada (% 18.80) homozigot M694V / M694V mutasyonu rapor edildi.
150 olguda homozigot, 292 olguda heterozigot ve 175 olguda bileşik heterozigot mutasyon bulundu. Homozigot mutasyonu olan hastalarda daha şiddetli hastalık aktivitesi, daha genç başlangıç, daha fazla eklem tutulumu ve amiloidoz olduğu saptandı (p<0,05.)
Hastalık başlangıç yaşı <20 olan grupta (n=626) ise hastalık şiddeti, atak sıklığı ve kolşisin direncinin daha fazla olduğu doğrulandı (p<0,05).

Tablo1. Klinik bulgular

Yaş	**35,92±11,968**
Semptom başlangıç yaşı	18,64±11,17
<10 yaş	290 (%29,6)
10-19 yaş	336 (%34,3)
20-39 yaş	295 (%30,1)
≥40 yaş	53 (%5,4)
Tanı yaşı	28,14±13,28
Kadın/Erkek (%kadın)	643/336 (%65,7)
Ailede FMF öyküsü	544 (%55,6)
Appendektomi öyküsü	220 (%22,5)
Polinöropati	94 (%9,6)
Protrakte (uzamış) artrit	61 (%6,2)
Protrakte (uzamış) febril miyalji	42 (%4,3)
Tetikleyen faktörler	
Bilinmeyen	150 (%15,3)
Egzersiz	242 (%24,7)
Enfeksiyon	206 (%21,0)
Stres	622 (%63,5)
Menstruasyon	294 (%30)
Hastalık Şiddeti	
Hafif	444 (%45,6)
Orta	474 (%48,7)
Şiddetli	56 (%5,7)
Kolşisin direnci	131 (%13,4)
Amiloidoz	35 (%3,6)
KBY	18 (%1,8)
Diyaliz	6 (%0,6)
Renal transplant	3 (%0,3)

Sonuç: Bu çalışmada ülkemizdeki FMF hastaların klinik özellikleri analiz edilmiştir. Homozigot mutasyonu olanlarda daha şiddetli hastalık aktivitesi, daha sık eklem tutulumu ve amiloidoz olduğu bulunmuştur. Genç yaşta başlayan olgularda hastalığın daha ağır seyrettiği ve ilaç direncinin yüksek olduğu dikkat çekmiştir.

Anahtar Kelimeler: Amiloidoz, kolşisin, MEFV mutasyon

S-002 İstanbul Bel Ağrısı Skalasının Lomber Radikülopatili Hastalarda Geçerlilik ve Güvenirliği

Savaş Sencan[1], Didem Erdem[2], Hakan Gündüz[1], Serhad Bilim[1], Mehmet Tuncay Duruöz[2]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: İstanbul Bel Ağrısı Skalası (İBAS) mekanik bel ağrısına bağlı dizabiliteyi değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan, 18 günlük yaşam aktivitesi ile ilgili soru içeren bir skaladır (1). Çalışmamızın amacı, İstanbul Bel Ağrısı Skalasının lomber radikülopatili hastalarda geçerlilik ve güvenirliğinin araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Algoloji polikliniğinde takipli, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile lomber spinal stenoz ve/veya disk hernisine bağlı radikülopati tanısı konulmuş olan hastalar alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Hastaların bel ağrısını ve radikülopatiye bağlı bacak ağrısını Visüel Analog Skala (VAS) üzerinden değerlendirmeleri istenilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Kısa Form 36 (SF 36), bel ağrısına bağlı dizabiliteyi değerlendirmede Oswestry Bel Ağrısı Özürlülük Anketi kullanılmıştır.
Ölçeğin güvenirliği içsel tutarlılık analizi ile değerlendirilmiştir. İçsel tutarlılık Cronbach-alfa katsayısı ile belirlenmiştir. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmede yapısal geçerlilik (convergent ve divergent) analizi kullanılmıştır. Convergent geçerlilik analizi için İBAS ile Oswestry Bel Ağrısı Özürlülük Anketi, SF-36 ve VAS ağrı skorları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Divergent validity için İBAS'ın yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) ve semptom süresi ile korelasyonu değerlendirilmiştir.
Yapısal geçerlilik analizinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizde ortalama, ortanca, standart sapma, aralık ve yüzde dağılımlar değerlendirilmiştir. Tüm analitik değerlendirmelerde $p<0.05$ anlamlılık sınır değeri olarak alınmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi için SPSS (statistical package for social sciences for Windows 20.0) programı kullanılmıştır.
Bulgular: Çalışmaya katılan 82 lomber radikülopati tanılı hastanın (38 erkek, 44 kadın) yaş ortalaması 45.45 (SS: 11.96) ve ortalama VKİ 29.09 (SS: 5.04) olarak saptanmıştır. Median hastalık süresi 5 (min-max: 1-120) aydır. Bel ağrısı için ortalama VAS değeri 6.47 (SS: 2.01), radikülapatiye bağlı bacak ağrısı ortalama VAS değeri 8.45 (SS: 1.36)'dir. Hastaların ortalama İBAS skoru 30.73 (SS: 17.04), ortalama Oswestry Bel Ağrısı Özürlülük Anketi skoru 52.73 (SS: 16.98)'dir.
İstanbul Bel Ağrısı Skalasının güvenirlik analizinde Cronbach-alfa katsayısı 0.764 saptanmıştır. İBAS ile Oswestry Bel Ağrısı Özürlülük Anketi arasında istatistiksel olarak anlamlı orta korelasyon saptanmıştır (rho: 0.610, $p<0.005$). İBAS ile radikülopatiye bağlı bacak ağrısı VAS skoru arasında anlamlı ancak zayıf korelasyon saptanmışken (rho: 0.285, p: 0.010), bel ağrısı VAS skoru arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). İBAS ile SF-36 alt skorlarından fiziksel fonksiyon (rho: -0.672, $p<0.005$), fiziksel rol kısıtlılığı (rho: -0.230, p: 0.038), vücut ağrısı (rho: -0.546, $p<0.005$), genel sağlık (rho: -0.262, p: 0.017), sosyal fonksiyon (rho: -0.337, $p<0.005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. İBAS ile yaş, VKİ ve hastalık süresi ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: İstanbul Bel Ağrısı Skalası lomber radikülopatiliye bağlı dizabiliteyi değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ankettir. Bu bir ön çalışmadır ve daha geniş hasta popülasyonunda skalanın faktör analizi yapılmak üzere devam etmektedir.

Kaynak: Duruöz MT et al. Development and validation of a functional disability index for chronic low back pain. J Back Musculoskelet Rehabil. 2013; 26 (1): 45-54.

Anahtar Kelimeler: Dizabilite, istanbul bel ağrısı skalası, lomber radikülopati

S-003 El Osteoartrinin Klinik, Radyolojik ve Fonksiyonel Özellikleri: TRASD-Osteoartrit Çalışması

Mehmet Tuncay Duruöz[1], Didem Erdem[1], Tiraje Tuncer[2], Lale Altan[3], Figen Ayhan[4], Ajda Bal[5], Meral Bilgilisoy[6], Lale Cerrahoğlu[7], Erhan Çapkın[8], H Fatih Çay[9], Remzi Çevik[10], Berrin Durmaz[11], Deniz Dülgeroğlu[5], Gülcan Gürer[12], Savaş Gürsoy[13], Simin Hepgüler[11], Sami Hizmetli[14], Cahit Kaçar[2], Ece Kaptanoğlu[15], Taciser Kaya[16], Hilal Kocabaş[17], Meltem Melikoğlu[18], Kemal Nas[19], Hakan Nur[2], Şüheda Özçakır[3], Merih Sarıdoğan[20], Selda Sarıkaya[21], İlhan Sezer[2], Dilşad Sindel[22], Nilay Şahin[23], Özlem Şahin[24], Ömer Faruk Şendur[25], Gülnur Tasçi Bozbaş[25], Canan Tıkız[7], Hatice Uğurlu[26]

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[3]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diskapi Yildirim Beyazit Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[6]Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Antalya
[7]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa
[8]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[9]Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ve Romatoloji Kliniği, Antalya
[10]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır
[11]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir
[12]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[13]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep
[14]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[15] Başkent Üniversitesi İzmir Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim dalı, İzmir
[16]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir
[17]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilimdalı, Konya
[18]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilimdalı, Erzurum
[19]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sakarya
[20]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[21]Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Zonguldak
[22]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[23]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[24]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas
[25] Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[26]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Türk toplumunda el osteoartritinin (OA) radyolojik, klinik ve fonksiyonel özelliklerini ve bunların birbiri ile olan ilişkisini değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği'nin (TRASD) çok merkezli araştırmasında, el osteoartriti olan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Demografik ve klinik özellikler, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara içme durumu, parmak oranı (ikinci parmağın dördüncü parmağa oranı), kavrama gücü (Jamar dinamometre), el ağrısının süresi (ay), el ağrısının şiddeti (VAS) değerlendirilmiştir. El OA radyolojik evresi, Kellgren Lawrence evrelemesine göre yapılmıştır. El tutulumuna bağlı fonksiyonel dizabilite Duruöz El Skalası (DES) ile değerlendirilmiştir. Tüm parametreler için tanımlayıcı analiz yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi değişkenlerin dağılımını değerlendirmek amacıyla kullanılmış, tüm değişkenler normal dağıldığından parametrik testler kullanılmıştır. Radyolojik evrelemeye göre grupların yaş, fonksiyon, kavrama gücü, ağrı şiddeti ve süresini karşılaştırmada varyans analizi kullanılmıştır. DES ile klinik özellikler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. P<0.05 istatistiksel anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: 26 merkezden çalışmaya dâhil edilen toplam 520 hastanın (471 kadın, 49 erkek) ortalama yaşı 63.63 (SD: 9.75)'dür. Ortalama VKİ 29.47 (SD: 4.52), aktif sigara içme oranı %5,87'dir. Ortalama parmak oranı 1 (SD: 0.21) olup, dominant el %85,27 sağ eldir. Hastaların %53,4'ünde el deformitesi olup, bunlardan haberdan nodülleri %86,5, bouchard nodülleri %36,5 oranında mevcuttur. Ortalama kavrama gücü sağ ve sol el için sırasıyla 15.40 kg (SD: 12.31) ve 14.01 kg (SD: 10.88) olarak saptanmıştır, bu değerler normal popülasyona göre daha düşüktür (1). El için ortanca ağrı süresi 24 ay (min-max: 0-480 ay) ve ortalama VAS ağrı skoru 4.98 (SD: 2.39)'dir. Sabah tutukluğu hastaların %47,29'unda mevcut olup, ortanca tutukluk süresi 10 (min-maks: 0-90) dakikadır. Ortalama DES skoru 16.44 (SD: 14.85) olarak saptanmıştır.
Sağ ve sol ellerdeki OA'nın radyolojik evrelemesi sırasıyla, evre 0 (%3,62 ve %4,04); evre 1 (%16,81 ve %20,64); evre 2 (%35,96 ve %35,53); evre 3 (%27,02 ve %24,89) ve evre 4 (%16,60 ve %14,89) olarak belirlenmiştir.
Radyolojik el OA evreleri arasında yaş, DES skorları, kavrama gücü, VAS ağrı skorları ve ağrı süresi açısından anlamlı fark varken (p<0.05); sabah tutukluğunun süresi, parmak oranı ve VKİ açısından fark saptanmamıştır (p>0.05).
DES ile sol el kavrama gücü (rho: -0.150, p:0.008), sabah tutukluğunun süresi (rho: 0.142, p: 0.012), ağrı VAS skoru (rho: 0.349, p<0.0001) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. DES ile ağrı süresi, VKİ ve sağ el kavrama gücü arasında anlamlı korelasyon bulunmamıştır (p>0.05).

Sonuç: El osteoartriti olan hastalarda ağrı, el dizabilitesi ve zayıf kavrama gücü saptanmış; fonksiyonel etkilenme düzeyi ile ağrı şiddeti arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur. Radyolojik el OA evreleri arasında ağrı şiddeti, ağrı süresi, kavrama gücü ve dizabilite açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: El osteoartriti, ağrı, fonksiyonel durum, radyolojik bulgular, el deformiteleri

S-004 Osteoporotik Spinal Deformitesi Olan Hastalarda Egzersiz Programının Solunum Fonksiyonlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Sebahat Aydil[1], **Nurdan Paker**[2], **Asuman Hafızoğlu**[2]

[1]*Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*
[2]*İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Amaç: Osteoporoza bağlı vertebral kırıklar kronik ağrıya ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan spinal deformiteler ile sonuçlanmaktadır. Spinal deformiteler sadece muskuloskeletal sistemi değil, aynı zamanda solunum sistemini de etkilemektedir. Bu çalışmada osteoporoza bağlı spinal deformitesi olan hastalarda egzersiz programının solunum fonksiyon testlerine ve yaşam kalitesine olan etkisi araştırıldı.

Gereç-Yöntem: Kronik akciğer hastalığı olmayan, sigara kullanmayan ve en az bir vertebral kırığı ve spinal deformitesi olan 27 osteoporotik hasta çalışmaya alındı. Hastalar solunum fonksiyon testleri (SFT) sonuçlarına göre SFT restriktif (n:10) ve SFT normal (n:17) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Tüm hastalar ısınma, solunum egzersizleri, germe, sırt ekstansör ve abdominal kasları güçlendirme ve aerobik egzersizlerinden oluşan ev egzersiz programına alındı. Hastaların başlangıçta ve 3 aylık ev egzersiz programı sonunda SFT ve SGRQ solunum sistemi anketi, SF-36, Qualeffo-41 sorgulama formları ile yaşam kaliteleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 68 ±6 yıl idi. Gruplar arasında yaş, boy, kilo, kulaç mesafesi, menopoz yaşı, menopoz süresine göre anlamlı fark bulunmadı. Kırık sayısı ve kifoz açısına göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Tüm hastalarda kifoz açısı ile lomber ve femur kemik mineral yoğunluğu (KMY), T skorları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. SFT restriktif grupta L2-4 KMY ve femur boyun KMY ile vital kapasite (VC) ve birinci saniye zorlu ekspirasyon volümü (FEV1) arasında pozitif korelasyon saptandı. KMY değerleri yüksek olan hastalarda VC ve FEV1 parametrelerinin daha az etkilendiği saptandı. SFT restriktif grupta göğüs ekspansiyonu, VC, zorlu vital kapasite (FVC), FEV1 ve maksimal midekspiratuar akım hızı (MMF) diğer gruptaki hastalardan anlamlı olarak düşük saptandı ($p<0,05$). Kırık sayısı ile VC arasında negatif korelasyon saptandı. Her iki grupta da kifoz açısı ile VC, FVC ve FEV1 parametreleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. 3 aylık ev egzersiz programı sonunda SFT restriktif olan grupta VC, FVC, tepe akım hızı (PEF) ve zorlu ekspirasyon akım hızında (FEF25) anlamlı artış saptandı. SFT normal olan grupta ise VC, PEF ve FEF25 değerlerindeki artış anlamlı bulundu, FEV1 ve FVC'de görülen değişim ise anlamlı değildi. Tedavi öncesinde gruplar arasında solunum semptom düzeylerine göre anlamlı fark bulunmazken, ev egzersiz programı sonrasında her iki grupta da solunum semptom düzeylerinde ve aktiviteye bağlı nefes darlığı yakınmalarında anlamlı azalma bulundu. Her iki grupta da ev egzersiz programı ile SF-36 ve Qualeffo-41 skorlarında anlamlı düzelme saptandı.

Sonuç: Osteoporoza bağlı vertebra kırıkları günlük yaşam aktivitelerinde ileri derecede fonksiyonel kısıtlanmaya neden olacak vertebral deformiteler ile sonuçlanmakta ve solunum fonksiyonları etkilenebilmektedir. İleri yaşta kardiyovaskuler ve solunum sistemine ait diğer problemlerin sıklığı göz önüne alındığında, solunum fonksiyonlarındaki bozulma osteoporotik vertebra kırıkları olan hastalarda daha çok önem kazanmaktadır. Bu nedenle erken tanı ve rehabilitasyon ile deformitelere bağlı solunum problemleri düzeltilebilir, hastaların yaşam kalitelerindeki bozulma azaltılabilir. Solunum egzersizleri osteoporozlu hastalarda rehabilitasyon programının önemli bir parçası olmalı ve inspiratuar kas gücünü arttırmaya yönelik egzersizler önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, solunum fonksiyonları, yaşam kalitesi

S-005 Farelerde Oluşturulan Romatoid Artrit, Leptin Reseptör Antikoru (Obr-Ab) Kullanılarak Tedavi Edilebilir mi?

Mustafa Edremitlioğlu[1], Coşkun Zateri[2], Pınar Yüksel[3], Hakan Türkön[4], Nihal Kılınç[5], Ufuk Demir[3], Tuğçe Nur Yılman[6]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[3]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji, Çanakkale
[4]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Çanakkale
[5]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Pataloji Anabilim Dalı, Çanakkale
[6]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çanakkale

Amaç: Romatoid artrit sistemik, otoimmun bir hastalıktır. Adipositlerden salgılanan leptin proinflamatuar sitokinlere benzer etkilere sahip olup, artışı artrit şiddetiyle ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte leptin etkisinin ortadan kaldırılmasının hastalığa etkisi bilinmemektedir. Çalışmamızda, leptin reseptörlerinin bloke edilmesinin tedavi edici bir etki oluşturup oluşturmayacağı ve leptinin etki edememesi durumunda hastalığın gelişiminin nasıl etkileneceği araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışmada 7-8 haftalık Balb-c fareler kullanılmıştır. Kontrol grubu (K), artrit grubu (A), erken dönemde leptin reseptör antikoru verilen artrit grubu (LE) ve geç dönemde leptin reseptör antikoru verilen artrit grubu (LG) olmak üzere 4 grup oluşturulmuştur. Artrit oluşturmak için kollajen antikoru ile uyarılan artrit yöntemi kullanılmıştır. Bir gruba (LE) artritin tetiklendiği günden, bir gruba (LG) ise artrit belirtilerinin gözlendiği günden başlayarak çalışma sonuna kadar her gün 4 µg/kg dozda leptin reseptör antikoru (Obr-Ab) uygulanmıştır. Diğer gruplara (K ve A) ise günlük olarak aynı hacimde plasebo uygulanmıştır. Artritin şiddeti, görsel ve histopatolojik olarak gruplara uygulanan tedavilere kör olan ve alanlarında deneyimli kişiler tarafından değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda plazma leptin, IL- 1β, IL- 6, IL- 17a, TNF- α düzeyleri ölçülmüştür. İstatistiksel değerlendirmede Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U-testi kullanılmıştır. Bu çalışma 2014/01-07 sayılı etik kurul onayıyla yürütülmüş ve TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir (proje no: 114s114).

Bulgular: Obr-Ab ile leptin reseptörlerinin bloklanması görsel skorlama ile histopatolojik skorlamada istatistiksel olarak anlamlı bir değişim meydana getirmemiştir. Plazma leptin, TNF-α, IL-1β, IL-6 ve IL-17a düzeylerinde anlamlı değişim oluşturmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte klinik skorlamada dikkat çekici bir düzelme gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışma verilerine göre leptin reseptörlerinin bloklanması, artrit gelişimini engellememiştir. Bununla birlikte artrit şiddetinde azalma sağlayabileceğine ilişkin veriler elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Artrit, balb-c, kollajen tip-II antikoru ile uyarılan artrit (CAIA), leptin, leptin reseptör antikoru

S-006 Aktif ve Remisyondaki Romatoid Artrit Hastalarında Oküler Hemodinamik Değişikliklerin Değerlendirilmesi

Özlem Ünal[1], Mehmet Erol Can[2], Ayşenur Özcan[1], Meltem Ece Özcan[3], Şükran Erten[4], Nurullah Çağıl[5]

[1]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara
[2]Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Bursa
[3]Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Ankara
[4]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[5]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) hastalarında orbital kan akış hızlarının hastalığın aktif ve remisyon dönemlerinde nasıl etkilendiğini göstermek.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya takipli 56 RA hastası (çalışma grubu) ile herhangi bir hastalığı bulunmayan 24 sağlıklı birey (kontrol) dahil edildi.Tüm RA hastaları, hastalık aktivite indeksi (DAS 28) skoruna göre aktif (Grup 1) ve remisyon (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Her bir göz için, retrobulbar vasküler yapılardan; santral retinal arter (CRA), posterior siliyer arter (PCA) ve oftalmik arter (OA) doppler ultrasonografi ile değerlendirildi. Her arter için pik sistolik hız (PSV) ve diyastol sonu hız (EDV) değerleri elde edildi ve vasküler direnç indeksi (RI) ölçümü hesaplandı.

Bulgular: Grup 1 de 22 kadın, 3 erkek toplam 25, grup 2'de 25 kadın 6 erkek toplam 31 hasta yer almakta idi. Kontrol grubunda ise 22 kadın, 2 erkek bulunmaktaydı. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet olarak olarak istatiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktaydı (p>0.05)(Tablo-1). Kontrol grubunda ortalama RI değerleri oftalmik arterde 0.69±0.05, posterior siliyer arterde 0.69±0.06 ve santral retinal arterde 0.66±0,07 tespit edildi. Grup 1 de ise ortalama RI değerleri oftalmik arterde 0.74±0.08, posterior siliyer arterde 0.75±0.06
ve santral retinal arterde 0.71±0.05 tespit edildi. Ortalama RI değerleri grup 1 ile kontrol grubu arasında istatiksel olarak anlamlı tespit edildi (p<0.05). Ortalama EDV değerleri posterior siliyer arter ve santral retinal arterlerde kontrol grubu ile grup 1 arasında istatiksel olarak anlamlı tespit edildi (p<0.05). Tüm gruplar arasındaki orbital kan akış hızlarının karşılaştırılması Tablo-2 de özetlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamız aktif ve remisyondaki RA hastalarında hastalığın aktivitesine bağlı olarak göz damarlarının akış hızlarında farklılıklar meydana gelebildiğini göstermiştir. RA hastalarında göz tutulumun hastalık aktivitesi ile değişebileceğinden ve de gözdeki küçük çaplı arterlerdeki değişimlerin öncelikle etkilenmesinden dolayı düzenli göz takipleri yapılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, aktif, remisyon, das-28, oküler hemodinami

Tablo-1 Gruplardaki Hastalara ait demografik veriler

	Çalışma grubu n=56	Kontrol grubu n=24	p¹	Remisyon	Aktif	p¹
Yaş±SD	49.78±9.91	47.25±5.16	0.222	49.87±9.61	49.67±10.15	0.210
Cinsiyet						
Kadın	45 (80.3 %)	22 (91.6 %)	0.746²	25 (80.6 %)	22 (88%)	0.462²
Erkek	11 (19.7%)	2 (8.3 %)	0.746	6 (19.4 %)	3 (12%)	0.462
Hastalık yılı±SD	7.59±7.80	-	-	8.82±8.77	6.04±6.09	0.062
DAS-28±SD	3.05±1.13	-	-	2.12±0.37	4.17±0.63	< 0.001

¹Bağımsız örnekler t testi; ² Ki kare testi; SD: Standart deviasyon; DAS-28:Disease activity score-28

Tablo-2 Gruplar arasındaki ortalama oküler hemodinamik veriler

		Grup 2	Grup 1	p[1]	p[1]	p[1]
	Kontrol grubu[2]	Remisyon RA[2]	Aktif RA[2]	Kontrol&Remisyon	Kontrol&Aktif	Remisyon&Aktif
Oftalmik Arter						
RI	0.69±0.05	0.72±0.07	0.74±0.08	0.276	0.039	0.407
PSV (cm/sec)	31.27±9.17	28.64±5.61	30.44±5.73	0.210	0.862	0.314
EDV (cm/sec)	7.67±3.06	7.89±2.69	7.95±3.47	0.951	0.927	0.994
Posterior siliyor arter						
RI	0.69±0.06	0.72±0.06	0.75±0.06	0.068	0.002	0.234
PSV (cm/sec)	18.35±2.99	16.06±3.59	17.10±3.56	0.02	0.326	0.267
EDV (cm/sec)	5.60±1.77	4.27±1.14	4.21±1.19	<0.001	<0.001	0.966
Santral retinal arter						
RI	0.66±0,07	0.70±0.05	0.71±0.05	0.044	0.001	0.250
PSV (cm/sec)	11.37±2.15	11.81±1.85	11.90±2,12	0.640	0.550	0.972
EDV (cm/sec)	3.74±0.95	3.32±0.69	3.11±0.74	0.066	0.004	0.321

[1] ANOVA testi; RA: Romatoid artrit; [2] Ortalama değer; RI:Vasküler direnç indeksi; PSV: Pik sistolik hız; EDV:Diyastol sonu hız

S-007 A Large Multicenter Study Analysis of Risk Factors Related to Physiological Distress Among Patients with Psoriatic Arthritis: Data from TLAR-Network

Gamze Kılıç[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], İbrahim Tekeoğlu[2], Betül Sargın[4,5], Sevtap Acer Kasman[6], Hakan Alkan[7], Nilay Şahin[8], Gizem Cengiz[9,10], Nihan Cüzdan[11], İlknur Albayrak Gezer[12], Dilek Keskin[13], Cevriye Mülkoğlu[14], Hatice Reşorlu[15], Şebnem Ataman[16], Ajda Bal[17], Mehmet Tuncay Duruöz[6], Okan Kücükakkaş[18], Ozan Volkan Yurdakul[18], Meltem Alkan Melikoğlu[19], Yıldıray Aydın[2], Fikriye Figen Ayhan[14,20], Hatice Bodur[21], Mustafa Çalış[9], Erhan Çapkın[22], Gül Devrimsel[23], Kevser Gök[24] Sami Hizmetli[25], Ayhan Kamanlı[2], Yaşar Keskin[18], Hilal Kocabaş[26] Öznur Kutluk[27], Nesrin Şen[28], Ömer Faruk Şendur[29], SenaTolu[18-30], Murat Toprak[31],Tiraje Tuncer[27]

[1] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Afyonkarahisar University of Health Sciences School of Medicine, Afyonkarahisar, Turkey
[2] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology and Immunology, Sakarya University School of Medicine, Sakarya, Turkey
[3]Afyonkarahisar State Hospital, Rheumatology Clinic, Afyonkarahisar, Turkey
[4] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Adnan Menderes University School of Medicine, Aydın, Turkey
[5]Aydın State Hospital, Rheumatology Clinic, Aydın, Turkey
[6] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Marmara University School of Medicine, İstanbul, Turkey
[7] Department.of Physical Medicine and Rehabilitation, Pamukkale University School of Medicine, Denizli, Turkey
[8] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Balıkesir University School of Medicine, Balıkesir, Turkey
[9] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Erciyes University School of Medicine, Kayseri, Turkey
[10] University of Health Sciences, Van Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Van, Turkey
[11] Şanlıurfa Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Şanlıurfa, Turkey
[12] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Selçuk University School of Medicine, Konya, Turkey
[13] Department.of Physical Medicine and Rehabilitation, Kırıkkale University School of Medicine, Kırıkkale, Turkey
[14] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Health Sciences of University, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey
[15] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Çanakkale Onsekiz Mart University School of Medicine, Çanakkale, Turkey
[16] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Ankara University School of Medicine, Ankara, Turkey
[17] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Turkey
[18] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Bezmiâlem Foundation University, İstanbul, Turkey
[19] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Atatürk University School of Medicine, Erzurum, Turkey
[20] Department of Physical Therapy and Rehabilitation, Uşak University, High School of Health Sciences, Uşak, Turkey
[21] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Yıldırım Beyazıt University School of Medicine, Ankara, Turkey
[22] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Karadeniz Technical University School of Medicine, Trabzon, Turkey
[23] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Recep Tayyip Erdoğan University School of Medicine, Rize, Turkey
[24] Numune Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Ankara, Turkey
[25] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Cumhuriyet University School of Medicine, Sivas, Turkey
[26]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Necmettin Erbakan University Meram School of Medicine, Konya, Turkey

[27] *Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Akdeniz University School of Medicine, Antalya, Turkey*
[28] *Department of Rheumatology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey*
[29] *Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Adnan Menderes University School of Medicine, Aydın, Turkey*
[30] *Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Medipol University School Of Medicine, İstanbul,Turkey*
[31] *Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Yüzüncü Yıl University School of Medicine, Van, Turkey*

Objective: Psoriatic arthritis (PsA), part of the concept of spondyloarthritis (SpA), is a chronic inflammatory disease with various clinical manifestations. PsA can lead to significant mental burden affecting several aspects of life in majority of patients throughout the course of disease. In several rheumatic disease, mental health problems, such as depression and anxiety may lead to poor treatment adherence, functional disability as well as difficulty in coping with disease burden. However, factors influencing mental health problems are poorly understood in patients with PsA.The aim of this study was to determine the risk factors associated with clinically significant depression and anxiety in patients with PsA.

Materials-Methods: The data from 1128 patients with PsA who met CASPAR classification criteria enrolled by Turkish League Against Rheumatism (TLAR)-Network derived from 25 investigating centers. All of the patients underwent clinical ra¬diological and also laboratory assessment by using standardized protocol and case report forms. The associations between psychological variables and clinical parameters were assessed by univariate and a multivariate analysis.

Results: Of the 1128 patients with PsA (%36 male, %64 female), 574 (%50.9) had high risk for depression (HADS-D score >=7) and 270 (%23.9) for anxiety (HADS-A score>=10). The mean age was 46.9 ±12.2 years old. According to univariate analysis, the highest odds ratio (OR) associated with both depression and anxiety were SF36-mental component score (MCS)<50. (OR 6.9, 95%CI:5.3–9; OR 9, 95%CI:6.5–12.6, respectively. The lowest OR associated with depression belong to PASI total score (OR 1.1, 95%CI:1–1.1), while the lowest OR associated with anxiety belong to BASMI (OR 1.2, 95%CI:1.1–1.3). Multivariate logistic regression revealed that BASFI (OR 1.8995%CI:1.25–2.86, BASDAI (OR 1.6395%CI: 1.15–2.33), BASRI (OR 1.0995%CI: 1.02–1.16), SF36 MCSS<50 (OR 4.74, 95%CI: 3.34–6.750) and unemployment (OR 1.4095%CI: 1.01–1.94) were factors that influence the risk of depression whereas the BASDAI (OR 1.5695%CI: 1.01–2.41), SF36 MCS<50 (OR 6.0295%CI: 3.96–9.16), BASMI (OR 1.1995%CI: 1.08–1.32) and FIRST>=5 (OR 2.9895%CI: 1.99–4.46) were factors that influence the risk of anxiety.

Conclusion: This large nationwide database indicated that higher disease activity, functional disability, fibromyalgia (FMS), poor health related quality of life as well as structural damage were estimated as the important risk factors for mental disorders in PsA.

Keywords: Anxiety, depression, mental status, psoriatic arthritis

S-008 Psoriatik Artritte Hastalık Aktivite Düzeylerinin Yorgunlukla İlişkisinin Farklı Ölçeklerle Karşılaştırılması

Mehmet Tuncay Duruöz[1], Halise Hande Gezer[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], Betül Sargın[4, 5], Sevtap Acer Kasman[1], Hakan Alkan[6], Nilay Şahin[7], Gizem Cengiz[8, 9], Nihan Cüzdan[10], İlknur Albayrak Gezer[11], Dilek Keskin[12], Cevriye Mülkoğlu[13], Hatice Reşorlu[14], Şebnem Ataman[15], Ajda Bal[16], Okan Küçükakkaş[17], Ozan Volkan Yurdakul[17], Meltem Alkan Melikoğlu[18], Yıldıray Aydın[2], Fikriye Figen Ayhan[13, 19], Hatice Bodur[20], Mustafa Çalış[8], Erhan Çapkın[21], Gül Devrimsel[22], Kevser Gök[23], Sami Hizmetli[24], Ayhan Kamanlı[2], Yaşar Keskin[17], Hilal Kocabaş[25] Öznur Kutluk[26], Nesrin Şen[27], Ömer Faruk Şendur[28], İbrahim Tekeoğlu[2], SenaTolu[17, 29], Murat Toprak[30], Tiraje Tuncer[26]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,, İstanbul
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[5]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[6]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli
[7]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[8]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri
[9]SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[10]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[11]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya
[12]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[13]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[14]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[15]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[16] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Ankara
[17]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[18]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[19]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[20]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[24]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[25]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[26]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[27]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[28]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[29]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[30]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Psoriatik artrit (PsA)'li hastalarda yorgunluk önemli bir problemdir ve değerlendirilmesi önerilen çekirdek set içerisinde yer alır. Hastalık aktivite değerlendirmesinde yorgunluğa ait parametre yoktur ancak hastalık aktivitesinde önemlidir ve hastalarda değerlendirilmesi önerilir. Bu çalışmada hastalık aktivitesine göre yorgunluğun farklı hastalık aktivite ölçekleri ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: TRASD-Network çok merkezli ulusal psoriatik artrit çalışmasından CASPAR kriterlerini karşılayan PsA tanılı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri ve klinik parametreleri kaydedilmiştir. Maastricht Ankilozan Spondilit Entezopati Skoru (MASES) ile entezit, Psoriazis Alan ve Ciddiyet Indeksi (PASI) ile psoriazis, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile anksiyete ve depresyon ve Fibromiyalji Hızlı Tarama Testi (FIRST) ile fibromiyalji değerlendirilmiştir. Yorgunluk VAS (0-10) ile değerlendirilmiş olup; 0 - <2 yorgunluk yok veya hafif yorgunluk; >=2 - <5 orta derecede yorgunluk; >=5-10 ciddi yorgunluk olarak sınıflandırılmıştır. Hastalık aktivitesi için DAS28, DAPSA, cDAPSA, BASDAI, MDA (Minimal Hastalık Aktivitesi) ve VLDA (Çok Düşük Hastalık Aktivitesi) değerlendirilmiştir. DAS28'de <=2.6 puan, DAPSA ve cDAPSA'da <=4 puan remisyon olarak kaydedilmiştir. MDA için hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, VASağrı, VAShasta global, PASI, entezit sayısı ve Sağlık Değerlendirme Anketi'nden (HAQ) oluşan 7 kriterden 5 ve üzerinde sağlaması durumunda MDA, 7'sinin de sağlaması durumunda VLDA olarak sınıflandırılmıştır. Farklı hastalık aktivite ölçeklerine göre yorgunluk değerlendirmesi ve hastalık parametreleri ile ilişkisi incelenmiştir. Değişkenler arasındaki koreleasyonu değerlendirmede Sperman koreleasyonu kullanılmıştır. Grupların kendi içinde karşılaşmaları için Kruskal-Wallis test ve Mann-Whitnet U test kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney-U test ile yapılmıştır. P<0.05 istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS22.00 paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya CASPAR kriterlerini karşılayan PsA'lı1134 hasta dahil edildi. Hastaların 726 (%64)'sı kadın, 408 (%36)'i erkek olup ortalama yaşı 46.9 (SD:12.1)'dur. Hastaların median hastalık süreleri 4 yıl (min:0, maks:44) ve ortalama yorgunluk skorları 4.9 (SD:2.8) dur. Hastaların %14.8'inde yorgunluk yok veya hafif, %24.9'unda orta ve %60'ında ciddi düzeyde yorgunluk vardı. 1060 hastada DAS28, 864 hastada DAPSA, 1082 hastada cDAPSA, 881 hastada MDA ve VLDA hesaplanmıştır. Hastaların farklı kriterlere göre remisyon oranları: 276 (%24.3) hasta DAS28 remisyon, 29 (%2.6) hasta DAPSA remisyon, 122 (%10.8) hasta cDAPSA remisyon, 154 (%13.6) hasta MDA ve 24 (%2.3) hasta VLDA. DAPSA remisyon, cDAPSA remisyon, DAS28 remisyon, MDA ve VLDA sahip hastalarda, yorgunluk skorları daha azdı (p<0.05). Hastalar DAPSA ve DAS28'e göre hastalık aktivite kategorilerine ayrıldığında remisyon, düşük, orta ve yüksek hastalık aktivitelerinde yorgunluk skorları anlamlı farklıydı, hastalık aktivitesi arttıkça yorgunluk skorları artmıştı (p<0.05) (Tablo-1).
Hastalar yorgunluk yok veya hafif, orta ve ciddi yorgunluk olarak ayrıldığında gruplar arasında DAS28, DAPSA, cDAPSA ve BASDAI skorları anlamlı farklıydı en büyük fark ciddi yorgunluk grubundaydı (p<0.05) (Tablo-2).
Hastalarda VASyorgunluk >= 2 değerleri, klinik olarak anlamlı yorgunluk olarak kaydedildi. Bu durumda, DAS28'e göre remisyonda olup yorgunluğu olan hastalarda, remisyonda olup da yorgunluğu olmayan hastalara göre, FIRST, anksiyete ve depresyon skorları daha yüksekti (p<0.05).

Tablo-1: DAPSA ve DAS28 hastalık aktivitesine göre Yorgunluk Değerlendirmesi

	DAPSA			**DAS28**		
	Hasta sayısı	Yorgunluk VAS Mean Rank	*p*	Hasta sayısı	Yorgunluk VAS Mean Rank	*p*
Remisyon	29	161.12	<0.05	276	378.79	<0.05
Düşük Hastalık Aktivitesi	256	304.76		210	485.06	
Orta Hastalık Aktivitesi	365	455.73		476	584.70	
YüksekHastalık Aktivitesi	214	582.46		94	780.53	

*Kruskal-Wallis analizi

Tablo-2: Yorgunluk şiddetine göre hastalık aktivite karşılaştırması

	DAPSA AKTİVİTE					**DAS28 AKTİVİTE**				
Yorgunluk	Remisyon	Düşük Aktivite	Orta Aktivite	Yüksek Aktivite	*P*	Remisyon	Düşük Aktivite	Orta Aktivite	Yüksek Aktivite	*p*
Yok veya Hafif n	16	50	29	10	<0.05	47	27	45	2	<0.05
Orta n	7	99	83	22		117	57	87	5	
Ciddi n	6	107	253	182		112	126	344	87	

*Ki-kare test

Sonuç: Yorgunluk PsA'de sıktır ve hastaların çoğunda ciddi yorgunluk vardır. Yorgunluk hastalık aktivitesi ile ilişkilidir ve hastalık kontrol altına alındığında azalır. DAS28 remisyon, DAPSA remisyon, MDA ve VLDA olan hastalarda yorgunluk daha azdır. Remisyonda olup yorgunluğu olan hastalarda depresyon, anksiyete ve fibromiyalji daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, hastalık aktivitesi, yorgunluk

S-009 Psoriatik Artritte Otonomik Disfonksiyon ve Kardiyovasküler Hastalıkla İlişkisi

Halise Hande Gezer, Didem Erdem, Mehmet Tuncay Duruöz

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

Giriş: Kardiyovasküler hastalık (KVH), diyabetes mellitus, metabolik sendrom ve subklinik ateroskleroz sıklığı psoriatik artrit (PsA) hastalarında artmıştır. Otonom sinir sistemi, sempatik ve parasempatik olmak üzere iki bölümden oluşan birçok faaliyeti nöromediyatörler ile kontrol eden vücudun visseral sinir sistemidir. PsA'li hastalarda parasempatik ağırlıklı otonomik disfonksiyon varlığı ve bunun mortalite ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada psoriatik artritli hastalarda otonomik disfonksiyon semptomları ve bunların kardiyovasküler hastalık ve diğer hastalık parametreleri ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Klinik özellikler olarak hastalık süresi, komorbid hastalıklar, eklem tutulum tipi ve kullandığı ilaçlar kaydedilmiştir. Kardiyovasküler hastalık değerlendirmesinde vücut kitle indeksi, abdominal obezite, hipertansiyon (HT), diyabet (DM), hiperlipidemi (HL), metabolik sendrom, açlık kan glukoz düzeyi, kan lipit düzeyleri, sistolik ve diyastolik kan basınçları (SKB-DKB) değerlendirilmiştir. Hastalık aktivite değerlendirmesi için Psoriatik Artrit Aktivite İndeksi (DAPSA) ve Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), entezit için Leeds Entezit Ölçeği, psoriazis için Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI), yaşam kalitesi için Psoriatik Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (PsAQoL), fonksiyon için Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) kullanılmıştır. Otonomik disfonksiyon semptomları için 31 sorudan oluşan ortostotik, vazomotor, sekretomotor, gastrointestinal (GİS), mesane ve pupilomotor olmak üzere 6 alt bölümden oluşan COMPASS-31 (Kompozit Otonomik Semptom Skor) (skor:0-100) kullanılmıştır. Tüm parametreler için tanımlayıcı analiz yapılmıştır. İstatistiksel analizde Mann-Whitney U-test, Student-t test ve Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 64 PsA tanılı hastanın (43 kadın, 21 erkek) yaş ortalaması 49 (SD:12.3), ortalama hastalık süresi 59 (SD:71.3) ay saptanmıştır. Hastaların %23.4'ünde HT, %17.2'inde DM, %62.5'sinde abdominal obezite, %45.3'ünde metabolik sendrom ve %42.2'sinde dislipidemi vardır. Hastaların %10.9'u remisyonda, %51.6'sı düşük hastalık aktivitesi, %35.9'u orta hastalık aktivitesi ve %1.6'sı yüksek hastalık aktivitesine sahiptir. Ortalama COMPASS-31 skoru 19.7 (SD:8.3) saptanmıştır. Bu değer normal popülasyona göre daha yüksektir. Abdominal obezitesi ve metabolik sendromu olanlarda mesane skorları anlamlı yüksek çıkmıştır($p<0.05$). Enteziti olanlarda GİS ve pupilomotor skorlar anlamlı yüksek çıkmıştır($p<0.05$). LDL düzeyi ile GİS ($r=0.298$) ve mesane ($r=0.392$), entezit sayısı ile GİS ($r=0.303$) ve pupilomotor ($r=0.365$), DAPSA ile total COMPASS ($r=0.310$) ve sekretomotor ($r=0.359$), BASDAI ile total COMPASS ($r=0.483$), GİS ($r=0.327$), sekretomotor ($r=0.309$) ve pupilomotor ($r=0.302$), yorgunluk ile total COMPASS-31 ($r=0.503$), GİS ($r=0.377$) ve pupilomotor ($r=0.302$), HAQ ile total COMPASS-31 ($r=0.476$), ortostotik ($r=0.388$) ve mesane ($r=0.371$), PsAQoL ile total COMPASS-31 ($r=0.601$), ortostotik ($r=0.549$), sekretomotor ($r=0.414$) ve pupilomotor skorlar ($r=0.380$) anlamlı korele bulunmuştur. Yaş, hastalık süresi, PASI, CRP, kan basınçları ile koreleasyon saptanmamıştır.

Sonuç: PsA'de kardiyovasküler hastalıklar ve otonomik disfonksiyon semptomları artmıştır. Metabolik sendromu ve abdominal obezitesi olanlarda mesane semptomları, enteziti olanlarda GİS ve pupilomotor semptomlar daha sıktır. Hastalık aktivitesi, fonksiyonel bozukluk, yorgunluk, LDL düzeyi ve yaşam kalitesi otonomik disfonksiyon semptomları ile ilişkilidir. Hastalık aktivite şiddeti azaldıkça otonomik semptomlar da azalmaktadır.

Kaynaklar:
1. Sletten, D.M., et al., COMPASS 31: a refined and abbreviated Composite Autonomic Symptom Score. Mayo Clinic Proceedings, 2012. 87(12): p. 1196-1201.
2. Syngle, A., et al., Autonomic dysfunction in psoriatic arthritis. Clin Rheumatol, 2013. 32(7): p. 1059-64.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, otonomik disfonksiyon, kardiyovasküler hastalık

S-010 Geographic Regional Difference in Disease Burden Among Patients with Psoriatic Arthritis in Turkey: Surprising Findings

Erkan Kılıç[1], Gamze Kılıç[2], Kemal Nas[3], Betül Sargın[4,5], Sevtap Acer Kasman[6], Hakan Alkan[7], Nilay Şahin[8], Gizem Cengiz[9,10], Nihan Cüzdan[11], İlknur Albayrak Gezer[12], Dilek Keskin[13], Cevriye Mülkoğlu[14], Hatice Reşorlu[15], İsmihan Sunar[16], Ajda Bal[17], Mehmet Tuncay Duruöz[6], Okan Küçükakkaş[18], Ozan Volkan Yurdakul[18], Meltem Alkan Melikoğlu[19], Yıldıray Aydın[3], Fikriye Figen Ayhan[14,20], Hatice Bodur[21], Mustafa Çalış[9], Erhan Çapkın[22], Gül Devrimsel[23], Kevser Gök[24], Sami Hizmetli[25], Ayhan Kamanlı[3], Yaşar Keskin[18], Hilal kocabaş[26],Öznur Kutluk[27], Nesrin Şen[28], Ömer Faruk Şendur[29], İbrahim Tekeoğlu[3], SenaTolu[18,30], Murat Toprak[3l],Tiraje Tuncer[27]

[1]Afyonkarahisar State Hospital, Rheumatology Clinic, Afyonkarahisar, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Afyonkarahisar University of Health Science School of Medicine, Afyonkarahisar, Turkey
[3]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology and Immunology, Sakarya University School of Medicine, Sakarya, Turkey
[4]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Adnan Menderes University School of Medicine, Aydın, Turkey
[5]Aydın State Hospital, Rheumatology Clinic, Aydın, Turkey
[6] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Marmara University School of Medicine, İstanbul, Turkey
[7] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Pamukkale University School of Medicine, Denizli, Turkey
[8] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Balıkesir University School of Medicine, Balıkesir, Turkey
[9]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Erciyes University School of Medicine, Kayseri, Turkey
[10]University of Health Sciences, Van Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Van, Turkey
[11] Şanlıurfa Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Şanlıurfa, Turkey
[12] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Selçuk University School of Medicine, Konya, Turkey
[13] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kırıkkale University School of Medicine, Kırıkkale, Turkey
[14] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ankara Training and Research Hospital, Ankara, Turkey
[15] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Çanakkale Onsekiz Mart University School of Medicine, Çanakkale, Turkey
[16] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Ankara University School of Medicine, Ankara, Turkey
[17] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Turkey
[18] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Bezmiâlem Foundation University, İstanbul, Turkey
[19] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Atatürk University School of Medicine, Erzurum, Turkey
[20] Department of Physical Theraphy and Rehabilitation, Uşak University, High School of Health Sciences, Uşak, Turkey
[21] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Yıldırım Beyazıt University School of Medicine, Ankara, Turkey
[22] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Karadeniz Technical University School of Medicine, Trabzon, Turkey
[23] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Recep Tayyip Erdoğan University School of Medicine, Rize, Turkey
[24]Numune Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic, Ankara, Turkey
[25]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Cumhuriyet University School of Medicine, Sivas, Turkey
[26]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Necmettin Erbakan University Meram School of Medicine, Konya, Turkey

[27]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Akdeniz University School of Medicine, Antalya, Turkey
[28]Department of Rheumatology, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey
[29]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Adnan Menderes University School of Medicine, Aydın, Turkey
[30]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Medipol University School of Medicine, İstanbul, Turkey
[31] Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Yüzüncü Yıl University School of Medicine, Van, Turkey

Background: Psoriatic arthritis (PsA) has been defined as an inflammatory arthritis associated with psoriasis. The disease activity can be evaluated using many scales in patients with PsA. In Turkey there is a great temperature difference between geographic region. For example, the average annual air temperature in Erzurum (one of the Eastern Anatolian cities) is 5.7 degrees Celsius whereas in Antalya (one of the Mediterranean region cities) average temperature is 18.7 degrees Celsius. Furthermore, altitude of Eastern Anatolian cities is higher than Mediterranean cities.

Objectives: This study was conducted to assess whether there are regional differences in disease burden in patients with PsA in Turkey.

Methods: Patients with PsA over the age of 18 who met the CASPAR classification criteria were enrolled consequently in this multicenter cross-sectional observational study. Turkish League Against Rheumatism (TLAR)- Network was formed with the participation of 25 different centers. Patients were grouped for 7 geographic regions in Turkey. The name of this regions is Marmara, Aegean, Mediterranean, Central Anatolia, Black Sea, Eastern Anatolia and southeastern Anatolia. Clinical and laboratory data were recorded. Psoriatic arthritis quality of life (PsQoL); health assessment questionnaire (HAQ); Bath ankylosing spondylitis functional index
(BASFI), VAS-fatigue were assessed. VAS-pain, patient global assessment (PtGA); physician global assessment (PhGA); disease activity index for psoriatic arthritis (DAPSA), Disease Activity Score 28 joints (DAS28), Bath ankylosing spondylitis disease activity Index (BASDAI), and Psoriasis area severity index (PASI) scores were used to assess disease activity. Statistical analysis was performed using the SPSS v22 package program. One-way ANOVA test were used to compare 7 geographic regions. Linear regression analysis was used to calculate adjusted disease measures. The results were given as mean±SD and %. $p<0.05$ was considered statistically significant.

Results: A total 1130 patients (36.0% male, 64.0% female) with PsA included in this study. The mean age was 46,96±12,25 years. The mean symptom duration was 9,40±8,88 years for PsA. Crude results related to disease activity, quality of life and disability were summarized in table 1. Statistically significant differences observed for age, sex and BMI between 7 regions. Therefore, adjusted values of disease activity, quality of life and disability were calculated (table 2). Southeastern Anatolian patients were youngest whereas Mediterranean patient were oldest (40,03±13,19 vs 50,42±11,47, $p<0.0001$). Diagnostic delay time similar between groups (p:0.096). Crude VAS-pain, fatigue, PtGA, PhGA were significantly different between groups whereas this difference disappeared when adjustment for age, sex and BMI were made in table 2. Disease activity score were highest in Mediterranean region and lowest in eastern Anatolia region according to adjusted DAPSA(17,72±1,75 vs 16,35±1,62, $p<0.0001$), DAS28(3,53±0,29 vs 3,25±0,28 $p<0.0001$) and BASDAI(4,12±0,48 vs 3,80±0,49, p:0.080). Adjusted BASFI(2,83±0,52 vs 2,28±0,51, $p<0.0001$), PsAQoL(7,54±1,48 vs 6,07±1,44, $p<0.0001$) and HAQ (0,48±0,11 0,36±0,13, $p<0.0001$) score were highest in Mediterranean region and lowest in Eastern Anatolia region. Interestingly PASI score lowest in Mediterranean region and highest in Eastern Anatolia region.

Conclusion: This is the first study reporting that geographic region differences may affect disease activity as well as patient characteristic in patients with PsA. Regional weather conditions such as temperature, humidity and altitude may explain the regional differences in disease activities and other clinical characteristics. Further studies are needed to investigate the effect of geographic difference on disease activity and other clinical manifestations in patients with PsA.

Keywords: altitude, humidity, psoriatic arthritis, regional differences, temperature

Table 1 Comparison of crude disease activity, quality of life and disability measures between 7 geographic regions of Turkey in patients with PsA mean ± SD)

	Marmara n:407	Central Anatolia (n:370)	Aegean (n:138)	Mediterranean (n:60)	Black Sea (n:59)	Eastern Anatolia (n:60)	Southeastern Anatolia (n:36)	p	Whole PsA n:1130
Age, year	46.12±12.05	47.94±12.04	49.01±12.99	50.42±11.47	47.58±10.35	40.03±13.19	43.33±11.18	**<0.0001**	46.96±12.25
Male (%)	146(35.9)	135(36.5)	51(37)	12(20)	26(44.1)	24(40.0)	13(36.1)		
BMI, kg/m2	29.16±4.90	28.69±5.09	28.91±5.80	29.79±5.45	28.71±3.99	26.33±3.57	27.87±4.63	**0.002**	28.79±5.04
Symptom durations, year	8.85±8.11	9.03±9.04	12.25±11.65	11.18±8.20	10.98±7.95	8.07±6.40	5.25±5.47	**<0.0001**	9.40±8.88
Diagnostic delay, year	2.97±4.45	2.61±4.54	3.94±5.94	2.24±3.63	3.20±3.88	2.93±4.01	2.33±3.15	0.096	2.92±4.58
VAS-pain (0-10)	4.54±2.72	4.79±2.61	4.42±2.51	4.32±2.23	4.58±2.09	4.73±2.56	7.33±2.11	**<0.0001**	4.69±2.62
PtGA	4.46±2.76	4.66±2.53	4.14±2.22	4.02±1.83	4.97±2.17	4.65±2.46	5.39±2.11	**0.041**	4.53±2.53
PhGA	3.66±2.29	4.11±2.22	3.91±2.08	3.48±1.93	3.83±1.85	4.38±2.35	5.17±2.18	**<0.0001**	3.92±2.22
VAS-fatigue	5.06±2.92	5.25±2.77	4.68±2.73	4.37±2.12	3.54±3.00	5.00±3.02	5.19±3.08	**0.001**	4.96±2.85
TJC	4.80±8.66	6.32±8.86	3.77±7.16	6.81±7.51	4.29±5.10	8.90±10.33	10.37±11.95	**<0.0001**	5.67±8.70
SJC	1.54±3.69	1.36±2.96	0.84±1.65	1.85±5.03	0.53±1.46	2.13±2.04	1.86±2.16	**0.028**	1.40±3.17
DAPSA	15.64±12.50	18.18±13.04	14.43±10.38	18.00±14.06	16.00±7.82	20.43±13.69	24.54±15.39	**<0.0001**	17.05±12.65
DAS28	3.32±1.21	3.35±1.26	3.42±1.09	3.41±1.27	3.23±0.94	3.82±1.23	4.24±1.32	**<0.0001**	3.40±1.22
BASDAI	4.32±2.47	3.91±2.41	3.12±1.85	3.44±1.65	3.37±1.30	3.63±2.05	5.03±2.11	**<0.0001**	3.93±2.31
BASFI	2.81±2.42	2.28±2.29	2.18±2.35	3.30±2.05	2.00±1.19	3.37±2.94	3.02±2.40	**<0.0001**	2.60±2.38
PASI	2.92±5.02	3.29±5.46	3.23±4.05	1.28±1.63	1.28±1.44	3.59±3.05	4.84±5.62	**0.001**	3.00±4.79
PsAQoL	7.52±6.33	7.28±6.44	5.61±6.26	6.88±7.01	5.22±4.64	4.22±4.85	6.75±6.12	**<0.0001**	6.85±6.30
HAQ	0.42±0.47	0.43±0.47	0.35±0.45	0.65±0.58	0.34±0.31	0.45±0.42	0.54±0.38	**0.001**	0.43±0.47

Table 2 Comparison of adjusted disease activity, quality of life and disability measures between 7 geographic regions of Turkey in patients with PsA mean ± SD)(adjustment for age, sex and BMI)

	Marmara (n:407)	Central Anatolia (n:370)	Aegean (n:138)	Mediterranean (n:60)	Black Sea (n:59)	Eastern Anatolia (n:60)	Southeastern Anatolia (n:36)	p	Whole PsA (n:1130)
VAS-pain (0-10)	4.71±0.47	4.68±0.48	4.68±0.50	4.85±0.39	4.61±0.50	4.65±0.46	4.69±0.47	0.160	4.69±0.47
PtGA	4.54±0.41	4.51±0.42	4.52±0.45	4.66±0.35	4.46±0.43	4.48±0.40	4.53±0.41	0.140	4.53±0.42
PhGA	3.93±0.25	3.91±0.25	3.92±0.27	4.01±0.21	3.88±0.26	3.88±0.24	3.91±0.25	0.088	3.92±0.25
VAS-fatigue	4.98±0.74	4.94±0.74	4.96±0.77	5.22±0.62	4.84±0.76	4.82±0.70	4.93±0.74	0.068	4.96±0.74
TJC	5.74±1.50	5.64±1.49	5.77±1.62	6.18±1.37	5.51±1.35	5.00±1.17	5.43±1.41	**0.001**	5.67±1.49
SJC	1.41±0.15	1.39±0.16	1.38±0.18	1.40±0.14	1.39±0.15	1.45±0.17	1.44±0.14	**0.015**	1.40±0.16
DAPSA	17.14±2.00	16.98±1.96	17.18±2.13	17.72±1.75	16.84±1.90	16.35±1.62	16.67±1.76	**0.007**	17.05±1.97
DAS28	3.41±0.33	3.40±0.33	3.43±0.33	3.53±0.29	3.36±0.30	3.25±0.28	3.34±0.32	**<0.0001**	3.40±0.33
BASDAI	3.95±0.56	3.92±0.56	3.92±0.60	4.12±0.48	3.87±0.56	3.80±0.49	3.89±0.54	0.080	3.93±0.56
BASFI	2.59±0.58	2.63±0.57	2.67±0.60	2.83±0.52	2.50±0.45	2.28±0.51	2.44±0.55	**<0.0001**	2.60±0.57
PASI	3.04±0.55	2.96±0.53	2.92±0.53	2.79±0.52	3.02±0.49	3.25±0.57	3.14±0.51	**<0.0001**	3.00±0.54
PsAQoL	6.88±1.71	6.86±1.68	6.96±1.76	7.54±1.48	6.68±1.44	6.07±1.44	6.55±1.62	**<0.0001**	6.85±1.68
HAQ	0.42±0.13	0.43±0.12	0.44±0.12	0.48±0.11	0.42±0.11	0.36±0.13	0.40±0.12	**<0.0001**	0.43±0.13

S-011 Psoriatik Artritte Eklem Tutulumu ve Remisyona Göre Klinik ve Fonksiyonel Parametrelerin Değerlendirilmesi

Halise Hande Gezer[1], Mehmet Tuncay Duruöz[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], Betül Sargın[4, 5], Sevtap Acer Kasman[1], Hakan Alkan[6], Nilay Şahin[7], Gizem Cengiz[8, 9], Nihan Cüzdan[10], İlknur Albayrak Gezer[11], Dilek Keskin[12], Cevriye Mülkoğlu[13], Hatice Reşorlu[14], İsmihan Sunar[15], Ajda Bal[16], Okan Küçükakkaş[17], Ozan Volkan Yurdakul[17], Meltem Alkan Melikoğlu[18], Yıldıray Aydın[2], Fikriye Figen Ayhan[13, 19], Hatice Bodur[20], Mustafa Çalış[8], Erhan Çapkın[21], Gül Devrimsel[22], Kevser Gök[23], Sami Hizmetli[24], Ayhan Kamanlı[2], Yaşar Keskin[17], Hilal Kocabaş[25] Öznur Kutluk[26], Nesrin Şen[27], Ömer Faruk Şendur[28], İbrahim Tekeoğlu[2], Sena Tolu[17, 29], Murat Toprak[30], Tiraje Tuncer[26]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[5]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[6]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli
[7]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[8]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri
[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[10]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[11]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya
[12]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[13]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Ankara
[14]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[15]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[16] SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği Ankara
[17]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[18]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[19]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[20]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[24]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[25]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[26]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[27]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[28]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[29]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[30]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Psoriatik artritte (PsA) hastalık aktivitesini eklem tutulumu, spinal tutulum, cilt tutulumu, entezit sayısı, daktilit sayısı, hasta ağrı Vizuel Analog Skala (VAS) gibi birçok parametre etkileyebilir. Günümüzde en sık kullanılanlar aktivite kriterleri DAPSA, DAS28 ve MDA'dir. Bu kriterlere göre bazı hastalar eklem tutulumu kontrol altında olup hiç şiş eklemi olmamasına rağmen remisyonda değildir. Bu çalışmada bu hastalarda remisyonu etkileyen parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: TRASD-Network çok merkezli ulusal psoriatik artrit çalışmasından CASPAR kriterlerini karşılayan PsA'lı ve periferik tutulumu olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri ve klinik parametreleri (ağrı VAS, hasta global VAS, doktor global VAS) kaydedilmiştir. Maastricht Ankilozan Spondilit Entezopati Skor (MASES) ile entezit, Psoriazis Alan ve Ciddiyet İndeksi (PASI) ile psoriazis, VAS (0-10) ile yorgunluk, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile anksiyete ve depresyon, Fibromiyalji Hızlı Tarama Testi (FIRST) ile fibromiyalji, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Indeksi (BASDAI) ile spinal hastalık aktivitesi ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ile fonksiyonel durum değerlendirilmiştir. Hastalık aktivitesi ve remisyon değerlendirmesinde DAS28, DAPSA ve Minimal Hastalık Aktivitesi (MDA) kullanılmıştır. DAS28'de <=2.6 puan, DAPSA'da <=4 puan remisyon olarak alınmıştır. Hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, VAS-ağrı, VAS-hastaglobal, PASI, entezit sayısı ve HAQ'dan oluşan 7 kriterden >=5 sağlanması durumunda MDA olarak değerlendirilmiştir. Hastalar şiş eklem sayısı ve remisyon durumuna göre sınıflandırılmıştır. Şiş eklem sayısı 0 ve remisyonda olan hastalar (grup1) ile, şiş eklem sayısı 0 ve remisyonda olmayan hastalar (grup2) karşılaştırılmıştır.
Değişkenler arasındaki koreleasyonu değerlendirmede Spearman koreleasyonu kullanılmıştır. Grupların karşılaşmaları için Mann-Whitnet U test ve ki-kare test kullanılmıştır. P<0.05 istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS22.00 istatistik paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada PsA tanısı konulmuş 1134 hastadanperiferik eklem tutulumu olan 720 tanesi analize dahil edildi. Hastaların 471 (%65.4)'i kadın, 249 (%34.6)'u erkek olup ortalama yaşı 47.6 (SD:12.03). Hastaların ortalama hastalık süreleri 6.47 (min:0, max:44) yıldı.561 hastanın DAPSA skoru, 687 hastanın DAS28 skoru ve 553 hastanın MDA değerlendirmesi yapıldı. Tablo-1'de hastaların DAPSA, DAS28 ve MDA'ye göre dağılımları özetlenmiştir.
DAS28'e göre 140 (%19.4) hasta remisyonda, 547 (%76) hasta remisyonda değildi. Remisyonda olmayan hastaların 242'sinin (%33.6) şiş eklemi yoktu.DAPSA'ya göre 13 (%1.8) hasta remisyonda, 548 (%76.2) hasta remisyonda değildi. Remisyonda olmayan hastaların 269'unun (%37.4) şiş eklemi yoktu. 75 (%10.4) hasta MDA'ya ulaşırken, 478 (%66.4) hasta MDA'ya ulaşamamıştı. MDA ulaşmayan hastaların 220'sinin (% 30.6) şiş eklemi yoktu.
Şiş eklemi olmamasına rağmen remisyon ya da MDA olmayan hastalar ile şiş eklemi olmayan ve remisyonya da MDA olan hastalar karşılaştırıldığında; VAS ağrı, hasta global VAS, doktor global VAS, yorgunluk şiddeti, anksiyete, depresyon, FIRST skor, PASI, BASDAI, entezit ve HAQ skorları yüksekti (p<0.05). Gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve hastalık süresi farklı değildi (P>0.05). Tablo-2'de grupların karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo-1: Hastaların DAPSA, DAS28 ve MDA'ya göre dağılımları

	DAS28	**DAPSA**	**MDA**
Şiş eklem ≥1 ve remisyonda değil n(%)	305 (42.5)	279 (38.8)	258 (35.8)
Şiş eklem ≥1 ve remisyonda n(%)	32 (4.4)	3 (0.4)	13 (1.8)
Şiş eklem =0 ve remisyonda değil n(%)	242 (33.6)	269 (37.4)	220 (30.6)
Şiş eklem=0 ve remisyonda n(%)	108 (15)	10 (1.4)	62 (8.6)
Toplam n	687	561	553

Tablo-2: Grupların şiş eklem sayısı ve remisyona göre karşılaştırılması

	DAS28			MDA		
	Şiş eklem =0 ve remisyonda değil	Şiş eklem=0 ve remisyonda	*P*	Şiş eklem =0 ve remisyonda değil	Şiş eklem=0 ve remisyonda	*P*
Ağrı VAS Ort(SD)	5.1(2.2)	3.4(2.06)	<0.05	5.2 (2)	2.1 (1.7)	<0.05
Hasta Global VAS Ort(SD)	5.06 (2.2)	3.08 (1.7)	<0.05	5.02 (1.9)	2.14 (1.7)	<0.05
Doktor Global VAS Ort(SD)	4.3 (1.8)	2.6 (1.4)	<0.05	4.2 (1.7)	1.9 (1.3)	<0.05
Yorgunluk Ort(SD)	5.5 (2.5)	3.7 (2.3)	<0.05	5.4 (2.4)	2.8 (2.2)	<0.05
Anksiyete Ort(SD)	7.1 (4.2)	5.6 (4)	<0.05	7.2 (4)	5.4 (4.1)	<0.05
Depresyon Ort(SD)	7.1 (4)	5.5 (3.9)	<0.05	7.3 (4)	5 (4)	<0.05
FIRST Ort(SD)	2.82 (2.1)	1.7 (1.9)	<0.05	2.9 (2.1)	1.2 (1.8)	<0.05
PASI Ort(SD)	2.8 (5)	2.4 (4.1)	<0.05	3.2 (5)	1.7 (4)	<0.05
BASDAI Ort(SD)	4.4 (1.9)	3 (1.4)	<0.05	4.3 (1.8)	2.5 (1.3)	<0.05
Entezit Ort (min-max)	2 (0-13)	1 (0-13)	<0.05	2 (0-13)	0 (0-13)	<0.05
HAQ Ort(SD)	0.47 (0.4)	0.1 (0.2)	<0.05	0.46 (0.4)	0.11 (0.1)	<0.05
VKI Ort(SD)	29.7 (5)	27.8 (4.5)	<0.05	29.5 (4.8)	28.7 (4.7)	>0.05

Ort: Ortalama, VAS:Vizüel Analog Skala, FIRST: Fibromiyalji Hızlı Tarama Testi, PASI: Psoriazis Alan ve Ciddiyet İndexi, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi, HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, VKI:Vücut Kitle İndexi

Sonuç: PsA'de eklem tutulumu kontrol altında olsa dahi remisyonda olmayabilir. Bu hastaların ağrı, yorgunluk, anksiyete, depresyon, fibromiyalji, fonksiyonel bozukluk, cilt, entezit ve spinal tutulumu daha fazladır.PsA'da eklem tutulumu dışında bu faktörler hastalık aktivitesini etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, eklem tutulumu, hastalık aktivitesi, remisyon, klinik

S-012 Psoriatik Artritte Cinsiyete göre Anksiyete, Depresyon, Yorgunluk ve Fibromiyalji Semptomlarının Hastalık Aktivitesine Etkisi

Mehmet Tuncay Duruöz[1], Halise Hande Gezer[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], Betül Sargın[4,5], Sevtap Acer Kasman[1], Hakan Alkan[6], Nilay Şahin[7], Gizem Cengiz[8,9], Nihan Cüzdan[10], İlknur Albayrak Gezer[11], Dilek Keskin[12], Cevriye Mülkoğlu[13], Hatice Reşorlu[14], Şebnem Ataman[15], Ajda Bal[16], OkanKüçükakkaş[17], Ozan Volkan Yurdakul[17], Meltem Alkan Melikoğlu[18], Yıldıray Aydın[2], Fikriye Figen Ayhan[13, 19], Hatice Bodur[20], Mustafa Çalış[8], Erhan Çapkın[21], Gül Devrimsel[22], Kevser Gök[23], Sami Hizmetli[24], Ayhan Kamanlı[2], Yaşar Keskin[17], Hilal Kocabaş[25] Öznur Kutluk[26], Nesrin Şen[27], Ömer Faruk Şendur[28], İbrahim Tekeoğlu[2], Sena Tolu[17, 29], Murat Toprak[30], Tiraje Tuncer[26]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[5]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[6]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli
[7]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[8]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri
[9]SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[10]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[11]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya
[12]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[13]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[14]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[15]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[16] SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Ankara
[17]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[18]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, , Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[19]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[20]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[24]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[25]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[26]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[27]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[28]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[29]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[30]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Psoriatik artritte (PsA) kadın ve erkeklerde hastalık aktivite değerlendirilmesi ve hastalık aktivitesine etki edebilecek depresyon, yorgunluk, fibromiyalji ve fonksiyonel bozukluğun incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: TRASD-Network çok merkezli ulusal psoriatik artrit çalışmasından CASPAR kriterlerini karşılayan PsA'lı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri veklinik parametreleri kaydedilmiştir. Hastalık aktivitesi DAS28, DAPSA, MDA, VLDA ve BASDAI ile değerlendirilmiştir. Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ile fonksiyonel durum, SF36 ile yaşam kalitesi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile depresyon ve anksiyete, VAS (0-10) ile yorgunluk ve Fibromiyaljl Hızlı Tarama Testi (FIRST) ile de fibromiyalji değerlendirilmiştir. Erkek ve kadın hastalarda hastalık aktivitesi ve remisyon oranları karşılaştırılmış ve bunların diğer klinik verilerle (yorgunluk, anksiyete, depresyon ve fibromiyalji semptomları) ilişkisi incelenmiştir.
Değişkenler arasındaki koreleasyonu değerlendirmede Spearman koreleasyonu kullanılmıştır. Grupların kendi içinde karşılaşmaları için Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitnet U test ve Ki-kare test kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS22.00 paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya PsA tanısı konulmuş 1134 hasta dahil edildi. Hastaların 726 (%64)'sı kadın, 408 (%36)'i erkek olup, kadınların ortalama yaşı 47.4 (SD:12.1), erkeklerin ortalama yaşı 46 (SD:12.2)'dır. Hastalık süreleri kadınlarda 4 yıl (min 0, maks:44), erkeklerde 5 yıldır (min:0, maks:42). Tablo-1'de kadın ve erkek hastaların hastalık aktivite parametreleri gösterilmiştir. Kadın ve erkekler arasında daktilit, entezit, enflamatuvar bağırsak hastalığı ve spondilit gelişimi açısından fark yok iken kadınlarda daha fazla periferik artrit görülmüştür ($p<0.05$). DAS28, DAPSA, cDAPSA ve BASDAI skorları kadınlarda erkeklere göre yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). DAPSA'ya göre kadınların %2.3'ü remisyonda, %20'si düşük aktivite, %36'sı orta aktivite ve %19'u yüksek hastalık aktivitesine sahipken; erkeklerin %2.9'u remisyon, %27.2'si düşük aktivite, %24.8'i orta aktivite ve %18.6'sı yüksek hastalık aktivitesine sahiptir. Kadın ve erkekler arasında DAPSA grupları arasında anlamlı fark vardı($p<0.05$). Erkekler daha fazla remisyon ve düşük hastalık aktivitesine sahipken, kadınlar daha fazla orta ve yüksek hastalık aktivitesine sahipti. cDAPSA remisyon, DAS28 remisyon ve MDA oranları karşılaştırıldığında erkekler kadınlara göre daha fazla remisyon oranı görüldü ($p<0.05$). VLDL ulaşma açısından kadın ve erkekler arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
Minimal Hastalık Aktivitesine (MDA) ulaşan erkek ve kadın hastalarda ulaşmayanlara göre yorgunluk, HAQ, FIRST, anksiyete ve depresyon skorları düşük, SF-36 (Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, vücut ağrısı, genel sağlık algısı, vitalite, sosyal fonksiyonlar, emosyonel rol kısıtlaması, fiziksel komponent ve mental kompnent) skorları yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Yaş, vücut kitle indeksi ve hastalık süresi açısından fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Kadınlarda yorgunluk, anksiyete, depresyon ve FIRST skorları erkeklere göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
Erkeklerde ve kadınlarda hastalık aktivite skorları (DAPSA, DAS28 ve BASDAI); FIRST skoru, depresyon, anksiyete, yorgunluk ve HAQ ile anlamlı korele ($p<0.05$) bulunmuştur.

Sonuç: PsA'de erkek hastalar daha fazla remisyon ve düşük hastalık aktivitesine sahipken kadınlar daha yüksek hastalık aktivitesine sahiptir. Kadınlarda ve erkeklerde hastalık aktivitesi yorgunluk, fonksiyonel durum, anksiyete, depresyon, fibromiyaljive yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, cinsiyet, hastalık aktivitesi, klinik, fonksiyon

Tablo-1: PsA'da kadın ve erkeklerde farklı ölçeklerle hastalık aktivite düzeyleri

	Kadın (n=726)	Erkek (n=408)
DAPSA		
Remisyon n (%)	17 (2.3)	12 (2.9)
Düşük aktivite n (%)	145 (20)	111 (27.2)
Orta aktivite n (%)	264 (36.4)	101 (24.8)
Yüksek aktivite n (%)	138 (19)	76 (18.6)
DAS-28		
Remisyon n (%)	137 (18.9)	139 (34.1)
Düşük aktivite n (%)	137 (18.9)	73 (17.9)
Orta aktivite n (%)	343 (47.2)	133 (32.6)
Yüksek aktivite n (%)	75 (10.3)	19 (4.7)
MDA n (%)	88 (12.1)	66 (16.2)
VLDA n (%)	15 (2.1)	9 (2.2)
BASDAI Ort (SD)	4.5 (2)	3.9 (1.9)

*

Mann Whitney U test, Ki-kare test

S-013 Psoriatik Artrit Başlama Yaşına Göre Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması: Çok Merkezli TRASD-Network Projesi

Kemal Erol[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], İbrahim Tekeoğlu[4], Betül Sargın[5], Sevtap Acer Kasman[6], Hakan Alkan[7], Nilay Şahin[8], Gizem Cengiz[9], Nihan Cüzdan[10], İlknur Albayrak Gezer[11], Dilek Keskin[12], Cevriye Mülkoğlu[13], Hatice Reşorlu[14], Ajda Bal Hastürk[15], Mehmet Tuncay Duruöz[6], Okan Küçükakkaş[16], İsmihan Sunar[17], Ozan Volkan Yurdakul[16], Meltem Alkan Melikoğlu[18], Yıldıray Aydın[4], Fikriye Figen Ayhan[13], Hatice Bodur[19], Mustafa Çalış[20], Erhan Çapkın[21], Gül Devrimsel[22], Kevser Gök[9], Sami Hizmetli[23], Yaşar Keskin[16], Ayhan Kamanlı[4], Hilal Kocabaş[24], Öznur Kutluk[25], Nesrin Şen[26], Ömer Faruk Şendur[27], Sena Tolu[16], Murat Toprak[28], Tiraje Tuncer[29]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü, Kayseri
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]T.C. S.B. Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Romatoloji Bölümü, Afyonkarahisar
[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya
[5]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[6]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[7]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli
[8]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[9]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri
[10]T.C. S.B. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Bölümü, Şanlıurfa
[11]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya
[12]Kırıkkale Üniversitesi Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[13]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[14] Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[15]T.C. S.B. Sağlı Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[16]Bezmialem Vakıf Üniversitesii Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[17]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[18]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[19]T.C.S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[20]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[24]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[25]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[26]T.C.S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, İstanbul
[27]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[28]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van
[29]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Psoriatik artrit (PsA) başlama yaşına göre juvenil (≤16), erişkin (17-59) ve geç (≥60) başlangıçlı olarak da sınıflandırılabilir (Jb/Eb/Gb-PsA, sırası ile). Bu sınıflar arasındaki patogenetik ve klinik farklılıklar henüz çözümlenebilmiş değildir. Bu konuda ankilozan spondilit tanılı hastalar ile ilgili birkaç literatür verisi varken PsA konusunda hiç çalışma yoktur. Bu çalışmada, Jb-PsA, Eb-PsA ve Gb-PsA'lı hastaların klinik özellikleri ve hastalık yükünün karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: TRASD-Network PsA Projesi kapsamında çok merkezli olarak CASPAR sınıflama kriterini karşılayan 1130 PsA'lı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik verileri kaydedildi. Hastalık aktivitesini değerlendirmek için VAS-ağrı, hasta ve doktor global değerlendirmesi, hassas ve şiş eklem sayısı, BASDAI, DAS28 ve PASI skorları kullanıldı. Fonksiyonel durum BASFİ, yaşam kalitesi PsAQoL, SF36 ile, engellilik HAD-DI ile, psikiyatrik durum HAD ölçeği ile değerlendirildi. Spinal mobilite için BASMI, radyolojik skorlama için BASRI ve SASSS kullanıldı. Hastalar ilk şikayetlerinin başlama yaşına göre Jb-PsA (≤16 yaş), Eb-PsA (17-59 yaş) ve Gb-PsA (≥60 yaş) olarak 3 gruba ayrıldı. Hastaların demografik ve klinik verileri karşılaştırıldı.
Bulgular: Çalışma grubundaki hastaların 54(%4,8)'ü Jb-PsA, 1022(%90,4)'si Eb-PsA ve 54(%4,8)'ü Gb-PsA idi. Spondiloartrit klinik bulgularından olan aksiyal tutulum, periferik artrit, daktilit, entezit, aile öyküsü, HLA-B27 pozitifliği gruplar arasında farklı değilken inflamatuvar bel ağrısı Gb-PsA'lı hastalarda daha nadir, üveit öyküsü ise Jb-PsA'lı hastalarda daha sık olarak gözlenmiştir (Tablo 1.'de özetlenmiştir). Gruplardaki HLA-B27 pozitiflik oranları sırasıyla % 18.8, %18.8 ve %11.1 olarak tespit edilmiştir.
Hastalık yükü değerlendirildiğinde, hastalık başlangıç yaşı arttıkça BASFI, HAQ-DI ve SF-36 fiziksel komponent özet skorunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde kötüleştiği görülmektedir ($p<0.05$). Hastaların radyolojik değerlendirilmeleri arasında belirgin fark bulunmazken ($p>0.05$) metrolojik ölçümlerinde anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 2.'de özetlenmiştir).
Sonuç: Geniş kapsamlı çok merkezli bu ilk çalışmada Jb-PsA, Eb-PsA ve Gb-PsA'nın klinik olarak farklılıklar içerdiği gösterilmiştir. Hastaların radyolojik bulguları benzese bile hastalık yükleri farklıdır. Bu durum patogenezde de farklılıklar olduğunu düşündürmektedir. Jb-PsA da üveitin daha sık görülmesinin sebebi HLA-B27'nin hastalık patogenezine interferansı olarak değerlendirilebilir. Sonuç olarak Jb-PsA, Eb-PsA ve Gb-PsA farklı durumlar olarak kabul edilmeli ve yapılacak çalışmalarda bu durum göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, juvenil başlangıç, erişkin başlangıç, geç başlangıç

Tablo 1. Başlama Yaşına Göre PsA Tanılı Hastaların Nitel Klinik Verilerinin Karşılaştırılması; n (%)

	Jb-PsA	Eb-PsA	Gb-PsA	P
Erkek cinsiyet	17(31.5)	369(36.1)	21(38.9)	0.721
Komorbid hastalık varlığı (n=1126)	16(29.6)	413(40.6)	43(79.6)	**<0.001**
Cerrahi öyküsü (n=1126)	22(40.7)	450(44.2)	28(51.9)	0.467
Romatizmal hastalık aile öyküsü (n=1126)	22(40.7)	292(28.7)	12(22.2)	0.087
Sabah tutukluğu (n=1126)	37(68.5)	612(60.1)	41(75.9)	**0.036**
İnflamatuvar bel ağrısı varlığı (n=1126)	26(48.1)	475(46.7)	14(25.9)	**0.011**
Spondilit varlığı (n=1126)	22(40.7)	384(37.7)	14(25.9)	0.188
Periferik artrit varlığı (n=1126)	34(63.0)	687(67.5)	37(68.5)	0.773
Daktilit varlığı (n=1126)	9(16.7)	300(29.5)	16(29.6)	0.128
Tenosinovit varlığı (n=1126)	14(25.9)	439(43.1)	19(35.2)	**0.026**
Entesit varlığı (n=1126)	24(44.5)	505(49.6)	33(42.6)	0.475
Üveit varlığı (n=1126)	8(14.8)	61(6.0)	2(3.7)	**0.025**
Psöriazis cilt lezyonu varlığı (n=1126)	49(90.7)	807(79.3)	48(88.9)	**0.032**
HLA-B27 pozitifliği (n=391)	3(18.8)	67(18.8)	2(11.1)	0.715
Pelvis X-Ray'de unilateral sakroiliit (n=953)	21(51.2)	417(48.1)	23(51.1)	0.863
Sakroiliyak MRG'de sakroiliit varlığı (n=533)	10(40)	296(60.2)	8(50)	0.103
Lomber MRG'de inflamasyon varlığı (n=271)	3(21.4)	37(15.0)	0	0.327

Jb-PsA / Eb-PsA / Gb-PsA: Juvenil (≤16 yaş)/ erişkin (17-59 yaş) / geç (≥60 yaş) başlangıçlı Psoriatik artrit (sırası ile)

Tablo 2. Başlama Yaşına Göre PsA Tanılı Hastaların Nicel Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

	Jb-PsA n=54		Eb-PsA n=1022		Gb-PsA n=54		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	P değeri
Hasta yaşı	36,81	12,8	46,32	11,15	69,11	5,35	**<0,001**
PsA başlama yaşı	11,81	3,61	37,47	10,42	64,95	3,89	**<0,001**
Psoriasis başlama yaşı (n:904)	15,45	9,76	30,29	12,94	49,25	15,16	**<0,001**
İnflamatuvar bel ağrısı başlama yaşı (n:515)	21,42	12,5	36,41	10,96	59,0	13,13	**<0,001**
Periferik artrit başlama yaşı (n:716)	23,31	10,3	37,76	11,31	58,33	14,07	**<0,001**
Entesopati başlama yaşı (n:448)	22,1	11,6	37,67	11,24	60,52	11,41	**<0,001**
İlk şikayetleri kaç yıl önce başladı	25	13,6	8,86	7,86	4,16	4,72	**<0,001**
Tanı gecikme süresi; yıl	8,18	8,04	2,73	4,23	1,25	2,45	**<0,001**
VKİ; kg/m2	26,7	5,27	28,84	5	30,03	4,97	**0,002**
Şiş Eklem Sayısı	1,46	4,14	1,4	3,15	1,36	2,3	0,986
Hassas Eklem Sayısı	5,88	7,35	5,69	8,87	5,17	6,58	0,900
BASDAI	3,79	1,76	3,93	2,34	4,17	2,1	0,697
PASI	3,7	4,74	2,98	4,85	2,7	3,64	0,502
MASES skoru (n:920)	2,26	2,25	2,61	3,25	2,49	2,82	0,749
VAS ağrı skoru (0-10)	4,78	2,25	4,67	2,64	5,07	2,58	0,527
VAS-Yorgunluk derecesi	5,09	2,82	4,96	2,87	4,89	2,58	0,927
Hasta global değerlendirmesi (0-10)	4,89	2,22	4,5	2,55	4,74	2,44	0,443
Doktor global değerlendirmesi (0-10)	4,39	1,86	3,87	2,23	4,35	2,31	0,088
CRP; mg/L	7,16	12,5	8,24	12,43	9,51	11,39	0,634
BASMI skoru	2,64	1,95	1,93	1,82	2,57	1,9	**0,002**
BASRI (omurga) skoru	2,34	2,53	2,28	2,44	2,62	2,65	0,611
SASSS skoru	2,54	2,6	2,2	2,32	2,09	2,37	0,549
BASFI	2,17	2,15	2,57	2,38	3,52	2,35	**0,011**
SF-36 Mental Komponent skoru	58,6	20,1	55,54	21,94	51,96	21,05	0,284
SF-36 Fiziksel Komponent skoru	62,76	23,3	56,42	23,49	49,4	22,45	**0,012**
PsAQoL	6,5	6,61	6,82	6,28	7,83	6,39	0,472
HAQ skoru	0,36	0,52	0,42	0,46	0,63	0,52	**0,003**
HADS Depresyon skoru	6,57	3,73	6,69	4,24	7,8	3,83	0,164
HADS Anksiyete skoru	7,35	4,44	6,72	4,26	6,3	3,62	0,422

PsA: psoriatik artrit; VKİ: vücut kitle indeksi; AS: ankilozan spondilit; BASDAI: Bath AS hastalık aktivite indeksi; PASI: psöriyazis alanı ve şiddeti indeksi; MASES: Maastricht AS Entesit Skoru; VAS: görsel analog skala; CRP: C reaktif protein; BASMI: Bath AS metroloji indeksi; BASRI: Bath AS radyoloji indeksi; SASSS: Stoke AS omurga skoru; BASFI: Bath AS fonksiyonel indeksi; SF-36: Kısa Form-36; PsAQol: PsA yaşam kalite indeksi; HAQ: sağlık değerlendirme anketi; HADS: hastane anksiyete ve depresyon skoru

S-014 Ankilozan Spondilitli Hastalarda Mikro-RNA Düzeylerinin Araştırılması ve Hastalık Aktivitesi ile Olan İlişkisi

Tülay Yıldırım[1], Elif Yeşilada[2], Fatma Eren[3], Hakan Apaydın[1], Gonca Gülbay[2]

[1]İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Malatya
[2]İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Medikal Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Malatya
[3]Rutgers University, PM&R Department Spinal Cord Injury, New Jersey

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), HLA-B27 ile güçlü ilişkisi olan, aksiyel ve periferik eklemleri ve yumuşak dokuyu etkileyebilen kronik inflamatuar bir hastalıktır. AS immünogenetiğinin aydınlatılmasında birçok gelişme olmasına rağmen, hastalığın etiyolojisi henüz tam olarak ortaya konamamıştır. Mikro RNA' lar (miRNA), apoptozis, hücre farklılaşması, hücre döngüsü ve bağışıklık fonksiyonları gibi hücresel süreçleri düzenleyen, kodlamayan RNA molekülleridir. miRNA' ların anormal ekspresyonları (upregülasyonu veya downregülasyonu), kanser, kalp-damar bozuklukları, şizofreni, kas-iskelet bozuklukları, akciğer hastalıkları, gelişim bozuklukları ve romatolojik hastalıklar gibi çeşitli hastalıkların gelişimine yol açabilir. Yapılan bazı çalışmalarda, romatizmal hastalıklarla miRNA arasında bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Ancak, literatürde AS ile miRNA ilişkisini ortaya koyan çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmadaki amacımız, AS hastalarında bazı kan miRNA düzeylerini belirlemek ve hastalık patogenezindeki potansiyel etkilerini ortaya çıkarmaktır. Ayrıca, çalışmamızda kan miRNA düzeyleri ile hastalık aktivitesi arasındaki korelasyonlar da araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran, The Assesment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) tanı kriterlerini karşılayan 15 Ankilozan Spondilit tanılı hasta (hasta grubu) ile yaş ve cinsiyete uygun olarak eşlendirilen 9 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu) dahil edildi. Olgulara ait demografik özellikler kaydedildi. Hastaların kas-iskelet sistemi muayenesi tamamlandıktan sonra hastalık aktivitesini değerlendirmek için Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) skorları hesaplandı.
15 hasta ve 9 sağlıklı kontrol grubunu oluşturan bireylerden alınan periferal kanlardan miRNA izolasyonu protokole uygun olarak yapıldı ve -80 OC'de derin dondurucuda cDNA sentezi ve ardından real-time PCR çalışmaları için saklandı.

Bulgular: İnsanda inflamasyon yanıt ve otoimmünite için iyi karakterize edilmiş 84 miRNA profili ele alındı ve hasta (n=15) ve kontrol (n=9) gruplarındaki ifadeleri analiz edilerek gruplar karşılaştırıldı. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde kontrol grubu ve hasta grubu karşılaştırıldığında her bir miRNA ifadelenmesine göre P değeri 0,05'den küçük olanlar bakımından gruplar arasındaki farklılık önemli olarak değerlendirildi. Bu çalışmada kontrol grubu ile kıyaslandığında hasta grubunda 6 miRNA'nın up-regüle ve 42 miRNA'nın ise down-regüle olduğu görüldü.
Hasta grubunda up-regüle olan miRNA lar için kat regülasyonu 2,14 ile 3,23 arasında değişmekteydi. Bunlar arasında hasta grubunda anlamlı olarak yüksek oranda ifade edilen miRNA ise C08 hsa-miR-20a-5p olarak belirlendi. Kontrol grubu ile kıyaslandığında hasta grubunda down-regüle olan miRNA için kat regülasyon -2 ile - 9,02 arasında değiştiği görüldü.Hasta grubunda kontrol grubuna kıyasla en fazla down-regüle olan miRNA ise D08 hsa-miR-302a-3p olarak belirlendi (P=0,034939).

Sonuç: Çalışmamızda AS' li hasta grubunda bazı miRNA' ların anormal ekspresyonları (upregülasyonu veya downregülasyonu) saptandı. AS' de, herhangi bir miRNA' nın AS için spesifik bir gösterge olarak saptanması, hastalığın erken tanısına ve yeni tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, mikro RNA, BASDAI

S-015 Ankilozan Spondilitte Entezit ve Postural Deformite Dengeyi Etkiler

Emine Büyükköroğlu[1], Selma Eroğlu[2], Hasan Toktaş[2], Ümit Dündar[2]

[1]Kütahya Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ünitesi, Kütahya
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Ankilozan Spondilit (AS), öncelikle vertebraları ve sakroiliak eklemleri tutan, zamanla vertebral füzyona bağlı spinal mobilitede azalmaya ve fonksiyonel kayıplara yol açan bir hastalıktır. Entezit, AS'nin patofizyolojik sürecinin bir parçası olup alt ekstremitede en sık aşil tendonu ve plantar fasyada görülür ve tipik postural değişiklikler oluşmadan hastalığın erken evrelerinde de görülebilir. Literatürde, sağlıklı populasyona göre AS'li hastalarda denge bozukluğu olduğu gösterilmiştir. AS'de denge bozukluğuyla, ilerlemiş hastalıkta ortaya çıkan vertebral füzyon ve postural değişiklikler arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bildiğimiz kadarıyla vertebral tutulumla birlikte, hastalık aktivitesi ve entezit skorları ile denge arasındaki ilişki incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, AS hastalarında hastalık aktivitesi, postural değişiklikler, fonksiyonel durum ve entezit skorları ile denge arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç-Yöntem: Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı almış 70 hasta polikliniğe başvuru sırasıyla çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri kaydedildi. Hastaların klinik olarak değerlendirilmesi, hastalık aktivitesi BASDAI(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) ve ASDAS CRP(Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), metrolojik değerlendirmesi BASMI(Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) ve fonksiyonel değerlendirmesi BASFI(Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) kullanılarak yapıldı. Ayrıca hastaların entezit muayeneleri MASES(Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) ve SPARCC'a(Spondyloarthritis Research Consortıum of Canada) göre skorlandı. Hastaların aşil ve plantar entezis bölgeleri USG ile değerlendirildi ve GUESS(Glasgow Ultrasound Enthesitis Scoring System) skorları belirlendi. Hastaların denge değerlendirmesinde Berg denge ölçeği(BDÖ) kullanıldı ve SportKat denge cihazı ile iki aşamada statik(ön-arka-sağ-sol) ve dinamik(ön-arka-sağ-sol) denge ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 70 hasta (18 kadın, 52 erkek) alındı. Hastaların ortalama yaşları 38,9±9,4 yıl ve ortalama hastalık süresi 8,6±5,6 yıl idi. BASDAI ile sadece statik (sol) denge skoru arasında pozitif korelasyon (r:026 ve p:0.27) bulunurken, ASDAS CRP ile denge skorları arasında ilişki izlenmedi. Hastalar BASDAI >=4 (24 hasta) ve <4 (46 hasta) olarak gruplara ayrıldı. Denge parametrelerinde iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi. BASMI ve BASFI ile BDÖ arasında negatif korelasyon izlendi sırasıyla (r:-0.65; r:-0.43, p:0.00). BASMI ile SportKat cihazı ile ölçülen statik(ön-arka-sağ-sol) ve dinamik (ön-arka-sağ-sol) denge skorları arasında pozitif korelasyon izlendi sırasıyla (r:0.61; r:0.56; r:0.55; r:0.52; p:0.00) ve (r:0.60, r:0.53, r:0:57, r:0.60; p:0.00)). BASFI ile statik(ön-arka-sağ-sol) ve dinamik (ön-arka-sağ-sol) denge skorları pozitif korelasyon göstermekteydi. sırasıyla (r:0.29, p:0.014; r:0.32, p:0.007; r:0.30, p:0.01; r:0.27, p:0.02) ve (r:0.32, p:0.006; r:0.33, p:0.004; r:0.341, p:0.004; r:0.31, p:0.009) MASES ile statik (sağ-sol) denge skorları arasında pozitif korelasyon izlendi (r:0.24, p:0.042; r:0.29, p:0.014). SPARCC ile statik(ön-arka-sağ-sol) ve dinamik(arka-sağ-sol) denge skorları arasında pozitif korelasyon tespit edildi sırasıyla (r:0.25, p:0.03; r:0.28, p:0.016; r:0.30, p:0.01; r:0.35, p:0.003) ve (r:0.29, p:0.013; r:0.28, p:0.016; r:0.307, p:0.010). GUESS ile BDÖ arasında negatif korelasyon izlendi (r:-0.36, p:0.002). Yine GUESS ile statik(ön-arka-sağ-sol) ve dinamik(ön-arka-sağ-sol) denge skorları arasında pozitif korelasyon izlendi sırasıyla (r:0.42, p:0.00; r:0.39, p:0.001; r:0.39, p:0.001; r:0.40, p:0.00) (r:0.35, p:0.002; r:0.36, p:0.002; r:0.33, p:0.005; r:0.40, p:0.000).

Sonuç: AS'li hastalarda postural bozukluk ve klinik entezit varlığı, özellikle plantar fasya ve aşil enteziti statik ve dinamik dengeyi etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, denge, entezit, postural deformite

S-016 Psoriatik Artrit Hastalarının Tedaviye Başlama Süresine Göre Klinik ve Fonksiyonel Durumlarının Karşılaştırılması

Halise Hande Gezer[1], Mehmet Tuncay Duruöz[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], Betül Sargın[4, 5], Sevtap Acer Kasman[1], Hakan Alkan[6], Nilay Şahin[7], Gizem Cengiz[8, 9], Nihan Cüzdan[10], İlknur Albayrak Gezer[11], Dilek Keskin[12], Cevriye Mülkoğlu[13], Hatice Reşorlu[14], İsmihan Sunar[15], Ajda Bal[16], Okan Küçükakkaş [17], Ozan Volkan Yurdakul[17], Meltem Alkan Melikoğlu[18], Yıldıray Aydın[2], Fikriye Figen Ayhan[13, 19], Hatice Bodur[20], Mustafa Çalış[8], Erhan Çapkın[21], Gül Devrimsel[22], Kevser Gök[23], Sami Hizmetli[24], Ayhan Kamanlı[2], Yaşar Keskin[17], Hilal Kocabaş[25] Öznur Kutluk[26], Nesrin Şen[27], Ömer Faruk Şendur[28], İbrahim Tekeoğlu[2], Sena Tolu[17, 29], Murat Toprak[30], Tiraje Tuncer[26]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[5]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[6]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli
[7]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[8]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri
[9]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[10]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[11]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya
[12]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[13]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[14]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[15]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[16] SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Ankara
[17]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[18]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[19]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[20]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[24]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[25]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[26]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[27]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[28]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[29]Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[30]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Psoriatik artritte (PsA) ilk tedavi gecikme sürelerine göre hastaların klinik, hastalık aktivite ve fonksiyonel durumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: TRASD-Network çok merkezli ulusal psoriatik artrit çalışmasından CASPAR kriterlerini kaşılayan PsA'lı hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri ve klinik parametreleri kaydedilmiş, DAS28, DAPSA, cDAPSA, MDA (Minimal Hastalık Aktivitesi), VLDA (Çok Düşük Hastalık Aktivitesi) ve BASDAI ile hastalık aktiviteleri değerlendirilmiştir. Sağlık Değerlendirme Anketi Spondiloartrit (HAQ-S) ve HAQ ile fonksiyonel durum, SF-36 ile yaşam kalitesi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile depresyon ve anksiyete, Kronik Hastalık Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi (FACIT) ile, VAS'la (0-10) yorgunluk ve Fibromiyalji Hızlı Tarama Testi (FIRST) ile de fibromiyalji skorları değerlendirilmiştir. Spinal mobilite, Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI) ile değerlendirilmiştir. Tedaviye başlama süresi, ilk semptomların başladığı tarihten tedaviye başlanıldığı tarihe kadar olan süre olarak hesaplanmıştır. Hastalar tedavi başlama süresi olarak <1 yıl (1. Grup),<1-< 3 yıl (2. Grup), >=3-<5 yıl (3. Grup) ve >=5 yıl (4. Grup) olarak 4 gruba ayrılmıştır. 1060 hastada DAS28, 864 hastada DAPSA, 1082 hastada cDAPSA, 881 hastada MDA ve VLDA hesaplanmıştır. Tüm parametreler için tanımlayıcı analiz yapılmıştır. Değişkenler arasındaki koreleasyonu değerlendirmede Spearman koreleasyonu kullanılmıştır. Grupların kendi içinde karşılaşmaları için Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitnet U test ve Ki-kare test kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney-U test ile yapılmıştır. P<0.05 istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS22.00 paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 1134 hastanın (726 kadın, 408 erkek) ortalama yaşı 46.9 (SD:12.1)'dur. Hastaların %45'i grup 1, %23'ü grup 2, %10.4'ü grup 3 ve %21.6'sı grup 4'tedir. Tablo-1'de hastaların demografik ve klinik özellikleri gösterilmiştir. Hastaların yorgunluk düzeyi, BASMI skorları ve HAQ-S skorları gruplar arasında farklılık göstermektedir (p<0.05). Beş yıl ve üzerinde tedavi başlanılan hastalarda, 1 yıl altında tedavi başlanılan hastalara göre yorgunluk, BASMI ve HAQ-S skorları daha yüksektir. SF-36 alt gruplarında ise genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, ve özet skorlar olan fiziksel komponent ve mental komponent skorları, gruplar arasında anlamlı farklıdır (p<0.05). Tablo-2'de hastaların gruplara göre yorgunluk, BASMI ve HAQ-S skor sonuçları gösterilmiştir. Bir yıl ve üzeri sürede tedaviye başlanılan hastalarda, ilk 1 yıl içinde tedavi başlanılanlara göre depresyon ve yorgunluk skorları anlamlı yüksek çıkmıştır (p<0.05). Gruplar arasında remisyona ulaşma oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında DAS28 remisyon oranları anlamlı farklıdır. Bir yıldan önce tedaviye başlanılan hastalarda DAS28 remisyona ulaşma oranı daha yüksektir (p<0.05). DAPSA remisyon, cDAPSA remisyon, MDA ve VLDA için anlamlı fark saptanmamıştır. Tanıya kadar geçen süre; SF-36 alt gruplarından fiziksel fonksiyon (p=0.035, rho=-0.063), fiziksel rol kısıtlılığı (p=0.028, rho=-0.065), ağrı (p=0.037, rho=-0.062), genel sağlık algısı (p= 0.00, rho=-0.099), fiziksel komponent (p=0.005, rho=-0.084), mental fonksiyon (p= 0.018, rho=-0.07) ve depresyon (p=0.031, rho= 0.064), VASyorgunluk (p=0.002, rho=0.090), FACIT (P=0.035, rho=-0.063) ve HAQ-S (p=0.019, rho=0.070), ile anlamlı korele bulunmuştur.

Tablo-1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Toplam
Hasta sayısı	510	261	118	245	1134
Yaş Ort (SD)	46.4 (12.9)	45.8 (11.7)	45.8 (10.9)	49.4 (11.2)	46.9 (12.1)
Cinsiyet					
Kadın n (%)	334 (65.5)	158 (60.5)	77 (65.3)	157 (64.1)	726 (64)
Erkek n (%)	176 (34.5)	103 (39.5)	41 (34.7)	88 (35.9)	408 (36)
DAPSA Remisyonn (%)	15 (2.9)	7 (2.7)	1 (0.8)	6 (2.4)	29 (2.6)
cDAPSA Remisyon n (%)	59 (11.6))	29 (11.1)	9 (7.6)	25 (10.2)	122 (10.8)
DAS-28 Remisyon n (%)	128 (25.1)	76 (29.1)	25 (21.2)	47 (19.2)	276 (24.3)
MDA n (%)	71 (13.9)	38 (14.6)	14 (11.9)	31 (12.7)	154 (13.6)
VLDA n (%)	10 (2)	8 (3.1)	2 (1.7)	4 (1.6)	24 (2.1)
BASDAI Ort (SD)	4.3 (2.02)	4.4 (2)	4.2 (1.9)	4.3 (2.1)	4.3 (2)

Tablo-2: Yorgunluk, BASMI ve HAQ-S skorlarına göre grupların karşılaştırılması

		Yorgunluk		BASMI		HAQ-S		SF-36 Fiziksel Komponent		SF-36 Mental Komponent	
Gruplar	N	Mean Rank	P	Mean Rank	P	Mean Rank	P	Mean Rank	P	Mean Rank	p
Grup-1	506	537.76		536.59		533.49		599.42		594.45	
Grup-2	260	565.63	*0.01*	547.35	*0.04*	590.23	*0.02*	541.25	*0.01*	550.46	*0.04*
Grup-3	117	574.81	*6*	509.49	*1*	577.36	*9*	528.10	*6*	540.56	*8*
Grup-4	245	618.18		596.09		597.39		536.87		531.30	

**Kruskal-Wallis analizi*
BASMI: BathAnkilozanSpondilit Metroloji İndexi, HAQ-S: Sağlık Değerlendirme Anketi Spondiloartrit

Sonuç: Erken tedaviye başlanılan hastalarda hastalık aktivitesi, yorgunluk, fonksiyonel bozukluk, depresyon ve fibromiyalji daha az olup yaşam kalitesi daha iyidir. 1 yıl altında tedaviye başlanılan hastalarda remisyon daha sıktır. Hastalık aktivitesi ve fonksiyonel bozukluk açısından en çok fark tanı süresi 1 yıl altı ve 5 yıl üzeri hastalardadır.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, tedavide gecikme, hastalık aktivitesi, fonksiyon, yaşam kalitesi

S-017 Nonradyografik Aksiyel Spondiloartropatili Hastalarda Erken Servikal Yapısal Değişikliklerin Değerlendirilmesi

Melike Cengiz[1], Şebnem Ataman[2], Ayşe Peyman Yalçın[2], İsmihan Sunar[2], Gürkan Yılmaz[2]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışma çift-kör, kontrollü, kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmanın amacı, mSASSS skorlama sistemi kullanılarak nonradyografik aksiyel spondiloartropati (nr-axSpA), Ankilozan Spondilit (AS) ve akut mekanik boyun ağrılı hastaların servikal vertebral yapısal değişikliklerini karşılaştırmak, aksiyel spondiloartropatide servikal vertebral tutulumun lomber tutuluma göre farkını tespit etmek ve nr-axSpA'da servikal tutulumun lomber tutuluma kıyasla önceliğini ortaya koymaktır. İkincil olarak da radyolojik skorların, klinik parametreler ve semptom süresi ile korelasyonunun araştırılması planlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya Assesment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) kriterlerine göre tanı almış 71 AS, 68 nr-axSpA hastası ve 66 akut mekanik boyun ağrılı kontrol grubu olmak üzere toplamda 205 kişi dahil edilmiştir. Demografik verileri (yaş, cinsiyet, semptomların başlama tarihi, tanı alma tarihi), CRP değerleri ve HLA-B27 sonuçları kaydedilmiştir. Pelvis grafisinde sakroileit varlığı mNY kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Son 2 yıl çekilmiş olan servikal ve lomber lateral grafileri mSASSS sistemine göre 2 Romatolog tarafından değerlendirilmiştir. Hastaların değerlendirme anındaki BASDAİ, BASFİ, BASMİ ve MASES değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada, nr-axSpA grubunda semptomların süresi AS grubundan anlamlı derecede kısaydı (p=0.010). AS grubu ile nr-axSpA grubu arasında servikal ve lomber mSASSS karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p = 0,449, p = 0,460).
AS grubunda servikal ve lomber mSASSS skorları arasındaki korelasyona bakıldığında istatistiksel anlamlı korelasyon olduğu görüldü (p: 0.038, CC: 0.248). Ancak nr-axSpA grubunda ise servikal ve lomber mSASSS arasında anlamlı korelasyon yoktu (p: 0,115, CC: 0,194). AS ve nr-axSpA grubunda, hastaların %90'a yakın bir kısmında servikal mSASSS, lomberden yüksek bulundu (% 82,8 ve% 89,5). AS grubunda servikal ve total mSASSS skorları semptom süresiyle pozitif olarak korelasyon göstermekteydi (CC: 0,255, CC: 0,295), ancak lomber skorlar ile semptom süresi arasında korelasyon yoktu. Nr-axSpA grubunda ise mSASSS skorları ile semptom süresi arasında korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Hastalık süresi nr-axSpA grubunda AS grubuna göre istatistiksel anlamda daha kısa olmasına rağmen servikal mSASSS skorları arasında AS ve nr-axSpA grubu arasında istatistiksel anlamlı bir sonuç çıkmaması aslında servikal tutulumun bu hastalarda daha erken ortaya çıktığını düşündürebilir. Benzer istatistiksel anlamsız sonuç AS ve nr-axSpA gruplarının lomber mSASSS skorları arasında da bulunmuştur. Ancak AS grubunda servikal ve lomber mSASSS skorları arasındaki istatistiksel anlamlı bir korelasyon varken, nr-axSpA grubunda yoktur. AS ve nr-axSpA grubunda, hastaların çoğunda servikal mSASSS skorları, lomber mSASSS skorlarından daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, servikal tutulumun aksiyal SpA'da daha erken dönemde ve lomber tutuluma göre daha fazla olduğu hipotezimizi destekleyebilir.
Anahtar Kelimeler: Non radyografik aksiyel spondiloartropati (nr-axSpA), ankilozan spondilit (AS), mSASSS, servikal vertebral tutulum

Demografik ve Radyolojik Veriler

	AS grubu	Nr-axSpA grubu	Kontrol grubu	p değeri
Erkek Cinsiyet %	%50,7	%39,7	%31,8	0,078
HLA-B27 pozitifliği (%)	%53,5	%27,9	%4,5	<0,001*
mSASSS lomber<mSASSS servikal n (%)	58 (%82,85)	60 (%89,5)	-	
mSASSS lomber=mSASSS servikal n (%)	3 (%4,28)	2 (%2,98)	-	
mSASSS lomber>mSASSS servikal n (%)	9 (%12,85)	5 (%7,46)	-	
	Ortalama±SD Median (Min-Max)	Ortalama±SD Median (Min-Max)	Ortalama±SD Median (Min-Max)	
Yaş (yıl)	38,96±10,29 38(18-59)	39,6±10,67 39,50(18-64)	39.39±11,29 39(19-64)	0,937
Semptom süresi (ay)	109,86±95,29 96 (1-372)	69,34±67,79 36 (2-240)	-	0,010*
mSASSS servikal	10,63±6,33 9 (2-36)	8,97±4,33 8 (2-26)	5,12±3,07 5 (0-14)	<0,001*α <0,001* β 0,449 γ
mSASSS lomber	5,79±8,89 2,5 (0-36)	3,25±4,07 2 (0-19)	-	0,460
mSASSS total	16,47±13,55 12 (2-72)	12,18±7,18 10 (4-43)	-	0,038*

*AS:Ankilozan Spondilit, nr-axSpA: Nonradyografik Aksiyel Spondiloartrit, mSASSS: modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score, n:hasta sayısı, *:p<0,05, α: AS grubu servikal mSASSS-kontrol grubu servikal mSASSS, β: nr-axSpA grubu servikal mSASSS-kontrol grubu servikal mSASSS, γ: AS grubu servikal mSASSS-nr-axSpA grubu servikal mSASSS, min: minimum, max: maksimum, SD: standart deviasyon*

mSASSS Skorları İle Semptom Süresi Korelasyonu

	Semptom süresi-mSASSS servikal		Semptom süresi-mSASSS lomber		Semptom süresi-mSASSS total		mSASSS servikal-mSASSS lomber	
	p değeri	CC	p değeri	CC	p değeri	CC	p değeri	CC
AS grubu	0,032*	0,255	0,114	0,191	0,013*	0,295	0,038*	0,248*
nr-axSpA grubu	0,322	-0,123	0,694	-0,049	0,482	-0,087	0,115	0,194

AS:Ankilozan Spondilit, nr-axSpA:Nonradyografik Aksiyel Spondiloartrit, mSASSS: modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score,:p<0,05, CC: korelasyon katsayısı*

S-018 Psoriatik Artritte Tırnak Ultrasonografisi: Vaka Kontrol Çalışması

Sevtap Acer Kasman, Didem Erdem, Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

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

Ön Bilgi: Tırnak Ultrasonografisi (USG), tırnak yapılarını değerlendirmek için iyi bir görüntüleme yöntemidir. Psöriyatik artritte (PsA) tırnak tutulumu sık görülür ve entezit gibi klinik özelliklerle ilişkisi öne sürülmüştür (1).

Amaç: Bu çalışmanın amacı PsA'lı hastaların ultrasonografik tırnak bulgularını normal kontrollerle karşılaştırmak ve USG bulgularıyla klinik özellikler arasındaki ilişki araştırmaktır. Metod: CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı almış 63 hasta ve 25 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Hastalık alt tipi, demografik veriler, MASES, DAS28, CRP ve hemoglobin değerleri kaydedildi. Tüm el tırnakları ve ayak baş parmak tırnakları gri skala ve power Doppler USG'de incelendi: tırnak plağı kalınlığı (TPK), trilaminar düzensizlik skoru (TDS), tırnak yatağı kalınlığı (TYK) ve doppler aktivite skoru (DAS) kaydedildi. İstatistiksel analizde Man-Whitney U testi, Kruskal Wallis analizi ve Spearman korelasyonu kullanıldı. $P<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: PSA grubu ile kontrol grubu arasında ortalama TPK açısından anlamlı farklılık saptanmazken; ortalama TYK ($p:0.001$), TDS ($p<0.001$) ve DAS ($p<0.001$) açılarından anlamlı farklılıklar saptandı (PSA grubunda daha kalın tırnak yatağı, daha düzensiz trilaminar yapı ve daha yüksek Doppler skoru bulundu). Hastaların %38'i asimetrik oligoartikular artrit, %38'i simetrik poliartrit, %7.9'u distal interfalangeal ağırlıklı artrit ve %15.8'i spondilit predominant idi; PsA alt grupları arasında tırnak bulguları açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Yaş, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile TPK ve TYK arasında zayıf korelasyonlar saptandı (rho: 0.270-0.358). PSA grubunda DAS28, CRP ve MASES skorları ile tırnak USG bulguları arasında ilişki saptanmazken, TPK (rho:0.293) ve TYK (rho:0.355) hemoglobin düzeyleri ile korelasyon gösterdi. Kontrol grubunda hemoglobin ile USG ölçümleri arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: Tırnak yapılarının PSA hastalarında normal kişilere göre daha kalın, bozuk yapı ve enflamatuvar özellikler gösterdiği belirlendi. Bu bulgular hastalığın alt türleri arasında farklılık göstermemektedir. PSA hastalarında anemi ile tırnak kalınlığının ilişkisi olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, ultrasonografi, oligoartikular artrit

S-019 Anca İlişkili Vaskülite Bağlı Kresentik Glomerulonefritli Olgular ve Prognozu Etkileyen Faktörler

Aysun Toraman[1], Özgül Soysal Gündüz[2]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Amaç: Pauci-immün Tip Kresentik Glomerülonefrit erişkinlerde hızlı ilerleyen glomerülonefritlerin en yaygın formudur. Sistemik küçük damar vaskülitinin bir komponenti veya böbreğe sınırlı (primer) hastalık şeklinde ortaya çıkabilir. En sık görülen sistemik olgular granülomatöz polianjitis (Wegener granülomatozu) ve mikroskobik polianjiitisdir. En tipik özelliği olguların yaklaşık % 80-90'ında saptanan ANCA (Anti Nötrofil Sitoplazmik Antikor) pozitifliğidir. ANCA, miyeloperoksidaza (MPO-ANCA veya sıklıkla P-ANCA) veya proteinaz-3'e karşı (PR3-ANCA veya sıklıkla C-ANCA) oluşmuş olabilir. Böbreğe sınırlı olguların yaklaşık 2/3'ünde MPO-ANCA ve % 30'unda PR3-ANCA pozitifdir. Sistemik olgularda ise PR3-ANCA pozitifliği olasılığı daha yüksektir. Bu çalışmada böbrek biyopsisi ile Pauci-immün Tip Kresentik Glomerülonefrit tanısı konan hastalarda hastalık aktivitesine, remisyona ve prognoza etki eden klinik ve laboratuvar parametreleri araştırıldı.

Yöntem-Gereçler: Klinikopatolojik olarak Pauci-immün Tip Kresentik Glomerülonefrit tanısı alan 50 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, komorbid hastalıkları, böbrek dışı sistem tutulumları ve laboratuvar parametreleri kayıt edildi. Nötrofil lenfosit oranı (NLO) nötrofil sayısının lenfosit sayısına bölünmesiyle hesaplandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 55.55±17.34 olan 50 hasta (31 erkek, 19 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, komorbid hastalıkları ve tanı anındaki laboratuvar parametreleri Tablo 1'de verildi. Hastalar ANCA (+) ve (-) gruplar olarak karşılaştırıldığında hemoglobin ANCA (+) grupta, albümin ANCA (-) grupta daha düşük saptandı. Diyaliz ihtiyacı olan 28 hastanın NLO diyaliz ihtiyacı olmayanlardan anlamlı yüksek saptandı (sırasıyla 8.47±5.23, 5.47±3.56, p=0.015). Tanıdan sonra 1. ayda 3, 6. ayda 3 olmak üzere toplam 6 hasta öldü. Tüm hastalarda ölüm nedeni enfeksiyondu. Başlangıçta diyaliz ihtiyacı olan hastalardan 18 hastanın diyaliz bağımlılığı devam etti. P-ANCA ve C-ANCA pozitif hastalar karşılaştırıldığında ürik asit, CRP, CRP/albümin oranının C-ANCA (+) hastalarda anlamlı yüksek olduğu saptandı. Lojistik regresyon analizinde CRP/albümin oranı C-ANCA için prediktör olarak saptandı. 6. ayın sonunda 10 (%20) hastada tam remisyon, 16 (%32) hastada kısmi remisyon saptandı ve 18 (%36) hastada diyaliz bağımlılığı devam etti. 6. ayda mortalite %12 olarak saptandı.

Tartışma: Sistemik inflamatuvar hastalıklarda hastalık aktivitesinin izlenmesi ve hatta prognozunun tayin edilmesinde son zamanlarda, nötrofil lenfosit oranı (NLO), CRP/albümin oranı gibi inflamasyona dayalı skorlar kullanılmaktadır. Vaskülitlerinde içinde bulunduğu bazı çalışmalarda yüksek CRP seviyesi ve düşük albümin seviyesinin yani CRP/albümin oranı yüksekliğinin, kronik ve şiddetli inflamasyon ile hatta mortalite ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da diyaliz gereksinimi olan hastalarda NLO'nın daha yüksek saptanması ve CRP/albümin oranının C-ANCA için prediktör olması bunu desteklemektedir. Sonuç olarak Pauci-immün Tip Kresentik Glomerülonefrit tanısı alan hastalarda NLO'nun yüksek olması, CRP/albümin oranı yüksekliği şiddetli inflamasyon ve kronisite ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: ANCA, kresentik glomerülonefrit, vaskülit

Tablo 1. Grupların demografik özellikleri, komorbid hastalıkları ve laboratuvar parametreleri

	ANCA negatif (n= 12) Ort±SS	P-ANCA (n=21) Ort±SS	C-ANCA (n=17) Ort±SS	p değeri
Yaş (yıl)	51.25±17.40	55.90±19.52	58.00±14.71	0.080
Cinsiyet (E/K)	7/5	11/10	13/4	0.268
Hipertansiyon	8 (%66.7)	11 (%52.4)	9 (%56)	0.501
Diyabet	4 (%33.3)	5 (%23.8)	2 (%11.8)	0.165
Üst solunum yolu tutulumu	2 (%16,7)	3 (%14.3)	6 (%35.3)	0.262
Alt solunum yolu tutulumu	2 (%16.7)	8 (%38.1)	9 (%52,9)	9 (%52,9)
Eklem tutulumu	1 (%8.3)	1(% 4.8)	4 (%23.5)	0.171
Cilt tutulumu	1 (%8.3)	2 (%9.5)	2 (%11.8)	0.757
Diyaliz	8 (%66.7)	13 (%61.9)	7 (% 41.7)	0.156
Son dönem böbrek yetmezliği	5 (%45.5)	9 (%45)	4 (%25)	0.249
Ölüm	1 (%8.3)	2 (%9.5)	3 (%17.6)	0.424
Sistolik kan basıncı (mmHg)	134.17±18.80	127.14±20.18	126.47±15.79	0.400
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	83.33±7.78	76.43±11.08	77.65±11.47	0.154
Beyaz küre (103/µL)	10809.17±3775.67	9681.90±3536.38	11581.18±4628.70	0.350
Nötrofil	8317.50±3947.81	7281.90±2874.53	9238.82±4594.43	0.565
Lenfosit	1625.83±666.32	1268.10±511.68	1514.12±795.21	0.449
Platelet(103/µL)	306750.01±76817.52	259428.62±74913.00	309705.92±75657.00	0.315
Hemoglobin (g/dl)	10.72±1.54	13.13±18.57	9.72±1.44	0.040
Hematokrit %	32.24±4.54	27.25±3.36	29.42±4.16	0.004
NLO	6.77±5.96	6.43±2.85	8.31±5.75	0.638
BUN (mg/dL)	53.00±20.17	53.14±23.60	58.76±23.90	0.800
Kreatinin (mg/dl)	4.3±2.11	4.22±2.32	4.66±2.88	0.942
Albumin(g/dL)	3.28±0.71	2,88±0.46	2.77±0.44	0.118
CRP (mg/dL)	49.41±70.93	24.08±35.43	98.11±84.84	0.117
CRP/albumin oranı	17.53±26.33	8.12±15.57	37.80±36.20	0.078
MDRD-GFR	24.65±23.78	27.99±29.90	20.94±25.75	0.998
Ferritin (ng/mL)	433.94±432.21	390.05±421.83	452.25±268.71	0.473
Proteinüri (mg/gün)	3633.33±2863.69	4415.16±5804.26	3745.62±3676.37	0.746
Hematüri (/HPF)	391.63±796.16	150.53±122.33	149.06±134.15	0.630

S-020 Intra-Rater, Inter-Rater Reliability of Ultrasound Measurements of Supraspinatus Ten Don Thickness, Acromiohumeral Distance and Occupation Ratio in Patients with Shoulder Impingement Syndrome

Fatih Bağcıer[1], Duygu Geler Külcü[2], Elem Yorulmaz[2], Elif Çiğdem Altınok[3]

[1]Kars Harakani State Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kars
[2]Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, İstanbul
[3]Yeditepe University Medical Faculty, Biostatistics, İstanbul

Objective: Ultrasonography is one of the most common radiological methods used in the diagnosis and treatment monitoring of shoulder pain in recent years. The aim of this study was to investigate the intra-rater and inter-rater reliability of the acromiohumeral distance (AHD), supraspinatus tendon(SST) thickness, and the ratio of SST in AHD (occuption ratio)in the patients with shoulder impingement syndrome (SIS).

Materials-Methods: 100 patients with SIS were included in the study and 83 were completed. Measurements of AHD, SST thickness and occupation ratio (OR) were obtained by two researchers one week apart. Intraclass Correlation Coefficients (ICCs), the standard error of measurement (SEM) and minimum detectable difference (MDD) were calculated.

Results: Interrater reliability coefficients were 0.916 (95% CI= 0.873-0.945) for SST thickness, 0.943 (95% CI= 0.914-0.963) for AHD with MDC of 0.673 mm and SEM of 0.243 mm and 0.790 (%95 CI =0.693-0.853) for OR with MDC of 0.077 mm and SEM of 0.028 mm. The first re-searcher had excellent intra-rater reliability in all measurements (ICC >0.90) with MDC of 0.740-0.047 mm and with a SEM of 0.017-0.26 mm. The second researcher had excellent intra-rater reliability in SST and AHD measurements (ICC >0.90) with MDC of 0.498-0.770 mm and with a SEM of 0.18-0.28 mm and good intra-rater reliability in OR measurement (ICC= 0.75- 0.90) with MDC of 0.060 mm and with a SEM of 0.022 mm.

Conclusion: These findings suggest that SST thickness, AHD and OR measurements can be reliable and consistent for clinical evaluation in patients with SIS.

Keywords: Ultrasound, shoulder impingement syndrome, reliability

S-021 Tiroidektomi Operasyonları Sonrası Servikal Kinezyo Bantlamanın Boyun Ağrısı, Eklem Hareket Açıklığı ve Disabilite Üzerine Etkisi: Çift Kör Randomize Kontrollü Klinik Araştırma

Aysun Genç[1], Suleyman Utku Çelik[2], Derya Gökmen[4], Birkan Sonel Tur[1], Volkan Genç[3]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Ankara
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
[4]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Tiroidektomi ve paratiroidektomi gibi baş-boyun bölgesi cerrahileri sık yapılan uygulamalardır. Bu operasyonlar sırasında baş ve boynun hiperekstansiyon postürüne alınması cerrahi prosedürü kolaylaştırır. Ancak hastalar postoperatif dönemde cerrahi pozisyona bağlı olarak posterior boyun ağrısı, oksipital baş ağrısı, omuz-boyun hareket bozuklukları ve boyun eklem hareket açıklığında (EHA) kısıtlanmalar yaşayabilirler. Tiroidektomi ameliyatı olan hastaların %80'i posterior boyun ağrısı ve boyun EHA'da kısıtlanma şikayeti ifade etmelerine rağmen çalışmaların çoğu kesi ağrılarına odaklanmıştır ve bu şikayetler önemsenmemektedir. Ameliyat sonrası kullanılan analjeziklerin bu şikayetler üzerine olan etkileri net olarak ortaya konmamıştır. İntraoperatif transkutanöz elektriksel sinir stimulasyonu, ameliyat öncesi oksipital sinir bloku, bilateral yüzeyel servikal pleksus bloku veya postoperatif boyun germe egzersizleri gibi çeşitli tedavi modaliteleri bu semptomlara yönelik daha önce literatürde tanımlanmıştır. Kinezyo bantlama (KB) başlangıçta kas iskelet sistemi hastalıkları tedavisinde ve sporcu yaralanmalarının önlenmesinde kullanılmakla birlikte hipertansiyon, premenstrüel sendrom ve konstipasyon gibi çok çeşitli hastalık Gruplarında kullanılarak etkinliği araştırılmıştır. KB kan ve lenfatik sirkulasyonu düzenleyerek ağrıyı azaltır, analjezik sistemleri aktive eder, EHA'yı arttırır ve kas aktivitelerini destekler. Biz bu çalışma ile tiroidektomi sonrası servikal omurgaya uygulanan KB'nin boyun ağrısı, servikal EHA ve boyun fonksiyonları üzerindeki kısa dönem etkilerini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Toplam 80 hasta, kinezyo bantlama (KT) grubu (Grup 1, n=40) ve sham bantlama (Grup 2, n=40) grubu olarak rasgele sayılar tablosu kullanılarak randomize edildi. Her bir gruptan altışar hasta değişik nedenlerle çalışma dışı bırakıldı. Boyun ağrısı VAS (0-10 cm) ile, servikal EHA fleksiyon, ekstansiyon, sağ ve sol lateral fleksiyon ve rotasyon pozisyonlarında inklinometre ile ve boyun disabilitesi boyun disabilite indeksi (NDI) sorgulaması ile değerlendirildi. VAS operasyon öncesi ve sonrası 30. dakika, 4. saat, 12. saat, 24. saat ve 7 gün sonra kaydedilirken, EHA ve NDI ise operasyon öncesi ve sonrası 24. saatte kaydedildi. Operasyon sonrası ilk 7 gün parasetamol kullanım miktarı ve yan etkiler kaydedildi.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, beden kitle endeksi ve cerrahi süreleri açısından anlamlı fark yoktu. Grup 1 ve Grup 2 ortalama yaşları sırasıyla 51.6 ± 14.9 ve 49.2 ± 16.3 idi. Gruplar arasında VAS zaman değişimi açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0.838). EHA açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Cerrahi öncesi ile 7 gün sonrası NDI skorlarındaki değişiklik Grup 1'de % 0.6 iken Grup 2'de %3.1 idi ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p=0.486). Cerrahi sonrası parasetamol kullanımı Grup 1'de belirgin olarak az saptandı (p=0.011).

Sonuç: Servikal KB total tiroidektomi geçiren hastalarda analjezik tüketimini azaltan etkili ve kolay uygulanan bir tedavi yöntemidir. Daha fazla hasta sayısı içeren çalışmalar ile bulgularımız desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tiroidektomi, kinezyo bantlama, boyun ağrısı

S-022 The Efficacy of Pulsed Radiofrequency on Dorsal Root Ganglion Combined with Transforaminal Epidural Steroid Injection in Patients with Lumbar Disc Herniation

Mehmet Çetin Başkaya[1], Cem Erçalık[2]

[1]University of Health Sciences Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital, Pain Medicine Clinic, Ankara, Turkey
[2]İstanbul Arel University School of Health Sciences, Division of Physiotherapy and Rehabilitation, Istanbul, Turkey

Objective: To assess the efficacy of fluoroscopy-guided pulsed radiofrequency(PRF) on dorsal root ganglion combined with transforaminal epidural steroid injection(TFESI) in patients with lumbar disc herniation(LDH).

Materials-Methods: Data of 423 patients who were diagnosed with LDH in Pain Medicine outpatient clinic and underwent interventional procedures between July 2017-August 2018 evaluated from hospital database retrospectively. The inclusion criteria for the patients were as follows: 1) age>=18 years old; 2) low back pain with or without leg pain due to LDH which confirmed by MRI; 3) patients had not responded to conservative treatment consisting of medication and physical therapy; 4) patients treated with TFESI or PRF combined with TFESI. Exclusion criteria: 1) severe spinal stenosis; 2) sequestered disc herniation; 3) signs of progressive motor weakness or severe neurologic deficits such as bowel and bladder dysfunction; 4) injection site was infected; 5) severe psychiatric illness; 6) presence of spinal tumors, tumor metastasis, infection on the spine; 7) >=grade 2 spondylolisthesis; 8) severe kidney or liver function; 9) patients who had missing data or lost on follow up; 10) patients who underwent surgery or repeated interventional procedure before 6 months after the procedure
After including patients who fulfilled all of the inclusion criteria, were divided into two groups according to the treatment: 1) Group A(TFESI); 2) Group B(PRF combined with TFESI). Data of patients' age, duration of symtoms, side and level of procedure, visual anolog scale(VAS), modified Oswestry Disability Index(ODI) scores before procedure, VAS and ODI scores at first hour, at 3. week at 3. month and 6. month after procedure were collected.

Results: Data of 423 patients were screened between July 2017 and August 2018. Among them, 62 patients were lost to follow-up before 6 months, 11 patients had surgery after procedure. Other patients were excluded as they did not meet the selection criteria. 191 patients were included. Mean age of patients was 53.3±14.4 and mean duration of symptoms was 9.8±6.1 months. Of these, 94 patients had TFESI(group A), 97 patients had PRF combined with TFESI(group B). There was no statistically significant difference between the two groups in terms of age, duration of symptoms (p>0.05). In both groups, VAS and ODI scores at 1.hour, at 3. week, at 3.month and at 6. month was significantly lower than pre-treatment VAS scores (p=0.000).
There was no significantly difference between the two groups in terms of mean VAS scores before treatment and mean VAS scores at 1.hour (p>0,05). In group B, mean VAS scores at 3. week, at 3. month and at 6. month significantly lower than group A (p=0.001; p=0.001; p=0.000; respectively).
There was no significantly difference between the two groups in terms of mean ODI scores before treatment (p>0.05). In group B, mean ODI scores at 3. week, at 3.month and at 6. month significantly lower than group A (p=0.019; p=0.003; p=0.000; respectively

Conclusion: PRF combined with TFESI for the treatment of LDH could effectively and rapidly relieve low back and radicular pain, reduce VAS and ODI scores, relieve pain symptoms, reduce disability, as well as, achieve long-term remission.

Keywords: Dorsal root ganglion, lumbar disc herniation, pulsed radiofrequency, transforaminal epidural steroid injection

S-023 Lomber Transforaminal Epidural Steroid Enjeksiyonu Uygulanan Radikülopatili Hastalarda Nöropatik Ağrı Varlığının Tedavi Sonuçları Üzerine Etkisi

Gonca Yazıcı[1], Serhad Bilim[1], Alp Eren Çelenlioğlu[2], Savaş Şencan[1], Osman Hakan Gündüz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Nöropatik ağrı, yaşam kalitesinde azalma ve ciddi disabiliteye yol açan önemli bir sorundur. En sık sebebi radikülopati olup tedavisinde medikal ajanların yanı sıra transkraniyal manyetik stimülasyon ve epidural steroid enjeksiyonları gibi tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Bu hastalarda gerek transforaminal epidural steroid enjeksiyonu (TFESE) öncesi gerekse sonrasında nöropatik ağrının değerlendirilmesi, nöropatik ağrının tedavi başarısındaki prediktif rolünün belirlenmesi açısından önemlidir. Bu bulgular doğrultusunda çalışmadaki amacımız lomber disk herniasyonuna (LDH) bağlı radikülopati nedeniyle TFESE uygulanan hastalarda nöropatik ağrının tedavi sonuçları üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi olacaktır.

Gereç-Yöntem: Prospektif olarak planlanan çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı (Etik No: 09.2018.592). Çalışma, bel ve/veya bacak ağrısı olan, klinik olarak ve manyetik rezonans görüntülemede L4-5 ve L5-S1 seviyelerinden birinde tek taraflı LDH'ya bağlı spinal kök basısı olan hastalar alınarak gerçekleştirildi. Elektromiyografik olarak doğrulanmış diğer nöropatik ağrı sebepleri (polinöropatiler, tuzak nöropati vs), geçirilmiş lomber cerrahi öyküsü, multiseviye disk herniasyonu, spinal stenoz dışlama kriterleri olarak belirlendi. Hastalarda ağrı şiddeti Numeric Rating Scala (NRS) ile işlem öncesi ve işlem sonrası 1. saat, 3. hafta ve 3. ayda; fonksiyonellik ise işlem öncesi ve işlem sonrası 3. hafta ve 3. ayda Oswestry Disabilite İndex (ODİ) ile değerlendirildi. Nöropatik ağrı varlığı işlem öncesi, işlem sonrası 3. hafta ve 3. ayda değerlendirilmiş olup değerlendirmede 4 Soru Nöropatik Ağrı Anketi (Douleur Neuropathique 4 Questions, DN4) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 26 erkek, 22 kadın olmak üzere toplam 48 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 41,8± 10,6 yıl, semptom süreleri ortalaması 4,6± 6,8 ay idi. 36 hasta 3 aylık takip süresini tamamlamıştı. Başlangıçta hastaların 28 (%58,3) 'inde nöropatik ağrı mevcuttu. İşlem öncesi median NRS değeri, nöropatik ağrısı olan grupta 8 (7-10) iken, nöropatik ağrısı olmayan grupta 7 (5-8) olup nöropatik ağrısı olan hastalarda median NRS değerlerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. İşlem sonrası nöropatik ağrısı olan hasta sayısı 3. haftada 17 (%35,4) ve 3. ayda 14 (%38,9)'e düşmüştü. 3. hafta kontrolünde işlem öncesi nöropatik ağrısı olan ve olmayan gruplar arası median NRS değerleri ve ODİ skorları arasında fark izlenmedi (p> 0.05). Buna karşın 3. ay kontrolünde median ODİ değerleri sırasıyla 36 ve 31 puan olup nöropatik ağrısı olmayan grupta fonksiyonelliğin istatistiksel olarak anlamlı derecede iyi olduğu gözlenmiştir (p=0.011). İşlem sonrası 3. ayda median NRS değerleri sırasıyla 3 ve 1 olup her iki grupta da tedaviye yanıt alınmıştır ve gruplar arası istatistiksel anlamlı farklılık yoktur (p=0.067; 0.001).

Sonuç: Lomber disk herniasyonuna bağlı radikülopatili hastalarda TFESE uygulamalarında nöropatik ağrı varlığı, uzun dönemdeki fonksiyonel iyileşmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda nöropatik ağrısı olan hastalarda başlangıçtaki ağrı şiddetleri daha fazla olmasına karşın, nöropatik ağrı varlığı tedavi sonrası azalan ağrı yanıtlarını etkilememektedir. Çalışmamızda nöropatik ağrısı olan hasta sayısının zaman içerisinde azalması TFESE tedavisinin lomber radikülopatide ağrının sadece nosiseptif değil nöropatik komponenti üzerinde de etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Çalışmamız halen devam etmekte olup güvenilir sonuçlar için daha çok hasta verisine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nöropatik ağrı, epidural steroid enjeksiyonu, bel ağrısı, lomber radikülopati

S-024 Primer ve Sekonder Sjögren Sendromlu Hastalarda Klinik ve Laboratuvar Parametrelerin Karşılaştırılması

Pınar Bora Karslı, Şebnem Ataman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sjögren sendromu (SjS) gözyaşı ve tükrük bezleri başta olmak üzere, ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik, sistemik bir hastalıktır. Otoimmün bir ekzokrinopati olan bu hastalık özellikle ağız ve gözde kuruluk (sikka semptomları) yapmakla birlikte, diğer organ tutulumlarına ait sistemik bulgular da eşlik edebilir. Semptomların multisistemik olması ve hastalığa özgü olmaması tanıyı güçleştirir. SjS altta yatan başka bir hastalık yoksa Primer SjS (pSjS); Romatoid Artrit (RA), Sistemik Lupus Eritamatozus, Sistemik Skleroz gibi otoimmun bir hastalıkla birlikte ise Sekonder SjS (sSjS)'den söz edilir. Bu çalışmada kliniğimizde pSjS ve sSjS tanılarıyla takip edilen hastaların klinik ve laboratuvar özelliklerini karşılaştırmak hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Haziran 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR/Romatoloji polikliniğine başvuran pSjS ve sSjS tanısı (M35 Bağ dokusunun diğer sistemik tutulumu, M35.0 Sicca Sendromu Sjögren, M35.8 Bağ dokusunun diğer tanımlanmış sistemik tutulumu, M35.9 Bağ dokusunun sistemik tutulumu, tanımlanmamış ICD kodları taranarak) konmuş 132 hasta dahil edildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak taranıp, demografik, klinik, laboratuvar özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 52,3±11,3 yıl ve %95,5 (126)' i kadındı. Yaş ve cinsiyet dağılımı açısından pSjS ve sSjS hasta grupları homojendi. pSjS tanısı %65.9 (87) ve sSjS tanısı %34.1 (45) hastada mevcuttu. pSjS grubunda %59.7 (52), sSjS grubunda %60 (27) sıklıkta ilk şikayet eklem ağrısıydı, her iki grupta da en sık tutulen eklem el eklemleriydi, eşlik eden fibromiyalji sendromu (FMS) pSjS grubunda %21.8 (19), sSjS grubunda %17.7 (8) sıklıkta olup başvuru şikayeti dağılımı ve FMS sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. En sık eşlik eden otoimmün hastalık RA %14.4 (19) sıklıkta idi. Schirmer testi pozitifliği pSjS'de %48.2 (42), sSjS'de %44.4 (20), tükrük testi pozitifliği pSjS'de %50.5 (44), sSjS'de % 31.1 (14), tükrük bezi biyopsi pozitifliği pSjS'de %54 (47), sSjS'de %46.6 (21) olup gruplar arası anlamlı fark yoktu. Hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1' de özetlendi. sSjS' de pSjS' ye göre pulmoner tutulum, RF, ds DNA, Cenp-B, Jo-1 pozitifliğiyle metotreksat ve steroid kullanımı anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0.05$). Hidroksiklorokin kullanımı pSjS' de %87.4 (76), sSjS' de %84.4 (38), sıklıkta iken; mikofenolat mofetil ve rituksimab kullanan hastalar sadece sSjS grubunda yer almaktaydı. pSjS ve sSjS tanılı hastaların otoantikor pozitiflikleri ve kullandığı ilaçlar Tablo 2' de belirtildi.

Sonuç: Bu çalışma bize; pSjS ve sSjS arasında bir çok ortak klinik ve laboratuvar benzerlikler olmakla birlikte aslında önemli bazı farklılıkların da olabileceğini göstermiştir. Pulmoner tutulumun ve otoantikorların sSjS'de fazlalığı, bu hastaların daha ciddi takip edilmeleri gerektiğini ortaya koymuştur. Sekonder SjS'li hastalarda steroid, DMARD, bazı biyolojik tedaviler ve immünosüpresiflerin daha fazla kullanılıyor olması da bu görüşümüzü desteklemektedir.

Kaynaklar:

1. Tsuboi, Hiroto, et al. "Primary and secondary surveys on epidemiology of Sjögren's syndrome in Japan." Modern rheumatology 24.3 (2014): 464-470.
2. Kruszka, Paul, and ROBERT J. O'BRIAN. "Diagnosis and management of Sjögren syndrome." American family physician79.6 (2009).
3. Vivino, Frederick B., et al. "New treatment guidelines for Sjögren's disease." Rheumatic Disease Clinics 42.3 (2016): 531-551.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, sikka semptomları, sistemik tutulum, otoantikorlar

Tablo1. Primer SjS ve Sekonder SjS tanılı hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri

Toplam hasta: 132	Primer SjS % 65.9 (n=87)	Sekonder SjS % 34.1 (n=45)	P değeri
Yaş	52.09±11.6	52.95±10.9	0.68**
Cinsiyet Kadın Erkek	%97.8 (85) %2.2 (2)	%91.2 (41) %8.8 (4)	0.08*
Başvuru şikayeti Artralji Sicca semptomları	% 59.7 (52) % 25.2 (22)	% 60 (27) % 11.1 (5)	0.15*
Eşlik eden otoiimmün hastalık Romatoid artrit Skleroderma Sistemik lupus eritamatozus İnflamatuar myozit	- - - -	% 42.2 (19) % 22.2 (10) % 13.3 (6) % 11.1 (5)	
Fibromiyalji sendromu	% 21.8 (19)	% 17.7 (8)	0.58*
Cilt kuruluğu	% 37.9 (33)	% 42.2 (19)	0.72*
Pulmoner tutulum	% 3.4 (3)	% 13.3 (6)	0.02*
Primer biliyer siroz	% 3.4 (3)	% 2.2 (1)	0.57*
Renal tutulum	% 2.2 (2)	% 6.6 (3)	0.21*
El- ayaklarda uyuşma	% 21.8 (19)	% 28.8 (13)	0.37*
ESR artışı	%19.5 (17)	% 24.4 (11)	0.51*
CRP artışı	% 35.6 (31	% 48.9 (22)	0.19*
Lökopeni	%20.7 (18)	% 17.8 (8)	0.81*
Lenfopeni	% 25.3 (22)	% 17.8 (8)	0.38*

*SjS: Sjögren sendromu Veriler % (n) olarak verilmiştir. p<0.05 istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. *chi square ** student t test*

Tablo 2. Primer SjS ve Sekonder SjS tanılı hastalarda otoantikor pozitifliği ve ilaç kullanımı

Toplam hasta: 132	Primer SjS (n=87)	Sekonder SjS (n=45)	P değeri*
RF pozitifliği	% 14.9 (13)	% 31.1 (14)	0.048
Anti-CCP pozitifliği	% 5.7 (5)	% 8.9 (4)	0.49
ANA pozitifliği	% 71.3 (62)	% 82.2 (37)	0.06
ENA pozitifliği	% 63.2 (55)	% 71.1 (32)	0.08
ds-DNA pozitifliği	% 0.0	% 6.7	0.03
SS-A pozitifliği	%41.4	%31.1	0.26
Ro-52 pozitifliği	% 23	% 35.6	0.15
Ro-60 pozitifliği	% 1.1	%4.4	0.26
SS-B pozitifliği	% 14.9	% 6.7	0.25
Cenp- B pozitifliği	% 1.1	% 15.6	0.02
Jo-1 pozitifliği	% 0.0	% 8.9	0.01
Hidroksiklorokin	% 87.4 (76)	% 84.4 (38)	0.58
Metotreksat	% 5.6 (5)	% 42.2 (19)	0.00
Kortikosteroid	% 9.2 (8)	% 24.4 (11)	0.03
NSAİİ	% 6.9 (6)	% 11.1 (5)	0.14
Mikofenolat mofetil	% 0 (0)	% 2.2 (1)	0.57
Pilokarpin	% 4.6 (4)	% 2.2 (1)	0.66
Azotiyoprin	% 1.1 (1)	% 4.4 (2)	0.26
Quensyl	% 4.6 (4)	% 2.2 (1)	0.66
Rituksimab	%0 (0)	% 2.2 (1)	0.34

*SjS: Sjögren sendromu, RF: Romatoid faktör, Anti-CCP: Anti siklik sitrulineated peptid, ANA: Antinükleer antikor, ENA: ekstraktabl nükleer antijen, NSAİİ: Non steroid antiinflamatuar ilaç Veriler % (n) olarak verilmiştir. p<0.05 istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. *chi square*

S-025 Behçet Hastalığında Demir Metabolizmasının Hastalık Aktivitesindeki Rolü

Ahmet Karadağ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Behçet Hastalığı, başlıca mukokutanöz, göz, eklem, vasküler ve santral sinir sistemini etkileyebilen, kronik enflamatuvar bir hastalıktır.Demir, sitokin üretiminde, oksijen taşınmasında, hücre bölünmesinde ve hemoglobin ve miyoglobin üretiminde önemli rol oynayan önemli bir eser elementtir. Demir metabolizmasının düzensizliği, bağışıklık sistemindeki kusur ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız Behçet hastalığında demir metabolizmasının hastalık aktivitesi ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 50 aktif Behçet hastası ve 50 remisyonda Behçet hastası alındı. Her iki grubun yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ) gibi sosyodemografik verileri kaydedildi. Behçetli hastalarının klinik bulguları, hastalık süresi ve Behçet Hastalığı Aktivite Skoru (BCDAF) kaydedildi. Serum demir, demir bağlama kapasitesi ve ferritin değerlerini ölçmek için her iki gruptan venöz kan alındı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve VKİ açısından istatiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05).Grupların klinik bulguları, hastalık süresi ve aktif Behçet hastalığı olan grubun BCDAF skoru tablo 1'de gösterildi. Gruplar arasında serum hemoglobin ve demir düzeyi açısından fark anlamlı değilken (p>0.05), ferritin ve unsature demir bağlama kapasitesi açısından fark istatiksel olarak anlamlı idi (p<0.05).Grupların labarotuar değerleri tablo 2'de gösterildi.

Sonuç: Aktif Behçet hastalarında serum ferritin ve unsature demir bağlama kapasitesi remisyonda olan Behçet hastalarından daha yüksektir fakat serum hemoglobin ve demir düzeyi farklı değildir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, demir, ferritin

Tablo 1.Grupların klinik bulguları

	Aktif BH (n=50)	RemisyonBH(n=50)	P değeri
	Mean±SD	Mean±SD	
Hastalık süresi (ay)	83.54±46.63	85.10±43.50	p >0.05
BDCAF	3.6±1.38		
	n (%)	n (%)	
Oral ulser	34 (68)	35(70)	
Genital ulser	30 (60)	29(58)	
Oküler lesions	21 (42)	23(46)	
Artrit	18 (36)	16(32)	p >0.05
Cilt bulguları	36 (72)	34(68)	
Pozitif paterji t.	22 (44)	23(46)	
Vasküler bulgu	20 (40)	19(38)	

BCDAF;Behçet Hastalığı Aktivite Skoru

Tablo 2. Grupların laboratuar değerleri

	Aktif BH(n=50)	Remisyon BH(n=50)	P değeri
	Mean±SD	Mean±SD	
Hemoglobin (g/dL)	13.25±1.50	13.17±1.85	0.178
Demir (µg/dL)	63.82±39.40	70.09±36.28	0.552
Ferritin (L)	48.01±59.99	40.84±33.98	0.028*
UIBC (µg/dL)	340.42±79.41	241.86±101.13	0.001*
hsCRP (mg/L)	7.59±6.81	3.74±1.78	0.009*
ESR (mm/h)	19.62±16.63	8.82±3.36	0.001*

S-026 Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Lomber Ağrılı Nokta Enjeksiyonu ile Kinezyobantlama Tedavilerinin Etkinlikleri: Prospektif Randomize Çift Kör Kontrollü Çalışma

Adem Erbirol, Figen Yılmaz, Murat Kösem, Tuğba Özsoy Ünübol, Emre Ata

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bel ağrısı toplumda oldukça sık görülen bir sağlık sorunudur ve etkilenen bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kronik bel ağrısıyla ilgili birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmada kronik bel ağrılı hastalarda, lomber bölgeye uygulanan ağrılı nokta enjeksiyonu ile kinezyo-bantlama tedavilerinin etkinliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışma prospektif, randomize, kontrollü, çift kör olarak planlandı. Çalışmaya dahil edilen kronik bel ağrılı hastalar ''random number generator'' yöntemi ile 4 gruba randomize edildi. Birinci grup lokal anestezik (LA) ile enjeksiyon, 2. grup serum fizyolojik (SF) ile enjeksiyon, 3. grup kinezyo-bantlama (KB), 4. Grup ise sham-bantlama (SB) grubu olarak belirlendi. LA grubuna 17 cc %0,5 lik jetokain uygulandı. SF grubuna 17 cc %0,9 NaCl uygulandı. KT grubuna paravertebral teknikle bantlama yapıldı. SB grubuna aynı teknikle gerim olmadan kinezyo-bantlama yapıldı. Tüm tedavi gruplarındaki hastalara üçer gün ara ile toplam 6 seans uygulama yapıldı ve çalışma boyunca hotpack (her gün, 20 şer dakika) ve egzersiz (bel, iliopsoas ve hamstring kasları için germe; kalça ve bel eklem hareket açıklığı; kalça ve bel izometrik egzersizleri) standart tedavi olarak verildi. Değerlendirmeler tedavi öncesi (T0), tedaviden hemen sonra (T1), 1 ay (T2) ve 3 ay (T3) sonra yapıldı. Hastaların ağrı düzeyi (istirahat halinde, hareketle ve gece) Vizüel analog skala(VAS) ile,spimal mobilite düzeyi Schober testi ile, dizabilite düzeyi Oswetry dizabilite indeksi (ODI) ile, yaşam kalitesi düzeyi SF-36 ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 84 hasta (çalışmayı tamamlayanlar LA: 20, SF:21, KB:19, SB:21) dahil edildi. Hastaların başlangıç demografik ve klinik verilerinde istatistiksel anlamlı fark yoktu. Grup içi analizlerde dört grupta da VAS hareket, Schober testi, ODI ve SF-36 parametreleri tedavi sonrası tüm değerlendirmelerde (T1,T2 veT3) başlangıca göre (T0) anlamlı olarak iyileşmişti. VAS istirahat ve VAS gece parametrelerinde LA ve SF gruplarında anlamlı fark saptandı. Gruplar arası değerlendirmede ise sadece VAS istirahat parametresinde LA grubu lehine anlamlı fark saptandı. Sonuç: Tüm tedavi gruplarında tedavi öncesine göre spinal mobilite, ağrı, dizabilite ve yaşam kalitesi parametrelerinde iyileşme saptandı. SF ve SB gruplarında görülen iyileşme tüm gruplara verilen sıcak uygulama ve egzersiz programı ile ilişkili olabilir. Bunun yanında, plasebo etkisi de bu iyileşmeye etki etmiş olabilir. Öte yandan LA ve KB grubu arasında da belirgin fark saptanmamış olması non-invazivden invazive doğru basamaklı tedavi yaklaşımını destekler niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, egzersiz, enjeksiyon, kinezyobant, lokal anestezik

S-027 Kronik Konstipasyonun Neden Olduğu Kronik İnflamasyon, Fibromiyalji Semptomlarının Başlangıcına ve Şiddetine Etkili Olabilir mi?

Başak Mansız Kaplan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara

Amaç: İrritabl barsak sendromu (IBS), konstipasyon, diyare gibi barsağın fonksiyonel bozuklukları fibromiyalji sendromuna eşlik edebilmektedir. Fibromiyaljide fonksiyonel barsak bozuklukları %30-70 sıklıkta görülebilmektedir. Kronik konstipasyon ile genişleyen kolon çeşitli mikroorganizmalar için rezervuar görevi görmektedir. Mikroflorada yaralı bakterilerde azalma, patojen mikroorganizmalarda ve mantarlarda artış gözlenmektedir ve bu durum kronik düşük dereceli inflamasyona neden olur. Kronik konstipasyon ile oluşan mikrobiata ve intestinal permeabilite bozulma ile nörolojik hastalık ilişkisi son yıllarda merak uyandırmaktadır. Otizim, Parkinson gibi hastalıkların bu bozulma ile ilişkili olabileceği rapor edilmiştir. Bu çalışma ile etyolojisinde periferik nedenlerin yanı sıra santral sinir sistemini etkilenimi olan fibromiyaljinin kronik konstipasyon ile hem süre hem hastalık ciddiyeti açısından ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: FTR polikliniğine başvuran ACR 2016 revize tanı kriterlerine göre fibromiyalji tanı kriterlerini karşılayan 18-65 yaş arası kadın hastalar ile aynı yaş aralığında ve aynı cinsiyette sağlıklı popülasyon çalışmaya dahil edildi. Bilinen sistemik, nörolojik hastalığı ve bilişsel problemi olanlar ile intestinal permeabiliteye etkili ilaç kullanım öyküsü ve sekonder fibromiyaljisi olanlar dahil edilmedi. Hastalara fibromiyalji etki anketi (FEA) uygulandı. Hastalar ve sağlıklılar Roma IV kriterlerine göre IBS, fonksiyonel konstipasyon ve fonksiyonel diyare açısından sorgulandı. Konstipe olanlara konstipasyon ciddiyet ölçeği (KCÖ) ve kronik konstipasyon yaşam kalitesi ölçeği (KKYKÖ) dolduruldu.

Bulgular: Çalışma fibromiyalji grubunda 40, kontrol grubunda 40 kişi ile tamamlandı. Fibromiyalji grubu ile kontrol grubu arasında yaş, vücut kitle indeksi ve eğitim durumları arasında fark saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda % 10 konstipasyon (n=4), % 0 IBS (n=0), % 25 gastrit (n=10) görülürken, Fibromiyalji grubunda % 45 konstipasyon(n=18), % 22,5 IBS (n=9), % 67,5 gastrit (n=27) görüldü ($p<0,01$). Konstipasyonu olan fibromiyalji hastalarında ortalama kabızlık süresi 20,1 ± 8,9 iken ortalama fibromiyalji semptom süreleri 16,0 ± 10,2 yıl bulundu. 18 hastanın 16 sında da önce konstipasyon gelişmiş sonra fibromiyalji semptomları başlamıştı (ortalama yıl: 4,1 ± 5,3). Konstipasyon olan ve olmayan fibromiyalji hastaları karşılaştırıldığında semptom süreleri ve FEA kabız olanlarda anlamlı yüksek çıktı ($p<0,01$). Veriler arasında korelasyon varlığı değerlendirildiğinde fibromiyalji semptom süresi ile konstipasyon süresi ($r = 0,85$, $p=0,000$), KKYKÖ ($r = 0,71$, $p=0,001$) ve KCÖ ($r = 0,59$, $p=0,01$) arasında pozitif korelasyon saptandı. FEA ile de KCÖ ($r = 0,96$, $p=0,00$) ve KKYKÖ ($r = 0,62$, $p=0,006$) arasında pozitif korelasyon bulundu.

Sonuç: Fibromiyaljili hastalarda gastrointestinal semptomların sıklığı artmıştır. Konstipasyonun ciddiyeti arttıkça fibromiyalji semptomları kötüleşmektedir. Fibromiyaljiden önce konstipasyon bulgularının olması, konstipasyonun neden olduğu düşük seviyeli kronik inflamasyonun fibromiyaljinin başlangıcına etkisi olabileceği düşünülse de bu neden sonuç ilişkisine açıklık getirmek için prospektif kohort çalışmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, konstipasyon, gastrit, irritabl barsak sendromu

S-028 Fibromiyalji ile Gövde Kas Performansının İlişkisi

Cevriye Mülkoğlu[1], Sühan Taşkın[1], Başak Mansız Kaplan[1], Seçil Vural[1], Ahmet Buğra Selvi[2], Hakan Genç[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

Amaç: Fibromiyalji Sendromu (FMS) tanısı almış kadın hastaların gövde kas performansının, yaş ve vücut kitle indeksi (VKI) benzer sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Yaş ve VKİ açısından benzer olan 37 FMS'li kadın ve kontrol grubu olarak 32 sağlıklı gönüllü kadın çalışmaya alındı. Olguların yaş, boy, ağırlık, vücut kitle indeksi (VKİ), meslekleri, ek hastalıkları, egzersiz alışkanlıkları gibi demografik ve klinik verileri kaydedildi. Ağrı şiddeti Visual Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Tüm katılımcılara Fibromyalji Etki Anketi (FIQ), Oswestry Dizabilite Anketi (ODQ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDI) uygulandı. İzokinetik dinamometre (BIODEX) ile yarı oturur pozisyonda, 60°-90°-120°/saniye(sn) açısal hızlarda 10° lomber ekstansiyon, 50° lomber fleksiyon hareket açıklığında gövde fleksör ve ekstansör kas performansları değerlendirildi. Fleksör (flex) pik tork (PT), ekstansör (ext) PT değerleri ve flex / ext PT oranı (%) kaydedildi.

Bulgular: FMS grubunda ortalama yaş 43,9 ± 8,1 yıl; kontrol grubunda ise ortalama yaş 43,7 ± 6,7 idi. VKİ ortalaması, FMS grubunda 27.5±4.19; kontrol grubunda ise 26.4±4.08 idi. Yaş ve VKİ açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). VAS, FIQ, ODİ, BDI değerleri karşılaştırıldığında ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). İzokinetik cihazla 60°, 90°, 120° / sn açısal hızlarda ölçülen ext-PT değerleri FMS grubunda istatistiksel olarak düşük bulundu ($p<0.05$). 60°, 90°, 120° açısal hızlarında flex-PT değerleri FMS grubunda kontrol grubundan daha düşüktü fakat iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. FMS grubunda her 3 açısal hızda flex / ext PT oranları artmıştı. 60°/sn açısal hızda kontrol grubunda da flex / ext PT oranı artmıştı.

Tartışma-Sonuç: FMS'li hastalarda yaygın ağrı, yorgunluk ve düşük aerobik kapasiteden dolayı kas performansı olumsuz etkilenir. FMS'de üst ve alt ekstremite kas performanslarında azalma olduğu literatürde birçok çalışmada gösterilmiştir. Biz bu çalışmada ilk olarak, FMS'li kadınların gövde kas performanslarını izokinetik dinamometre ile değerlendirdik ve FMS grubunda gövde kaslarının özellikle de ekstansörlerin anlamlı derecede zayıf olduğunu saptadık.
Sonuç olarak FMS hastalarında gövde kas performansı olumsuz etkilenir. Fibromyalji tedavisinde aerobik egzersizler yanında gövde kas performansını geliştirmek için güçlendirme egzersizlerinin önemini gösteren daha geniş kapsamlı randomize kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Fibromyalji sendromu, gövde kas performansı, izokinetik dinamometre

S-029 Sjögren Sendromlu Hastalarda Kas Mimarisi

Duygu Tecer[1], Dilek Eker Büyükşireci[2], Jale Meray[2], Feride Göğüş[3]

[1]Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Sjögren sendromu (SS), çok sayıda klinik belirtisi olan sistemik otoimmün bir hastalıktır. Yorgunluk ve iskelet kası tutulumu SS'lu hastalarda nadir olmasa da, SS'lularda iskelet kası makroskopik yapısı hakkında çok fazla veri yoktur. Bu çalışmada; SS'lu hastalarda kas gücü ve ultrasonografik kas mimarisinin farklılık gösterip göstermediğini ve bu farklılıkların hastalık aktivitesi, yorgunluk, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olup olmadığını araştırmayı hedefledik.

Gereç-Yöntem: Vastus lateralis kasında 2.40 mm ortalama fark ve 2.5 mm standard sapma (ss) ile %80 güç ve % 5 anlamlılık esas alınarak yapılan güç analizi sonucu 38 katılımcı (19 SS'lu hasta ve 19 sağlıklı kontrol) çalışmaya dahil edildi (1). Eşlik eden romatizmal hastalık ve miyozit öyküsü olanlar dışlandı. Hastalık aktivitesi EULAR Sjögren Disease Activity Index (ESSDAI), anksiyete ve depresyon Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), yorgunluk Multidimensional Assessment of Fatigue scale (MAF), yaşam kalitesi Health Assessment Questionnaire (HAQ) ile değerlendirildi. Klinik verilere kör olan bir romatolog tarafından katılımcıların kuadriseps femoris, gastroknemius ve soleus kaslarının kalınlıkları; vastus lateralis, medialis, intermedius, medial gastroknemius kaslarının pennat açıları ve fasikül uzunlukları bilateral olarak ölçüldü. İzokinetik diz kas kuvveti testleri 60 ve 180°/s'de, ayak bileği kas kuvveti testleri 30 ve 120°/s'de kalibre edilmiş standart bir izokinetik test cihazı ile yapıldı.

Bulgular: Her iki grubun yaş, boy, kilo ve vücut kitle indeksleri benzerdi (sırasıyla p=0.583, p=0.441, p=0.948, p=0.671). SS'luların depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yorgunluk skorları sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p<0.0001). Dominant ekstremitede SS'lularda vastus medialis kasının pennat açısı sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede düşüktü (10.26± 3.63° ss ve 14.15± 6.36° ss, p= 0.049). Non-dominant ekstremitede, SS'lularda medial gastroknemius kasının pennat açısı sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksekti (22.89± 4.82° ss ve 19.15± 4.68° ss, p= 0.006). Ek olarak; SS'lularda medial gastroknemius kasının fasikül uzunluğu, sağlıklı kontrollerden anlamlı derecede kısaydı (42.26± 10.33 ss mm ve 49.25± 8.27 ss mm, p= 0.036). SS'lular ve sağlıklı kontrollerde diz ve ayak bileği kaslarının peak tork / vücut ağırlığı benzer tespit edildi. SS grubunda, dominant ekstremitede ESSDAI, 60°/s ve 180°/s hızlarında diz ekstansiyon kuvveti (sırasıyla r= -0.572, p= 0.010; r= -0.617, p= 0.05), 60°/s hızında diz fleksiyon kuvveti (r= -0.492, p= 0.033) ve 30°/s hızında ayak bileği plantar fleksiyon kuvveti (r= -0.730, p= 0.001) ile negatif korelasyon gösterdi. Benzer şekilde non-dominant ekstremitede ESSDAI, 60°/s ve 180°/s hızlarında diz ekstansiyon kuvveti (sırasıyla r= -0.575, p=0.010, r= -0.508, p= 0.026) ve 30°/s hızında ayak bileği plantar fleksiyon kuvveti (r= -0.506, p= 0.027) ile negatif korelasyon gösterdi. Yorgunluk, dominant ekstremitede 120°/s hızında ayak bileği plantar fleksiyon kuvveti (r= -0.484, p= 0.036), non-dominant ekstremitede 180°/s hızında diz ekstansör kuvveti (r= -0.521, p= 0.022) ve 60°/s hızında diz fleksör kuvveti (r= -0.585, p= 0.011) ile negatif korelasyon gösterdi. Anksiyete, depresyon ve kas kuvveti arasında korelasyon yoktu.

Sonuç: SS'lu hastaların ultrasonografik değerlendirmesinde bazı küçük yapısal değişiklikler saptandı. SS'lu hastalarda diz ekstansör/fleksör kuvveti ve dayanıklılık, hastalık aktivitesi ile orta derecede negatif korelasyon bulundu.

Kaynaklar:
1. Kaya A et al. Ultrasonographic evaluation of the muscle architecture in patients with systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol 2013;32:1155-1160.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, kas mimarisi, kas kuvveti

S-030 Psöriyatik Artritli (PsA) Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Hemoglobin, D Vitamini ve B12 Vitamini Seviyeleri ile İlişkisi

Sevtap Acer Kasman, Halise Hande Gezer, Didem Erdem, Mehmet Tuncay Duruöz

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

Ön Bilgi: Kronik romatizmal hastalıklarda anemi ile birlikte B12 ve D vitamini düşüklüğüne eğilim vardır. Çalışmalarda hemoglobin, B12 ve D vitamini düzeyleri ile psöriyatik artrit (PSA) aktivitesi ilişkileri tek tek gösterilse de üçünün birden değerlendirilip; bu eksikliklerin hem hastalık aktivitesi, hem yorgunluk hem de yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmemiştir 1, 2.

Amaç: PsA'lı hastalarda kan hemoglobin, serum B12 ve 25-hidroksi D vitamini (25OHD) düzeyleri ile yorgunluk, hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması.

Gereç-Yöntem: CASPAR kriterlerine göre tanı alan kliniğimizde takipli PsA'lı hastalar çalışmaya alındı. Bu hastaların son bir ay içinde kayıtlarında bulunan, B12 vitamini, D vitamini (25OHD) ve hemoglobin düzeyleri kaydedildi. B12 için 200<pg/mL, 25OHD için <20 ng/mL ve hemoglobin için <12 g / dL düşük düzey kabul edildi. Hastaların demografik verileri, tütün kullanımı, hastalık süresi kaydedildi. Muayene sonunda hastalık aktivitesi (DAS28), entezit skoru (MASES), yorgunluk düzeyi (VAS) ve yaşam kalitesi skorlarının (SF 36) verileri hesaplandı.

Bulgular: PsA tanılı 67 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 44.89 yıl (SS:10.78), vücut kitle indeksi ortalaması 29.74 (SS:5.16), hastalık süresi ortalaması 64.72 ay (SS:95.14) olarak saptandı. Hastaların %70.1'i kadındı ve %22'si tütün kullanıyordu. Hastaların %15'inde anemi, %24'ünde vitamin B12 eksikliği, %36'sında 25OHD eksikliği bulundu. Hastaların VAS yorgunluk ortalaması 4.07 (SS:2.79), DAS28 ortalaması 2.97 (SS:1.05) ve MASES ortalaması 0.85 (SS:1.63) bulundu. Hastaların VAS yorgunluk skoru ile hastalık parametreleri skorları (hemoglobin, B12, 25OHD, hastalık süresi, vücut kitle indeksi ve MASES) arasında yapılan Spearman korelasyon testinde istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p>0.05). SF 36'nın alt parametrelerinin ortalamalarının 33.58 ile 61.75 arasında değişmekte olduğu gözlendi. SF36 alt parametrelerinden fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı ile DAS28 skoru zayıf-orta korelasyonlar gösterdi (r:0.253-0.401). Ayrıca SF36'nın bazı alt parametreleri ile bazı klinik veriler arasında zayıf ama anlamlı korelasyonlar tespit edildi: Ağrı ve MASES (r: 0.341), sosyal işlevsellik ve hemoglobin düzeyi (r: 0.273) ve duygusal rol zorluğu ve B12 seviyeleri (r: 0.240) koreleydi.

Sonuç: Bu sonuçlar, PSA hastalarında yorgunluk düzeyi ve yaşam kalitesinin hemoglobin, B12 vitamini ve D vitamini düzeylerinden ziyade hastalık aktivitesi ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedir. Gelecekte daha çok hasta sayısı ile yapılan doğrulayıcı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Referanslar:
1.Segal, R., et al., Anemia, serum vitamin B12, and folic acid in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and systemic lupus erythematosus. Rheumatol Int, 2004. 24(1): p. 14-9.
2.Grazio, S., et al., Vitamin D serum level, disease activity and functional ability in different rheumatic patients. Am J Med Sci, 2015. 349(1): p. 46-9.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, B12 ve D vitamini, hemoglobin, yorgunluk, yaşam kalitesi

S-031 Fibromiyalji Sendromlu Kadınlarda Sanal Gerçeklik Egzersizlerinin Ağrı, Fonksiyonellik, Kardiyopulmoner Kapasite ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Randomize, Tek Kör, Kontrollü Çalışma

Musa Polat[1], Abdulvahap Kahveci[2], Zafer Günendi[2], Gülçin Kaymak Karataş[2]

[1]Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Niğde
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Fibromyalji sendromu kronik yaygın ağrı, yorgunluk, uyku ve bilişsel fonksiyon bozukluğu ile depresif duygu durum gibi birçok semptomun yer aldığı bir klinik tablodur.Tedavinin en önemli bileşenini düzenli egzersiz alışkanlığı oluşturmaktır (1). Bu sendromda hastalar egzersizlere uyum ve motivasyon problemi yaşamaktadır (2). Son yıllarda hastaların uyumunu artırmak için eğlence ve oyun komponentleri olan egzersizler yapılmaktadır.Sanal gerçekliği kullanan hareket kontrollü video oyunları bu egzersizlere örnek olarak gösterilebilir (3). Çalışmanın amacı; hareket kontrollü video oyunlarının fibromiyalji sendromlu kadın hastalarda ağrı, fonksiyonellik, kardiyopulmoner kapasite ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Fibromiyalji sendromu ile takip edilen 40 kadın (>18 yaş) çalışmaya dahil edildi. Hastalar iki gruba randomize edilerek, kontrol grubuna aerobik egzersiz amaçlı 4 hafta süresince haftada 3 gün 20 dakika bisiklet egzersizi yaptırıldı. Tedavi grubuna ise aerobik egzersiz amaçlı 4 hafta süresince haftada 3 gün 20 dk yapılacak olan bisiklet egzersizine ek olarak haftada 3 gün 15 dk sanal gerçeklik egzersizi (Voleybol, Microsoft Xbox Kinect®) yaptırıldı. Her iki gruptaki hastalara, egzersiz programından sonra aynı ev egzersiz programı verildi. Hastalar, bazalde, tedavi sonunda (4. Hafta) ve tedavi bitiminden 4 hafta sonra (8. Hafta) değerlendirildi. Primer sonuç ölçütü olarak Fibromiyalji Etki Skalası; sekonder sonuç ölçütleri olarak Görsel Ağrı Skalası, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Yorgunluk Şiddeti Ölçeği, Semptom Şiddet Skalası, EQ5D (QoL/VAS) Ölçeği ve 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT) kullanıldı. Tedavi sonunda hasta memnuniyeti Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS) ile değerlendirildi. Her iki grup arasında demografik verilerin karşılaştırılmasında T testi kullanıldı. Grup içi tedavi etkinliğinin zamana göre değerlendirilmesinde tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. Tedavi grubu ve zaman etkileşimi iki yönlü varyans analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Tedavi ve kontrol grubunda hastaların tamamı 4 haftalık egzersiz programını tamamladı. 8. hafta kontrolde toplam 34 hasta (17 tedavi, 17 kontrol) değerlendirildi. Her iki grupta yaş, vücut kitle indeksi, medeni durum, eğitim durumu, komorbidite ve ilaç kullanımı parametreleri benzer saptandı ($p>0.05$). Her iki grupta tedavi sonrası (4. Hafta) değerlendirmede tüm sonuç ölçütlerinde tedavi öncesine göre anlamlı düzeyde düzelme saptandı ($p<0.05$). Buna karşın tedavi sonu ve 8. hafta değerlendirme arasında tüm sonuç ölçütlerinde istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. İki yönlü varyans analizinde, 6DYT ($F(1.21, 46.33)=4.04$, $p=0.043$), yorgunluk ölçeği ($F(1.61, 61.24)=4.21$, $p=0.026$), EQ5D-QoL ölçeği ($F(2, 76)=4.55$, $p=0.014$) ve EQ5D-VAS ölçeğinde ($F(1.4, 53.55)= 3.59$, $p=0.049$) tedavi grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla iyileşme bulundu. Ayrıca tedavi grubunda hasta memnuniyetini gösteren PANAS skoru anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,001$).

Sonuç: Fibromiyalji sendromlu hastalarda sanal gerçeklik egzersizlerinin aerobik egzersizlerle birlikte kullanılması kardiyopulmoner kapasiteyi ve yaşam kalitesini artırır. Aynı zamanda bu egzersizler, motivasyonu artırarak egzersizi daha eğlenceli hale getirir.

Kaynaklar:
1. Bidonde J et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. The Cochrane Library, 2017.
2. Botella C, Palacios AG, Ban˜os R, et al. Virtual reality in the treatment of pain. JCR 2008;1:93.
3. Garcia-Palacios A et al. Integrating Virtual Reality With Activity Management for the Treatment of Fibromyalgia. The Clinical Journal of Pain, 2015, 31.6: 564-572.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, sanal gerçeklik egzersizi, aerobik egzersiz

S-032 Fibromyaljide Sıklıkla Gözden Kaçan Bir Durum: Disfaji ve Ultrasonografi Bulguları

Fatma Can[1], Neşe Merve Kartal[2], Zeliha Ünlü[3]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Manisa
[2]Eğirdir Kemik Eklem Hastalıkları Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Isparta
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Fibromyalji, kronik yaygın kas iskelet ağrısı ile karakterize bir hastalıktır. Fibromyalji tanılı olgularda sıklıkla bildirilen bir yakınma olan disfaji ve globus hissi ile ilgili yeterli araştırma yoktur. Çalışmamızda fibromyalji olgularında yutma fonksiyonlarını ultrasonografi ile objektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: ACR 2011 modifiye fibromyalji tanı kriterlerine göre fibromyalji tanısı konulmuş 37 kadın hasta ve disfaji yakınması, yaygın vücut ağrısı ve kognitif bozukluğu olmayan 10 sağlıklı kadın gönüllüde yutmanın orofaringeal fazı ultrasonografik olarak değerlendirildi. Ultrasonografi ile dil kalınlığı (mm), dilde kontraksiyon miktarı (mm), tiroid-hyoid kemik mesafesi (mm), tiroid-hyoid mesafesinde faringeal fazdaki yakınlaşma (mm), bir yutma döngüsünde frame- frame (kare- kare) kayıtlardan yutma süresi, dilde elastografik ölçüm (kPa) yapıldı. Olgular disfajiye yönelik klinik sorgulama ile değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalamaları hasta grubunda 44 sağlıklı gönüllülerde 40 bulundu. Subjektif disfaji sorgulamasında %18 (n=7) olguda sıvı, % 16 (n=6) olguda yarı sıvı gıdalara disfaji saptanırken olguların % 32' sinde (n= 12) katı gıdalara disfaji vardı. Tiroid-hyoid mesafesi istirahatte hasta grubunda 19 mm, kontrol grubunda 15 mm olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p< 0.01$). Tiroid-hyoid mesafesinin istirahat ve kontraksiyon sırasındaki değişimini hasta grubunda 8 mm, kontrol grubunda 5 mm. bulduk ($p<0.025$). Bu farklılık yutmada yeterli kontraksiyonun gerçekleşmediğini göstermektedir. Yutma süresini ultrasonografik olarak gösteren frame sayısı hasta grubunda (frame sayısı=42) kontrol grubuna göre (frame sayısı=34) uzun olup istatistiksel olarak anlamlıydı ($p< 0.031$). Dil kökü kalınlığı istirahat ve kontraksiyon fazında hasta ve sağlıklı grup arasında anlamlı fark göstermemekteydi. Ancak hasta grupta dil kökü kalınlığının konraksiyonda sağlıklı gruba kıyasla daha fazla azalması dil kaslarının kontraktilitesinin artığını düşündürmektedir. Dilin daha fazla kontrakte olması zorlu yutma ile ilişkili olabilir. Elastografi değerleri arasında hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Fibromyaljili olgularda disfaji eşlik eden bir klinik bozukluk olup, ultrasonografi objektif bir değerlendirme aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibromyalji, disfaji, ultrasonografi

S-033 Fibromiyalji ve Kırılganlık Sendromu

Mehmet Akif Güler

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul

Amaç: Kırılganlık (Frailty) Sendromu, günlük veya akut stres etkenleri ile başa çıkma kabiliyetinde azalmayla ortaya çıkan, çoklu fizyolojik sistemlerde rezerv ve fonksiyonda azalma sonucu yaşla ortaya çıkan klinik hassas durum olarak tanımlanmaktadır. Literatürde Fibromiyalji Sendromu (FS) tanısı alan hastalar geriyatrik hasta popülasyonuna benzer klinik sonuçlar gösterilmiştir (yürüme paterni bozuklukları, kavrama güçlerinde azalma, telomeraz aktivitelerinde azalma gibi). Bu çalışmada FS tanılı hastalarda kırılganlık sendromu araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Gaziosmanpaşa Taksim EAH polikliniğine başvuran 45 hasta çalışmaya dahil edildi. 3 aydan uzun süren yaygın kas-iskelet sistemi ağrısı bulunan ve 2016 revize ACR Fibromiyalji tanı kriterlerine göre FS tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edildi. Fibromiyalji sendromuna eşlik edebilen ek hastalığı bulunanlar ve rutin laboratuvar tetkiklerinde normal olmayan sonuçları olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Bu hastaların demografik verileri, toplam şikayet süreleri ve ek hastalık varlığı kaydedildi. 2016 revize FS kriterlerine göre hastaların yaygın ağrı indeksi ve semptom şiddet skalası puanları hesaplanarak Total FS skoru belirlendi. Hastalara Yeniden Gözden Geçirilmiş Fibromiyalji Etki Anketi (FIQR) doldurduldu ve Kırılganlık sendromu araştırılırken Edmonton Kırılganlık Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 39.49±6.07, kilo ortalaması 66.33±8.68(kg), boy ortalaması 161.58±4.29 (cm), vücut Kitle İndeksi 25.45±3.55 (kg/m2), ağrı süresi ortalaması 8.44±3.55 (ay) olarak değerlendirildi. Hastaların total FS skoru ortalaması 16.78±2.71 (min:12,max:26), toplam FIQR skoru ortalaması 68.65±8.54 (min:55.67,max:88.83) ve Edmonton kırılganlık ölçeği skor ortalaması 8.22±2.61 (min:4,max:14) olarak tespit edildi. Edmonton kırılganlık ölçeğine göre hastaların 12'si (26.6%) hafif kırılgan, 10'u (22.2%) orta kırılgan, 5'i (11.1%) şiddetli kırılgan olarak değerlendirildi. Edmonton Kırılganlık ölçeği skorları ile total FS skorları (p=0.010,r=0.681) ve toplam FIQR skorları (p=0.000, r=0.787) arasında anlamlı korelasyon tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada FS hastalarında kırılganlık sendromu varlığı gösterilmiştir. Fibromiyaljinin günlük ve akut stres etkenleri ile baş etme kabiliyetinde azalma ile ortaya çıkan bir erken yaşlanma sendromu olabileceğini gösteren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji sendromu, gerontoloji, kırılganlık sendromu

S-034 Baş ve Boyun Tutulumu ile Giden İmmünglobulin G4 İlişkili Hastalık Olgusu

Özgül Soysal Gündüz[1], Özgür Akgül[2]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa

Amaç: İmmünglobulin G4 (IgG4) ilişkili hastalık (IgG4-İH) yüksek serum IgG4 seviyeleri ve IgG4 (+) plazma hücrelerinin tutulan organlarda infiltrasyonu sonucu storiform fibrozisin geliştiği fibroinflamatuar bir hastalıktır. Aynı patogenezde gelişen, aynı histopatolojik ve laboratuar değişikliklere neden olan, sadece etkilediği organa göre radyolojik ve klinik yansıması değişen hastalıklar grubu olarak yorumlanabilir. En sık tutulan organlar ve sistemler pankreas, hepatobiliyer sistem, tükrük bezleri, orbita ve lenf nodlarıdır. Bu organlarda kitle lezyonları veya infiltratif tutulum görülebilir. Özellikle kitlesel lezyonlar malignite ile karışabilir. Burada gözaltlarında şişlik şikayeti ile başvuran ve 3 senedir lenfadenopatileri (LAP) nedeni ile defalarca malignite düşünülerek tetkik edilen bir hastayı sunuyoruz.

Olgu: Otuz yedi yaşında erkek hasta her iki gözaltında şişlik şikayetiyle polikliniğe başvurdu. 2015 yılında boynunda şişlik nedeniyle gittiği hastanede çekilen manyetik rezonans görüntülemede (MRG) her iki submandibüler bölgede 20 mm boyutlarında konglomerasyon gösteren LAP saptanmış. Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ve sonrasında yapılan eksizyonel LAP biopsisi sonuçları 'Reaktif hiperplazi' şeklinde raporlanmış. Yine 2015 yılında yapılan kulak burun boğaz muayenesinde nazofarenkste kitle saptanmış ve punch biyopsi yapılmış sonucu 'Reaktif lenfoid doku hiperplazisi' olarak raporlanmış. Bu arada 2016 yılında hastanın göz kapaklarının çevresinde şişlikler oluşmaya başlaması üzerine dış merkezde sol alt göz kapağından yapılan biyopsi sonucunda lezyonun 'benign hemanjiom' olduğu sonucuna varılmış. Hastaya bu dönemde muhtemel alerjik reaksiyon düşünülerek göz hekimi tarafından metilprednisolon 16 mg/gün verilmiş ve şişlikler tamamen gerilemiş. Ancak Ağustos 2018'de göz çevresindeki şişliklerin tekrarlaması üzerine hasta romatoloji polikliniğine başvurdu.
Hastanın romatoloji polikliniğine başvurduğu sırada halsizlik, başta dolgunluk hissi dışında sistemlerin sorgulamasında bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde göz altlarında daha belirgin olmak üzere bilateral periorbital ödem vardı, LAP ve organomegali saptanmadı. Laboratuar sonuçlarında; tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. RF, ANA ile hepatit serolojileri negatifti. Tiroid hormonları, IGG, IGA, IGM düzeyleri normaldi ancak IGG4:1990 mg/dl (3-200) düzeyi çok yüksek ölçüldü. Kraniyal MRG'da bilateral retro orbital yağlı doku belirgin heterojenite, bilateral oblik kas gruplarında ve pterigopalatinfossa boyunca devamlılık gösteren inflamasyon ile uyumlu görüntü tespit edildi. Bu bulgularla hastaya immunglobulin G4 ilişkili hastalık tanısı kondu. Hastaya metilprednizolon 16 mg 2x2 ve azatiyoprin 50 mg 3x1 başlandı. Tedavinin 3. gününde gözaltı şişliklerinde azalma oldu. Hasta 1 ay sonra kontrol laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri için kontrole çağırıldı. Kontrolde IGG4 düzeyleri 674 mg/dl 'ye geriledi. Kontrol kaniyel MRG'da orbital kas grubunda enflamasyonda belirgin regresyon görüldü. Şikayetleri tama yakın gerileyen hastanın steroid doz kademeli olarak azaltılmaya başlandı.

Sonuç: Yukarıda ağrısız, asemptomatik lenf tutulmu nedeniyle defalarca görüntüleme yapılıp biyopsi alınan, sonrasında periorbital tutulum gelişmesi üzerine IGG4-IH tanısı konan hastayı sunduk. IGG4-IH genellikle non-spesifik semptom ve bulgularla ortaya çıkar ve her organ ve sistemi tutabildiği için tanı koymak zor ve geç olabilir. Bu nedenle de tedaviye çoğu zaman geç başlanması sonucunda etkilenen organlarda fibrosiz ve irreversible hasar meydana gelir. Sonuç olarak bizim hastamızda olduğu gibi tükrük bezi ve lakrimal bez tutulumu olmadan baş boyun bölgesinde kitlesel ve infiltratif lezyonlar ile giden, patolojisinde malignite saptanmayan hastalarda ayırıcı tanıda IGG4-IH düşünülmelidir. Şüphelenilmesi durumunda göreceli olarak IGG4-IH tanısı koymak kolay ve çok önemlidir. Çünkü erken dönemde hastaların çoğu steroid tedavisine yanıt verir ve doku hasarı önlenir.

Anahtar Kelimeler: IGG4 ilişkili hastalık, lenfadenopati, malignite

S-035 Fibromyaljide İşlevsellik, Engellilik ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ile Fonksiyonel Değerlendirme

Aydan Oral, Ekin İlke Şen, Aybars Bınarcık, Ayşegül Ketenci, Dilşad Sindel

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

Amaç: Kronik yaygın ağrı ve fibromyalji ciddi işlevsellik problemlerine neden olan sağlık durumlarıdır. Bu çalışmada fibromiyaljili hastalarda işlevsellik ile ilgili özelliklerin/problemlerin kapsamlı olarak tanımlanabilmesi ve ölçülebilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Mayıs 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda değerlendirilerek 2016 Amerika Romatoloji Cemiyeti (ACR) kriterlerine göre fibromiyalji tanısı alan 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, semptom süresi ve medikal tedavileri kaydedildi. Fibromyalji tanılı hastalara "İşlevsellik, Engellilik ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Kronik Yaygın Ağrı Kısa Çekirdek Dizisi" değerlendirme formu gözlem altında cevaplama ile uygulandı ve ICF niteleyicisi ile işlevsellikte problemler/güçlükler değerlendirildi. Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Enternasyonal Sınıflamalar Ailesinin bir üyesi olan ICF ile bireyin 'bir sağlık durumu' (hastalık, yaralanma gibi) çevre ile etkileşim içinde işlevsellik özelliklerini dikkate alarak bütünsel bir perspektif ile tanımlanmaktadır. ICF ile işlevsellik, vücut fonksiyonları ve yapıları, aktiviteler ve katılım olarak üç boyutta değerlendirilirken, işlevselliğe etkileri olabilecek çevresel ve kişisel faktörleri içeren bağlamsal faktörler de göz önüne alınır. ICF niteleyicileriyle ölçümde 0: Hiç problem olmadığını, 1: Hafif problemi, 2: Orta derecede problemi, 3: Ciddi düzeyde problemi ve 4: Tam problemi belirtmektedir. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 50 hastanın yaş ortalaması 43,0 ± 12,6 yıl, %92'si kadın olarak saptandı. Ortalama semptom süresi 49,3 ± 50,5 ay, fibromyalji tanı süresi 23,7 ± 29,2 ay idi. Hastaların %72'si fibromyalji tanısına yönelik medikal tedavi kullanıyordu. ICF Kronik Yaygın Ağrı Kısa Çekirdek Dizisi ile yapılan değerlendirmede hastaların %58'inde vücut fonksiyonları kategori başlıklarının en az bir maddesinde ciddi derece ve üzerinde problem yaşadığı; %88 hastanın aktivite ve katılım kategori başlıklarının en az bir maddesinde orta derece ve üzerinde üzerinde problem yaşadığı saptandı. %66 hastada ise çevresel faktörlerin olumsuz etkisi olduğu belirlendi. Vücut fonksiyonları kategorisinde ciddi derece ve üzerinde problem yaşayanlarda en sık problemler: %44 hastada uyku işlevleri alt başlığında; uykunun döngüsü, kalitesi ve süresinde etkilenme (b134), %32 hastada enerji ve güdü işlevleri alt başlığında; amaçlara ulaşmak, ihtiyaçları karşılamak ve dürtüleri kontrol etmek için gerekli olan psikolojik enerji ve harekete geçirici gayret (yorgunluk, tükenmişlik) (b140) alanlarında görülmüştür. Aktiviteler ve katılım kategorisinde orta derece ve üzerinde problem yaşayanlarda en sık problemler: %58 hastada eğlence ve boş zaman alt başlığında; boş zamanlarda çeşitli eğlence ve boş zamanları değerlendirme etkinliklerine katılma (oyun, kültürel ve sportif etkinlikler gibi) (d920), %46 hastada nesneleri kaldırma ve taşıma alt başlığında; nesneleri yükseltme veya bir yerden başka bir yere götürme (bardağı veya çocuğu kaldırma ve taşıma) (d430) alanlarında görülmüştür. Çevresel faktörler kategorisinde olumsuz etkiler en sık: %32 hastada yakın aile fertlerinin bireysel tutumları (e410), %32 hastada ilaç tedavisi (e1101) alanlarında görülmüştür.

Sonuç: Fibromyaljili hastaların ICF kategori alt başlıklarının hangilerinde daha fazla problem yaşadığının saptanması, bütünsel işlevsellik portresinin ortaya çıkarılması ve dolayısıyla bu hastalar için mikro (bireysel olarak hasta), mezo (tedavi programları, rehabilitasyon ekibi) ve makro (sağlık sistemleri ve politikaları) seviyelerde çözümlere yönelik stratejiler geliştirilmesini kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, işlevsellik, engellilik ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması

S-036 Romatoloji Kliniğinde Nadir Bir İnterstisyel Akciğer Hastalığı Sebebi: Sülfasalazine Bağlı Akut Akciğer Hasarı Olgu Sunumu

Sertaç Ketenci[1], **Ender Salbaş**[2]

[1]*Çiğli Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir*
[2]*Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bor Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, Niğde*

Amaç: Sülfasalazine bağlı interstisyel akciğer hastalığı tutulumunun nadir görülmesi nedeni ile olguyu literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: Öncesinde bilinen akciğer hastalığı olmayan 43 yaşında erkek hastanın 15 gündür öksürük, balgam, ateş, hırıltılı solunum şikâyetleri mevcutmuş. Ampirik antibiyoterapiye rağmen şikâyetleri gerilemeyip nefes darlığında artış olan hasta göğüs hastalıkları kliniğine akut pnömoni ön tanısıyla sevk edilmiş. Anamnezinde romatizması olduğunu belirttiğinden Romatoloji konsültasyonu istenmiş. Yapılan fizik muayenede ateş, nabız, tansiyon normaldi. Akciğerde bilateral krepitan ral vardı. Hemogram, idrar ve biyokimya tetkikleri normal, RF (-) ANA(-), P-ANCA (-), C-ANCA (-), HIV (-). Akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda non-homojen retiküler opasite artımları, HRCT' de bilateral üst loblarda daha yaygın buzlu cam opasiteleri, minör fibrotik değişiklikler izlendi. SFT restriktif paterndeydi, DLCO'da ileri derecede difüzyon kısıtlılığı vardı. Bronkoskopide bronş mukozası hiperemik ve bol miktarda seröz vasıfta balgam şeklindeydi. Alınan materyale ait patoloji non diyagnostik idi. BAL'ın ise hemorajik olduğundan hücre sayımına elverişsiz olduğu belirtildi. Hastanın viral, bakteriyel ve tüberküloz kültürlerinde üreme olmamıştı. Pneumocystis Cariini açısından PCR negatif idi. İnterstisyel akciğer hastalığına sık sebep olabilecek bağ doku hastalıkları ve vaskülitler açısından sorgusu negatifti. Romatolojik sorguda kardeşinde psöriazis olduğu ve kendisinde 5 yılı aşkındır tekrarlayan diz artriti olduğu öğrenildi. İnflamatuvar bel ağrısı da olan hastanın, ilaç anamnezi alınırken göğüs hastalıkları hekimine söylemediği, Romatoloji tarafından başlanmış ve halen devam eden Sülfasalazin kullanımı saptandı. Bunun üzerine sakroiliyak grafisi istenen hastada bilateral evre 3 sakroiliit bulundu. Romatizmal akciğer hastalığı tanısından uzaklaşılan hastada klinik radyolojik bulgular eşliğinde sülfasalazine bağlı akciğer hasarı düşünüldü. Sülfasalazin ve antibiyoterapi kesildi. Viral enfeksiyon ekarte edilemediğinden metil prednizolon tedavisi başlanmadı. Hastanın sülfasalazin tedavisi kesildikten sonra klinik bulguları tamamen düzeldi. Nefes darlığı azaldı. 15 gün sonra yapılan radyoloji kontrolünde ise ileri derece regresyonu mevcut idi.

Sonuç: İnterstisyel akciğer hastalığı akciğerlerde gaz alışverişinin sağlandığı alveolokapiller membranı da içine alan instertisyumun etkilendiği bir dizi hastalık grubunun ortak adıdır. İdiopatik, ailesel ve çevresel faktörler, mesleki maruziyetler, enfeksiyonlar, malignite, ilaç kullanımı ve otoimmün hastalıklar etiyolojide yer alır. Romatizmal hastalıkların akciğer tutulumları interstisyel akciğer hastalıklarının kayda değer bir kısmını oluşturur. Ancak romatoloji hastasında interstisyel tutulum hastalığa bağlamadan önce kullandığı antiromatizmal ilaçlar ve azalmış immün dirence bağlı enfeksiyon dışlanmalıdır. Kimi zaman radyolojik hatta patolojik olarak dahi ayırmanın zor olması sebebiyle romatolog ve göğüs hastalıkları uzmanının iş birliği bu vakalarda doğru tanı koymada elzemdir. İlaca bağlı akciğer hastalığı zamanında tanı konulabilir ve ilaç kesilir ise geri dönüşlü bir hastalık iken tanı ve tedavinin gecikmesi durumunda ölümcül de seyredebilecek, nadir görülen interstisyel akciğer hastalıklarındandır. Romatoloji pratiğinde ilaca bağlı akciğer toksisitesi yapabilecek birçok ajan kullanılmakta olup bu hastaların akciğer bulgularının ayırıcı tanısında ilaçlar özellikle gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, sülfasalazin, ilaca bağlı

S-037 A Rare Cause of Facial Paralysis; Temporal Artery Biopsy: a Case Report

Ender Salbaş[1], Sertaç Ketenci[2]

[1]Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bor Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, Niğde
[2]Çiğli Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İzmir

Objective: In this case report, a patient who developed m. frontalis palsy due to facial nerve injury after temporal artery biopsy were aimed to be presented.

Case: A 65-year-old male patient who had complaints of fatigue and chest pain for four months that had increased with exertion, consulted to the cardiology polyclinic. Findings that suggesting coronary artery disease were detected and echocardiography had revealed aneurysmatic dilatation in ascending aorta. Computed tomography (CT) examination which was requested for the further investigation of the aneurysm had revealed vasculitic findings of the great vessels. The patient was referred to Rheumatology clinic in that hospital. After the admission of the patient, positron emission tomography (PET) test was examined. The PET test revealed thickening of the ascending aorta wall and aneurysmatic dilatation that reaching a diameter of 5.7 cm. An intense fludeoxyglucose (FDG) involvement with a SUV max value of 9 measured in the ascending aorta and the proximal arcus aorta has been reported. At the level of renal hilus in the abdominal aorta bifurcation and proximal iliac arteries, addition to wall thickness increase, FDG uptake has been determined, thus suggesting vasculitis. Abnormal CT findings or FDG uptake was not detected in the other vascular structures or body parts including lung parenchyma, and mediastinal lymph nodes. Giant cell arteritis (GCA) was considered in the differential diagnosis of the elderly patient with large vessel vasculitis, elevated ESR, and constitutional findings. A randomized biopsy was taken from the right temporal artery by the cardiovascular surgeon. After the biopsy, he had wrinkle loss in the right forehead and difficulty in opening the right eye. No additional neurological deficits were detected in the neurological examination. The patient was consulted to the neurology clinic. Normal findings were reported in the brain magnetic resonance imaging (MRI). The neurological examination was consistent with the isolated paralysis of the temporalis branch of the facial nerve. The patient was followed up for etiologies such as local anesthetic effect, surgical incisional transient neuropraxia, and incisional hematoma. One gram cyclophosphamide and steroid pulse therapy was administered intravenously for his vasculitis.

Conclusion: Giant cell arteritis is the most common large vessel vasculitis of the adults. Characteristic features of the disease are temporal headache, elevation of the acute phase reactants, decrease or absence of temporal pulse, ischemic optic neuropathy, jaw claudication and polymyalgia rheumatica symptoms. Temporal artery biopsy is the gold standard diagnostic method for giant cell arteritis. The temporal branch of the facial nerve becomes superficial where it passes the zygomatic arch and is vulnerable to injuries during the surgical procedures and biopsy. Temporal artery biopsy is an interventional procedure which has a low complication rate.

Keywords: Giant cell arteritis, temporal artery, biopsy, facial paralysis

S-038 Biyolojik DMARD Kullanan Hastalarda Kronik Hepatit B Enfeksiyonu ve Okült Hepatit B Sıklığı ve Tedavi Yönetimi

Aslı Keleş Önal[1], Selda Sarıkaya[1], Şenay Özdolap[1], Ali Erdem Baki[1], Fürüzan Köktürk[2]

[1]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Zonguldak
[2]Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Biyolojik DMARD'lar (bDMARDs), kronik inflamatuvar hastalıkların patogenezinde rol alan immün veya genetik mediyatörleri hedef alan ilaçlardır. Bu ilaçlar hastalık aktivitesini etkin şekilde baskılamaktadırlar. Buna karşın hedefe yönelik moleküller oldukları için latent tüberküloz(TB), hepatit B virüs (HBV) reaktivasyonu ve demiyelinizan hastalıklar gibi çeşitli yan etkilere neden olabilmektedir. Halen tüm dünyada 240 milyon kişinin HBV taşıyıcısı olduğu tahmin edilmektedir (1). HBV enfeksiyonu yetişkinlerde % 95 oranında virüs eradikasyonu ile sonuçlanan bir seyir gözlenmektedir. Ancak biyolojik DMARD kullanımında olduğu gibi immun sistemin zayıfladığı durumlarda HBV reaktivasyonu gelişebilir (1).Günümüzde kronik hepatit tedavisinde elde edilen gelişmeler ile HBV DNA replikasyonunu baskılamak mümkün olmaktadır. bDMARDs kullanan hastalarda tedavi süresince ve tedavi bitiminden sonra bir süre antiviral tedavinin kullanılması HBV reaktivasyonunu başarılı şekilde önleyebilmektedir (1).Kliniğimizde takip edilen ve bDMARDs kullanan hastalarda HBV enfeksiyonu ve reaktivasyonu sıklığının belirlenmesi amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğinde takip edilen ve biyolojik DMARDs kullanan hastalar dahil edildi. Hastaların hastane elektronik kayıt sistemindeki dosyalarında yer alan verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, tanıları, kullanmakta olduğu ilaçlar, kullanım süreleri, hepatit B antijen ve antikorları (HBs, AntiHBs, AntiHBc IgG) ve HBV için almakta oldukları anti-viral tedaviler kaydedildi. Bulgular: Çalışmaya dahil olan hasta sayısı 138 idi ve hastaların 64'ü (%46,4) kadın, 74'ü (%53,6) erkekti. Ortalama yaşları 47,7±11,9 yıl olarak hesaplandı. Hastalıklara göre dağılım ve hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Anti Hbc Ig G(+) olan 15 hasta antiviral tedavi almayıp 3 aylık yakın HBV DNA izlemleri ile takip edilmekteydi. Toplam 16 hasta Hepatit B'ye karşı aşılı bulundu. Gruplar arasında sayısal eşitlik olsa da hastaların tanıları ve kullandıkları ilaçlarla hepatit durumları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Polikliniğimizde takip edilen 138 hastanın 4(%2,9) tanesinde Hbs Ag(+) liği, 19(%46,3)'unda AntiHbc Ig G(+) ve 17(%41,5)'sinde Anti Hbs pozitifliği vardı. Hastaların 32(%23,2)'si antiviral tedavi almaktaydı. Ortalama 5 yıldır bDMARDs tedavisi alan, kronik ve okült hepatit yönünden izlenen 47 hastanın yakın klinik izleminde hiç akut hepatit görülmedi. bDMARDs kullanan hastalarda yakın izlem ve uygun protokolde antiviral tedavi ile HBV reaktivasyonu gibi korkulan komplikasyonun gelişmesinin önüne geçilebileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Ömer Karadağ, Timuçin Kaşifoğlu, Birol Özer, Romatolojik hastalarda biyolojik ilaç kullanımı öncesi (viral) hepatit tarama kılavuz. RAED Dergisi 2015;7(1):28–32
2. Felis-Giemza A, Olesińska M, Świerkocka K, Więsik-Szewczyk E, Haładyj E. Treatment of rheumatic diseases and hepatitis B virus coinfection. Rheumatol Int (2015) 35:385–392.

Anahtar Kelimeler: Kronik hepatit B enfeksiyonu, okült hepatit B, bDMARDs

Tablo 1: Tanılara göre hastaların demografik verileri:

	RA	AS	PsA
Hasta Sayısı	41(%29,4)	86(%62,3)	11(%8)
Yaş Ortalaması	55,4	43,9	48,9
Cinsiyet	Kadın 26(%63,4) Erkek 15(%36,6)	Kadın 31(%36) Erkek 55(%64)	Kadın 7(%63,6) Erkek 4(%36,4)
bDMARDs Kullanım Süresi	4,4 yıl	5,2 yıl	5,7 yıl
Anti Hbc Ig g(+)	19(%46,3)	25(%29,1)	3(%27,3)
Anti Hbs(+)	17(%41,5)	43(%50)	3(%27,3)
Antiviral İlaç Kullanımı	12(%29,3)	18(%20,9)	2(%18,2)

Tablo 2:Tanılara göre Hepatit B antijen ve antikor pozitifliği

	Hbs Ag(+)	Anti Hbc Ig G(+)	Anti Hbs(+)	Antiviral Kullanımı Varlığı
RA	1	19	17	12
AS	3	25	43	18
PsA	0	3	3	2

S-039 Value of Diaphragmatic Assessment in Relation to Pulmonary Functions and Disease Activity in Axial Spondyloarthropathies: Preliminary Report

Seçilay Güneş[1], Aysun Genç[1], İsmihan Sunar[2], Sevgi Esra Özdemir[1], Derya Gökmen[3], Şebnem Ataman[2], Yeşim Kurtaiş Aytür[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Objective: Axial Spondyloarthropathies (SpA) are chronic, systemic, inflammatory diseases which affect the axial skeleton, limit chest mobility and cause serious impairments in pulmonary functions. In this cross-sectional study, as a new approach; diaphragm thickness is assessed by ultrasound in patients with axial SpA to determine possible relationships with pulmonary functions and disease activity.

Materials-Methods: 49 axial SpA patients enrolled in the study were assessed by Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), Bath Ankylosing Spondylitis Metrology index (BASMI), Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR), serum C-Reactive Protein levels (CRP) and chest expansion (cm). 15 patients with lung diseases other than axial SpA pulmonary involvement, neuromuscular diseases, scoliosis and congenital chest deformity were excluded. Dynamic pulmonary function tests (PFT) and 6 min walk (6MW) tests were done and physical activity levels were evaluated by short form International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Diaphragm thickness was measured at end expiration (dtFRC) and deep inspiration (total lung capacity (dtTLC)). Thickness ratio (dtr: dtTLC/dtFRC) and thickness change (dtc: dtTLC-dtFRC) were calculated.

Results: The descriptive data of the patients are presented in Table 1. Patients had a moderate disease activity and all the patients were category 1 (inactivity) according to IPAQ. Mean value of dtr and PFT seem to be within normal range according to population studies and dtr was significantly correlated with dynamic pulmonary function tests, yet negatively correlated with ESR (r: -0.466, p: 0.006). There was insignificant negative correlation with age, disease duration, BASDAI, BASFI, and BASMI.

Conclusion: To the best of our knowledge, this is the first study evaluating the relation between diaphragm thickness and pulmonary functions with disease activity. Even though, there was no limitation in PFT and expected values were obtained in dtr, the negative correlation with ESR makes us think about the possible effect of disease activity on dtr. With these preliminary results, it is early to conclude, but dtr assessment may be complementary to PFT and early measures to improve diaphragm function with specific exercises should be implemented in patients with axial SpA.

Keywords: Axial spondyloarthropathies, pulmonary function, diaphragm thickness, disease activity

Table 1. Baseline descriptive data characteristics of patients

Age (y)[1]	46±10.7
Female (n,%) Male (n,%)	26 (76.5) 8 (23.5)
Disease duration- month[2]	60 (3-300)
	Female Male
dtFRC[1](cm)	0.17±0.4 0.18 ±0.3
dtTLC[1] (cm)	0.34±0.9 0.43±011
dtr[1]	1.9±0.3 2.42±0.35
BASFI[2]	4.7 (0-8.5)
BASMI[2]	1 (0-9)
BASDAI[2]	4.5 (0.4-8.4)
MASES[2]	3.5 (0-13)
6 MWT[1] (m)	438±105
VCMax[1] FEV1[1] PEF[1]	3.2±0.8 (95.09 %N) 2.5±0.6 (93.6 %N) 6.0±1.6 (87.4 %N)

[1]:mean± SD, [2]:median (min-max), MASES: Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score, VC: Vital Capacity, FEV: Forced Expiratory Volume, PEF: Peak Expiratory Flow, N:Normal

S-040 Ailevi Akdeniz Ateşi Olan Hastalarda Follistatin-like protein 1 ve Follistatin-like 3 Düzeylerinin Hastalık Aktivasyonu ve Mutasyon Tipi ile İlişkisi

Hüseyin Kaplan[1], Mustafa Çalış[2], Cevat Yazıcı[3], İnayet Güntürk[4], İsa Cüce[5], Soner Şenel[6]

[1]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Aksaray
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kayseri
[4]Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Niğde
[5]Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Adıyaman
[6]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Kayseri

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), ateşin eşlik ettiği rekürren poliserözit atakları ile karakterize, otozomal resesif geçişli otoinflamatuar bir hastalıktır. FSTL-1, özellikle mezenkimal hücrelerden salınan ve romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, ülseratif kolit gibi inflamatuar/romatizmal hastalıklarda yükselen inflamasyon ile ilişkili bir glikoproteindir. FSTL-3, proinflamatuar sitokinler ile ilişkili, obezite ve osteoartrit gibi düşük dereceli inflamasyon durumlarında yükselen, kas-iskelet sağlığının düzenlenmesinde farklı rolleri de olan bir proteindir.
Bu kesitsel çalışmada, AAA hastalarında serum FSTL-1 ve FSTL-3 düzeylerini belirlemeyi ve serum FSTL-1 ve FSTL-3 seviyelerinin hastalık aktivitesi ve mutasyon tipi ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 56 AAA hastası ve 22 sağlıklı kontrol alındı. Hastalık aktivitesi; eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP), fibrinojen, serum amiloid A (SAA) parametreleri ile değerlendirildi. Hastaların MEFV geninde saptanan mutasyon tipleri not edildi. AAA'lı 56 hastanın 30'u remisyonda ve 26'sı akut ataktaydı. Serum FSTL-1 ve FSTL-3 düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. SAA'ya göre remisyondaki hastalarda subklinik inflamasyonda olduğu düşünülen hastalardan alt grup oluşturuldu.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 29,54±10,09 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 29,27±5,55'ti. AAA hastalarında serum FSTL-1 düzeyleri (1178,68±1042,35 pg/mL) kontrol grubuna göre (880,68±1299,05 pg/mL) anlamlı olarak daha yüksekti. Ancak serum FSTL-1 düzeyi remisyondaki hastalarda 1208,18 ± 1013,72 pg/mL ve akut ataktaki hastalarda 1169,46 ± 1126,43 pg/mL olup aralarında istatiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. FSTL-3 seviyeleri hem hasta ve kontrol grupları arasında hem de remisyon ve akut atakta olan hastalar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Mutasyon tipine göre FSTL-1 ve FSTL-3 seviyeleri de anlamlı ölçüde farklı değildi.

Sonuç: AAA hastalarında FSTL-1 seviyelerini kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Ancak remisyon ve akut atak dönemlerinde FSTL-1 seviyeleri birbirinden farklı değildi. FSTL-3 düzeylerinde ise hem hasta ve kontrol grupları arasında hem de akut atak ve remisyondaki hastalar arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı. Bu çalışma, AAA hastalarında FSTL-1 ve FSTL-3 seviyelerini inceleyen ilk çalışmadır. Elde edilen sonuçlar; AAA'da kısa süreli atak periyotları nedeniyle aktiviteye göre serum FSTL-1 seviyelerinin değişmediğini, MEFV gen mutasyonları ile ilişkili olmadan AAA patogenezinde farklı yolaklar üzerinden FSTL-1'in etkili olabileceğini düşündürmektedir. FSTL-3 seviyelerinin ise AAA ile ilişkisi olmayabilir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, follistatin-like protein 1, follistatin-like 3, inflamasyon

S-041 Ailevi Akdeniz Ateşinde Kaşeksinin Kas Gücü, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Yunus Durmaz[1], İlker İlhanlı[2], Ahmet Kıvanç Cengiz[2], Ece Kaptanoğlu[3], Zekiye Özkan Hasbek[4], Sami Hizmetli[5]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun
[3]Başkent Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İzmir
[4]Cumhuriyet Üniversitesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Sivas
[5]Cumhuriyet Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi(AAA) rekurrent febril epizodlar ve seröz membranların inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır.Kaşeksi ise yağ dokusu kaybı ile birlikte veya sadece iskelet kas kaybı ile karakterize,konvansiyonel nütrisyonel tedaviyle tam olarak düzelmeyebilen,ilerleyici fonksiyon kaybına neden olan bir metabolik sendromdur.Bu çalışmada amacımız AAA tanılı kadın hastalarda DXA yöntemi ile kaşeksiyi saptamak ve hastalık üzerine klinik etkilerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya TelHashomer AAA kriterlerine göre AAA olarak belirlenmiş 18-50 yaş arası 32 AAA tanılı kadın hasta ile 18-50 yaş arası 30 sağlıklı kadın alındı.Hasta grubunun ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri ve antropometrik ölçümleri yapıldı.Hasta grubu için AAA klinik ve laboratuar verileri not edildi.Hastaların yaşam kaliteleri ve yorgunluk düzeyi;Kısa form-36(SF36) ve Yorgunluk çok boyutlu değerlendirme ölçeği(MAF) ile,hastalık şiddeti ise TelHashomer şiddet skoru ile sorgulandı.İskelet kas kitlesi ölçümü,DXA(HologicQDR4500W)yöntemi ile hastaların tüm vücut DXA taraması ile yapıldı.Vücudun ve vücut bölgelerinin (kol,bacaklar ve gövde) yağ oranları,yağsız kas kitlesi ve kemik kitlesi ölçüldü.Hastaların vücut yağ oranları,yağsız toplam kas kütleleri ve dominant üst ve alt ekstremitenin yağsız kas kütlesi ayrı ayrı kayıt edildi.Kaşeksiyi tanımlamak üzere Durnin'nin önerdiği kriterlere dayanan vücut yağ içeriği kadınlar için <%29 olarak kabul edildi.El kavrama kuvveti ölçümü el dinamometresi ile(Saehan marka/kg.)ölçüldü.İzokinetik test ile dizde fleksör ve ekstansör kas gruplarının kuvveti Biodex marka cihaz ile ölçüldü.Çalışmanın verileri SPSS14.0 programına yüklenerek değerlendirildi.

Bulgular: AAA'lı hastaların 12'sinde(%27,5) kaşeksi saptanırken kontrol grubunda sadece bir kişide(%3,3) kaşeksi saptandı.Grupları kaşeksi görülmesi yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur($p<0,05, X^2=10,90$).Araştırmaya kabul edilen AAA'lı hastaların dominant üst ekstremite el kas gücü ortalaması 51,12±12,49kg. iken kontrol grubunda bu ortalama 54,68±13,66kg olarak bulundu.İki grup üst ekstremite el kas güçleri açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamadı($p>0,05$).Araştırmaya dahil edilen AAA'lı hastaların dominant alt ekstremitede 60°/s hızda yapılan ekstansiyon pik tork değeri ortalaması 50,93±23,81 ve 240°/s hızda ekstansiyon sırasında gerçekleştirilen toplam iş ortalaması 435,82±208,55 olarak bulunurken kontrol grubunda bu değerler sırası ile 64,24±22,32 ve 590,93±202,75 olarak tespit edildi($p<0,05$).AAA'lı hastalardan kaşeksi saptananlarda dominant alt ekstremitede 60°/s hızda yapılan ekstansiyon pik tork değeri ortalaması 33,69±13,32 ve 60°/s fleksiyon pik tork değeri ortalaması 17,23±9,18 iken kaşeksi saptanmayanlarda bu değer sırası ile 61,29±22,86 ve 37,63±30,88 idi($p<0,05$). AAA'lı hastalardan kaşeksi saptananlarda dominant alt ekstremitede 240°/s ekstansiyonda yapılan toplam iş(Nm) ortalaması 354,19±128,72 ve240°/s fleksiyonda yapılan toplam iş(Nm) ortalaması 67,81±72,91 iken kaşeksi saptanmayanlarda bu değer sırası ile 484,81±233,75 ve165,96±225,95 idi($p>0,05$).AAA tanılı hastalar kaşeksinin eşlik edip etmediğine göre ayrılıp antropometrik ölçümler açısından karşılaştırıldıklarında, kaşeksili grupta vücut kitle indeksi(VKİ) ve bel/kalça çevresi oranı kaşeksisi olmayan hasta grubuna göre anlamlı olarak daha düşük saptandı($p<0,05$).AAA'lı çalışma grubunda kaşeksi saptanan hastalarda MAF toplam skoru 39,16±7,63(40;20-50) iken kaşeksi saptanmayanlarda MAF toplam skoru 10,75±9,49(10;0-35) olarak saptandı.AAA'lı hasta grubumuzda kaşeksisi olan ve olmayanlar TelHashomer şiddet skoru,MAF toplam skoru ve SF-36 yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0,05$).

Sonuç: Yaptığımız çalışma AAA hastalarında artmış kaşeksi riski olduğunu göstermiştir.Kaşeksi saptanan hastalarda kas enduransı etkilenmese de kas gücü ve yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenmekte ve bu hastalar kendini daha fazla yorgun hissetmektedirler.Kaşeksisi olan AAA tanılı hastaların daha zayıf oldukları görüldü.VKİ ve bel/kalça çevresi oranı kaşeksi saptanmayanlara göre

daha düşüktü.Bu açıdan bakıldığında antrometrik ölçümler kaşeksili hastaları saptamada bize yol gösterici olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, kas gücü, kaşeksi, yaşam kalitesi, yorgunluk

S-042 Jenkins Uyku Skalasının Fibromiyalji Sendromu Olan Hastalarda Psikometrik Özelliklerinin Araştırılması

Çağrı Ünal Ulutatar[1], Tuğba Özsoy Ünübol[2]

[1]Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS) uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Jenkins Uyku Ölçeği (JSS-TR) basit, kolay anlaşılabilir bir skala olup bu hasta grubunda validasyonu, test-tekrar test güvenirliği ve değişime duyarlılığı yapılmamıştır. Bu çalışmanın amacı JSS-TR'nin FMS hastalarında psikometrik özelliklerinin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: 2016 fibromiyalji tanı kriterlerine uyan FMS hastaları çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik verileri not edildi. Duruöz ve ark. tarafından çevrilen JSS-TR, bu hastalarda kullanılmıştır. Bu ölçeğin Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D), Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS), Beck Depresyon Envanteri (BDI) gibi diğer fonksiyonel parametrelerle olan ilişkisi incelendi. Hastaların fonksiyonel durumunu, hastalığın progresyonunu değerlendirmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) kullanıldı. Diskriminant geçerlilik ayrıca incelendi. Anket hastaların birkaçına 2 hafta ara ile tekrar uygulanarak test-tekrar test güvenirliği hesaplandı. Yeni tanı almış hastalara duloksetin tedavisi başlanarak tedavi sonucunda değişime duyarlılığı test edildi. Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. $P<0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya seksen bir FMS hastası (71 kadın, 10 erkek) dahil edildi. Bunların yaş ortalaması 44.2 ± 10.7 yıldı. JSS-TR'yi doldurma süresi yaklaşık 1.5 dakikaydı (±30 saniye). JSS-TR'nin en güçlü korelasyonu başka bir uyku anketi olan PUKİ ileydi ($rho=0.79$, $p<0.0005$). Diğer fonksiyonel parametrelerle ve FIQ ile korelasyonu orta dereceliydi. Diskriminant geçerlilikte klinik ve demografik parametrelerle ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Test-tekrar test geçerliliği değerlendirilmesinde sınıf içi korelasyon katsayısı 0.98 ($p<0.0005$) olarak bulundu.

Sonuç: JSS-TR ölçeği FMS hastalarının takibinde ve tedavi kontrolünde klinik şartlarda rahatlıkla ve kolaylıkla uygulanabilen basit ve anlaşılır bir uyku ölçeği olarak bulunmuştur. Hesaplanması çok daha zor olan PUKİ ölçeğinin kullanımına alternatif oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Jenkins uyku skalası, fibromiyalji sendromu, Uyku

S-043 HIV (+) Hastalarda Fibromiyalji Sendromu Sıklığı

Ümit Seçil Demirdal[1], Neriman Bilir[2], Atakan Nemli[2], Tuna Demirdal[2]

[1]Izmir Katip Celebi University, Atatürk Training and Research Hospital, Physical Medicine and Rehabilitation Clinic, Izmir, Turkey
[2]Izmir Katip Celebi University, Atatürk Training and Research Hospital, Infectious Diseases Clinic, Izmir, Turkey

Amaç: Human immunodeficiency Virus (HIV) hastalığı tanısı alanların sayısı her yıl artmaktadır. HIV(+) hastalarda kas-iskelet sitemini de ilgilendiren birçok sorunla karşılaşılmaktadır. Fibromyalji Sendromu (FMS) bunlardan birisidir ve yaygın ağrı ile karakterize muskuloskeletal kronik ağrı sendromudur. Çalışmamızın amacı HIV(+) hastalarda FMS sıklığının saptanması ve bu sendrom ile hastaların klinik özellikleri arasındaki ilişkinin irdelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya hastanemizde takip ve tedavi edilmekte olan HIV (+) tanılı hastalar dâhil edildi. FMS tanısı için ACR 2010/2011 tanı kriterlerinin 2016 revizyonu kullanıldı. Fonksiyonel durum Fibromiyalji Etki Anketi (FEA), depresyon varlığı Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), yorgunluk düzeyi Yorgunluk Şiddet Skalası (YŞS) ve yaşam kalitesi Kısa Form-36 (SF-36) ile değerlendirildi. Bulgular: Çalışmaya 56 erkek hasta dâhil edildi. Hastaların yaş ortalaması 38,82±13,52 yıl ve hastalık süresi 3,95±4,20 yıldı. Hastaların %16,1 'i 2016 revizyon kriterlerini karşılıyordu. FMS saptanan hastalarda FEA skoru 54,88±7,52 ortalaması ile orta fonksiyon düzeyini; BDÖ skoru 19,33±9,4 ortalaması ile orta dereceli depresyonu, YŞS skoru 5,36± 1,04 ortalaması ile ciddi derecede yorgunluğu gösteriyordu. FMS saptanmayan hastalara göre FMS saptanan hastalarda FEA ve YŞS skorları arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu (p =0,00). Ayrıca FMS saptanmayan hastalara göre FMS saptanan hastalarda bedensel ağrı alt ölçeği haricinde tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı, düşük yaşam kalitesi saptandı (p<0,05).

Sonuç: FMS; klasik olarak kadınlarda erkeklere göre çok daha fazla görülür. Genel popülasyonda erkeklerde görülme sıklığı % 1,8 - % 2,4 olarak rapor edilmiştir. HIV pozitif hastalarda ise, % 1-17 arasında değişen bir prevalanstan bahsedilebilir. Çalışmamızda HIV(+) tanılı hastalarda FMS görülme sıklığı literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ayrıca FMS saptanmayan hastalar göre FMS saptanan hastalarda fonksiyonel düzey ve yaşam kalitesi daha kötüdür. HIV tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen, bu hastalarda kas-iskelet sistemi problemleri hala önemli bir sorundur. FMS varlığının erken tanı ve tedavisi, morbiditeyi azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için önemlidir. Bu nedenle HIV(+) hastalarda sıkça görülen kas-iskelet sistemi problemleri içerisinde FMS varlığı da dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: HIV, fibromiyalji sendromu, prevelans

S-044 Ailesel Akdeniz Ateşinde Kolşisin Kullanımı Kognitif Fonksiyonları Etkiler mi?

Halise Hande Gezer[1], Özge Devezer Uslu[2], Didem Erdem[1], Sevtap Acer Kasman[1], Mehmet Tuncay Duruöz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Klinik ve Adli Psikoloji Derneği, İstanbul

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşinde (FMF) çocuk ve adolesanlarda kognitif fonksiyonların bozulduğu gösterilmiş olsa da yaşlı ve uzun süre kolşisin kullanan hastalarda kolşisinin kognitif fonksiyonlarda koruyucu olabileceği saptanmıştır. Bu çalışmada FMF'li erişkin hastalarda kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi, kolşisin kullanımının etkileri ve hastalık parametreleri ile ilişkisini göstermek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Tel-Hashomer kriterlerine göre FMF tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Kontrol grubuna sistemik ve romatizmal hastalığı olmayan hastalar alınmıştır. Klinik özellikler olarak hastalık süresi, komorbid hastalıklar, kolşisin kullanım süresi ve dozu, amiloidoz ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) gelişimi, FMF gen mutasyonu, son 3 aydaki atak sayısı ve hastalık aktivite değerlendirmesi için PRAS skorlaması kaydedilmiştir. Uyku kalitesinin değerlendirmesinde Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), yorgunluk değerlendirmesinde Yorgunluk Şiddet Ölçeği, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde FMF Yaşam Kalitesi Ölçeği, Depresyon değerlendirmesinde Beck Depresyon Skalası kullanılmıştır. Kognitif ölçümler, yönetici-yürütücü işlevler altında değerlendirilmek sureti ile; bilgi işleme ve akıcılık becerileri için KAS testi; odaklanma, konsantrasyon ve dikkat becerileri için meyve-isim testi; akıcılık ve dikkati sürdürebilme becerisi için hayvan sayma ve farklı alt bölümleri değerlendiren Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOCA) (görsel mekanlar/yönetici işlevler, adlandırma, adlandırma, bellek, dikkat, lisan, soyut düşünme, gecikmeli hatırlama ve yönelim) kullanılmıştır. Tüm parametreler için tanımlayıcı analiz yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma için Mann Whitney U-test ve değişkenler arasındaki korelasyonu değerlendirmede Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel anlamlı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS (statistical package for social sciences for Windows 22.0) istatistik paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 24 FMF tanılı hasta ve yaş, eğitim düzeyi benzer 10 sağlıklı kontrol katılmıştır. FMF tanılı hastaların (21 kadın, 3 erkek) yaş ortalaması 36.83 (SD:10.9) olup sağlıklı kontrollerin (7 kadın, 3 erkek) yaş ortalaması 39.3 (SD:8.6)'dır. Hastaların %45.8'i hafif, %29.2'si orta, %25'i ağır hastalık aktivitesine sahiptir. FMF ile sağlıklı kontroller arasında hayvan sayma, KAS testi, MOCA testi ve alt gruplarında anlamlı fark saptanmamıştır. Meyve-isim sayma testi FMF grubunda sağlıklı kontrollere göre bozulmuştur ($p<0.05$). Kolşisin kullanım süresi uzadıkça KAS test skorlarında ve MOCA adlandırma skorlarında orta düzeyde pozitif koreleasyon saptanmıştır ($r=0.511$, $p=0.011$). FMF grubundaki hastaların son 3 aydaki atak sayısı ile Pittsburg uyku skorları ve depresyon skorları orta düzeyde pozitif korele saptanmıştır ($r=0.496$, $p=0.014$). Depresyon skorları ile yaşam kalitesi skorları yüksek pozitif korele saptanmıştır ($r=0.631$, $p=0.001$).

Sonuç: FMF'li hastaların dikkati odaklayabilme, karmaşık dikkat, dikkati sürdürebilme ve aynı anda iki bilgiye dikkat edebilme performansları sağlıklı kontrollere göre bozulmuştur. FMF'li hastalarda kolşisin kullanım süresi uzadıkça bilgi işleme ve akıcılık performansı artmaktadır. Bu da bilgiyi kategorize edebilme ve akıcı bir şekilde kullanabilme becerisini göstermektedir. Ön çalışma niteliğinde olan sınırlı hasta sayısı ile yapılan çalışmamız devam etmektedir.

Kaynaklar:
1. Keskindemirci, G., et al., Does familial Mediterranean fever affect cognitive function in children? Electrophysiological preliminary study. Int J Neurosci, 2018. 128(1): p. 10-14.
2. Leibovitz, A., et al., Colchicine therapy and the cognitive status of elderly patients with familial Mediterranean fever. Isr Med Assoc J, 2006. 8(7): p. 469-72.

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, kognitif bozukluk, kolşisin

S-045 Miyofasiyal Ağrı Sendromu ve Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

Mustafa Aziz Yıldırım, Gökşen Gökşenoğlu

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı birbiriyle sıkça karışan Fibromiyalji sendromu ve miyofasiyal ağrı sendromu olan kadın hastaların yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerini belirleyip karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza 60 kadın hasta dahil edildi. Hastalar 30 hasta fibromiyalji sendromlu, 30 hasta miyofasiyal ağrı sendromu grubuna olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri kaydedildi. Bütün hastalara, ağrı şiddetini değerlendirmek için vizüel analog skala, yaşam kalitesini değerlendirmek için Kısa form-36 değerlendirmesi yapıldı. Hastaların depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Fibromiyalji sendromu grubundaki hastaların yaş ortalaması 41.8+12.59 yıl,vizüel analog skala skorları: 7.48+2.04 iken miyofasiyal ağrı sendromu grubundaki hastaların yaş ortalaması 31.26+5.74, yıl, vizüel analog skala skorları: 6.03+1.95 idi. İki grubun yaş ve ağrı skorları ve Beck Depresyon Ölçeği skorları karşılaştırıldığında Fibromiyalji sendromlu hastalar yönünde anlamlı olarak fark saptandı ($p<0.05$). Kısa form-36 skorlarına göre Fibromiyalji grubunda, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, ağrı ve sağlığın genel algılanması alt grupları anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre Fibromiyalji sendromlu olgularda miyofasiyal ağrı sendromlu olgulara göre daha yüksek ağrı, depresyon düzeyin tespit edilirken; uzun süre devam eden ağrıların hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, miyofasiyal ağrı sendromu, vizüel analog skala

S-046 Ailesel Akdeniz Ateşinde Femoral Kartilaj Kalınlığı ve Amiloidoz ile İlişkisi

Halise Hande Gezer[1], Didem Erdem[1], Sevtap Acer Kasman[1], Hatice Şule Baklacıoğlu[2], Mehmet Tuncay Duruöz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) tekrarlayan serözit atakları ve ateşle seyreden otoinflamatuvar hastalıkların en sık görülenidir. Hastalarda en sık ve korkulan komplikasyon amiloidoz gelişimidir. Amiloid proteini başta böbrekler olmak üzere kartilaj dahil birçok dokuda birikebilir. Biyopsi çalışmalarında amiloid proteinin kartilaj yapıda da biriktiği gösterilmiştir. Bu çalışmada FMF'li hastalarda sonografik femoral kartilaj kalınlığını değerlendirmek ve klinik özellikler ile ilişkisini göstermek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Tel-Hashomer kriterlerine göre FMF tanısı almış hastalar dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubuna diz operasyonu geçirmemiş, sistemik ve romatizmal hastalığı olmayan hastalar alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Bilateral diz femoral kartilaj kalınlığı (FCT) 7-12 MHz US prob ile diz maksimum fleksiyonda medial femoral kartilaj (MFC), interkondiler alan (ICA) ve lateral femoral kondil (MFC) ölçümleri ile 3 noktadan yapılmıştır. Klinik özellikler olarak hastalık süresi, komorbid hastalıklar, amiloidoz ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) gelişimi, FMF gen mutasyonu, artrit hikayesi, hastalık aktivite değerlendirmesi için PRAS skorlaması ve fiziksel aktivite skoru kaydedilmiştir. Tüm parametreler için tanımlayıcı analiz yapılmıştır. Mann Whitney U-test ve Spearman korelasyon katsayısı grupları karşılaştırmak için kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel anlamlı olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS (statistical package for social sciences for Windows 22.0) istatistik paketi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 45 FMF tanılı hastanın (35 kadın, 10 erkek) yaş ortalaması 38.2 (SD:12.2), ortalama hastalık süresi 10.8 (SD:10.1) yıl olup kontrol grubundaki 20 hastanın (14 kadın, 6 erkek) yaş ortalaması 37.4 (SD:8.5) saptanmıştır. FMF ve kontrol grubunda yaş ve vücut kitle indeksi (VKI) açısından fark saptanmadı. Hastaların %48.9'u hafif, %20'si orta, %22.2'si ağır hastalık aktivitesine sahiptir. FMF grubunda FCT ortalamaları: sağ LFC 0.19 (SD:0.03), sağ ICA 0.23 (SD:0.05), sağ MFC 0.20 (SD:0.04), sol LFC 0.19 (SD:0.03), sol ICA 0.22 (SD:0.05), sol MFC 0.19 (SD:0.03) cm ve kontrol grubunda FCT ortalamaları; sağ LFC 0.22 (SD:0.05), sağ ICA 0.23 (SD:0.06), sağ MFC 0.22 (SD:0.05), sol LFC 0.22 (SD:0.05), sol ICA 0.23 (SD:0.06), sol MFC 0.22 (SD:0.05) cm ölçülmüştür. FMF grubunda bilateral LFC ve sol MFC ortalamaları kontrol grubuna göre azalmıştır ($p<0.05$). FCT yaş, VKI, amiloidoz, KBY ve artrit ile ilişkili Fiziksel aktivite skoru Metabolik Eşlenik (MET) üzerinden hesaplandığında sol LFC ile pozitif koreleasyon ($r=0.309$, $p=0.044$) göstermiştir. 24 saatlik idrarda total protein miktarı sol LFC ile negatif koreleasyon göstermiştir ($r=-0.718$, $p=0.019$).

Sonuç: FMF'de femoral kartilaj kalınlığı normal popülasyona göre azalmıştır. Kartilaj kalınlığı ile amiloidoz arasında anlamlı ilişki bulunmasa da proteinüri miktarı ile ilişkilidir. Ön çalışma niteliğinde olan sınırlı hasta sayısı ile yapılan çalışmamız devam etmektedir.

Kaynaklar:

1. Ozcakar, L., et al., Femoral cartilage thickness measurements in healthy individuals: learning, practicing and publishing with TURK-MUSCULUS. J Back Musculoskelet Rehabil, 2014. 27: p. 117-24.
2. Mitrovic, D.R., et al., Amyloid deposits in human knee and hip joints. J Rheumatology International. 1985. 5(2): p. 83-89.
3. Onen, F., Familial Mediterranean fever. Rheumatol Int, 2006. 26: p. 489-96.

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, amiloidoz, femoral kartilaj kalınlığı

S-047 Fibromiyalji Sendromunda Koku ve Tat Duyusu Değerlendirmesi: Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Aleksimi ile İlişkisi

Tuğba Özsoy Ünübol[1], Hakan Kullakçı[2], İrem İlhan[2], Figen Yılmaz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS) kronik yaygın ağrı ile karakterize bir sendrom olup somatik ve kognitif semptomlar ile depresyon görülmektedir. Fibromiyaljide depresyon prevalansını değerlendiren çalışmalara göre, prevelans %28.6 ile %70 arasındadır. Bu fark depresyonu değerlendirmek için ele alınan kriterlerden kaynaklanmaktadır. Depresyonda koku duyusunda azalma üzerinde sıklıkla durulmakta iken tat duyusunda da etkilenim olduğu gösterilmiştir. Bu duyularda görülen negatif etkilenim yaşam kalitesinde düşmeyi de beraberinde getirebilmektedir. Bu çalışmada primer amacımız FMS'de koku ve tat duyusunu değerlendirmektir. Sekonder amacımız ise hastalığın şiddeti, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete ve aleksitimi ile olan ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma öncesi Sağlık Bilimleri Üniversitesinden etik kurul onayı alındı. Çalışmaya ACR 2016 kriterlerine göre FMS tanısı alan hastalar ile benzer yaş ve cinsiyet dağılımındaki sağlıklı bireyler dahil edildi. Çalışma öncesi katılımcılar uygunluk açısından birinci klinisyen (TOU) tarafından değerlendirilerek kişilerin kendi koku ve tat duyuları için öz değerlendirmeleri sorgulandı ve ACR 2016 kriterlerine göre FMS tanısı alan hastalara fibromiyalji etki anketi (FIQ) uygulandı. Tüm katılımcılara tanıdan habersiz ikinci klinisyen (HK) tarafından yaşam kalitesi anketi (EQ-5D), Hamilton anksiyete ve depresyon ölçeği ile Toronto aleksitimi ölçeği uygulandı. Koku ve tat testleri yine tanıdan habersiz olan üçüncü klinisyen (İİ) tarafından uygulandı. Koku testleri için Sniffin' sticks testi uygulanarak koku eşik değeri, tanımlama ve ayırma testleri uygulandı. Tat testi için tat çubukları kullanılarak tatlı, tuzlu, acı ve ekşi tatlarının tanınmasına dayanan tat skoru hesaplandı. Veriler SPSS 17.00 paket programında değerlendirildi. Çalışma öncesi güç analizi yapılarak her iki gruba 20'şer hasta alınmasının yeterli olduğu görüldü.

Bulgular: Çalışmaya 20 FMS tanılı hasta, 20 sağlıklı kontrol alındı. Sosyodemografik verileri arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. FMS hastalarının ortalama yaygın ağrı indeksi 11,15 semptom şiddet ölçeği 8,78'di ve %90'ında depresyon mevcuttu. Yaşam kalitesi indeksi ve VAS ile değerlendirilen sağlık durumu FMS grubunda anlamlı olarak düşük saptandı. Anksiyete, depresyon ve aleksitimi skorları FMS grubunda anlamlı olarak yüksek saptandı. Koku testinin tüm alt parametrelerinin skorları ve total koku skoru ile total tat skoru FMS grubunda anlamlı olarak düşük saptandı. FMS hastalarının %85'inde hiposmi saptanırken, kontrol grubunda %15 oranda hiposmi saptandı. Tat duyusunda azalma FMS hastalarının %40'nda saptanırken, kontrol grubunda hiç yoktu. Kişilerin kendi değerlendirmelerine göre FMS grubundaki hastaların %40'ı ortalamanın altında koku duyusuna sahip olduğunu belirtirken %15'i ortalamanın altında, %10'u ortalamanın üstünde tat duyusuna sahip olduğunu belirtti. Anksiyete ve depresyon ile yaşam kalitesi arasında güçlü korelasyon mevcuttu. Koku ve tat skorları ile anksiyete ve depresyon arasında orta derecede negatif korelasyon mevcut iken yaşam kalitesi ile pozitif yönde orta dereceli korelasyon mevcuttu. Koku ve tat skorları ile fibromiyalji semptom skoru veya FIQ skoru arasında anlamlı derecede korelasyon saptanmadı.

Sonuç: FMS'de anksiyete ve depresyon sıklıkla görülmekte ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Koku ve tat duyusunda değişim hastalar tarafından hissedilebilmekte, objektif olarak duyuda azalma görülmektedir. FMS hastalarında koku ve tat duyuları da sorgulanmalı, gerektiğinde değerlendirilmeli ve hasta bilgilendirilmelidir. Fonksiyonel MR ile desteklenen ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, fibromiyalji, koku, tat

S-048 Miyofascial Ağrı Sendromunda Kinezyoterapi,Kuru İğneleme ve Lidokainli Enjeksiyon Karşılaştırılması

Seher Kara[1], Emel Sağlam Gökmen[2], Deniz Öke Topçu[3], Sezin Solum[4]

[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Eyüp Devlet Hastanesi, Dahiliye Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Eyüp Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[4]Niğde Bor Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Niğde

Amaç: Miyofasyal Ağrı Sendromu(MAS) ağrı,hareket kısıtlığı,uyuşukluk vb semptomlarla karakterize ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir kas iskelet sistemi hastalığıdır.Biz bu çalışmamızda noninvaziv bir yöntem olan kinezyoterapinin MAS tedavisindeki etkinliğini, MAS tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan kuru iğneleme ve lidokainli enjeksiyon tedavisi ile kıyaslamayı amaçladık

Gereç-Yöntem: 66 MAS tanılı,kinezyoterapi,kuru iğneleme ve lidokainli enjeksiyon tedavisi almış olan hastaların tedavi öncesi ve tedavini 3.haftasındaki VAS ve SF36 değerleri incelendi.

Bulgular: Her 3 gruptada tedavi öncesi ve tedavinin 3.haftasındaki VAS ve SF 36 değerlerinde anlamı düzelme gözlendi.(p=0.0001)Ancak her 3 grubun birbiri ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık yoktu.(p=0.05)

Sonuç: Biz bu çalışmamızda noninvaziv bir yöntem olan kinezyoterapiyi,MAS tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan lidokain enjeksiyonu ve kuru iğneleme kadar etkili bulduk.Böylece minimal invaziv girişimlerle de hastaların ağrı ve yaşam kalitesinde düzelme olabileceği kanaatindeyiz.Ayrıca enjeksiyon uygulamalarının sakıncalı olduğu durumlarda da noninvaziv bir yöntem olan Kinezyoterapi tedavide alternatif bir seçenek oluşturabilir kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Kinezyoterapi, miyofasyal ağrı sendromu, tetik nokta

S-049 Evalatuion Of Sarcopenia Multidimensionally In Patients With Knee Osteoarthritis

Sefa Gümrük Aslan[1], Meryem Saraçoğlu[2], Hakan Genç[3], Barış Nacır[3], Burcu D. Çakıt[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]Rehabilitation Institute of Chicago, Center for Pain Studies, Cihcago
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Objective: Osteoarthritis(OA) is a noninflammatory chronic degenerative disease.The rate of development of sarcopenia has been increased in patients with OA.In this study,we evaluated the presence of sarcopenia multidimensionally in patients with knee osteoarthritis (OA) using clinical,ultrasonographic and biochemical parameters,and in this respect, it was aimed to investigate the relation between OA and sarcopenia and to identify the most practical,easily accessible and inexpensive method for investigating sarcopenia.

Materials-Methods: 102 patients with clinical and radiological diagnosis of knee osteoarthritis and 33 healthy control subjects were included in the study.A total of 135 subjects were evaluated by the European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) for the diagnosis of sarcopenia.The first group consists of (OA) patients with sarcopenia, the second group consist of OA patients without sarcopenia and the third group is controls subjects.Dual-X-ray absorptiometry (DEXA) is used to measure Body composition parameters and muscle mass measurements, isometric muscle strength evaluations, hand grip strength and walking speeds for diagnosis of sarcopenia. Short form - 36 (SF-36) The Nutritional Assesment-short form (MNA), the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), the International Physical Assessment Questionnaire Short Form (IPAQ-SF) and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D scale) were administered to every patients.

Results: The mean age of the group with sarcopenia was statistically higher than the other two groups ($p < 0.001$). The weight, body mass index (BMI), waist circumference, upper mid-arm circumference, thigh and leg circumference of osteoarthritis (OA) patients with sarcopenia were statistically lower than those of non-sarcopenic and control group ($p < 0.01$-$p < 0.001$). Body composition parameters results showed that sarcopenic patients had statistically lower values as fat mass, lean body mass and Skeletal Muscle Index ($p < 0.001$, $p = 0.001$, $p < 0.001$, respectively) than those of non-sarcopenic and control group.It was determined that body composition values measured with DEXA, ultrasonogrphic measures, isokinetic muscle strength assessment, hand grip strength and gaid speed had predictive values for sarcopenia.

Conclusion: We found that patients with sarcopenic OA were older, weaker, less powerful, undernourished, and restricted in their level of physical activity in the study in which we identified sarcopenia as approximately 12% in patients with osteoarthritis. Among the methods of determining sarcopenia, ultrasound becomes prominent with its practical, cheap and easily accessible features. We think that our results will increase the awareness of the presence of sarcopenia in OA patients.

Keywords: Sarcopenia, osteoarthritis, muscle ultrasound, body composition

S-050 The Comparison of Efficacy of Single Intraarticular Steroid Injection Versus the Combination of Genicular Nerve Block and Intraarticular Steroid İnjection in Patients with Knee Osteoarthritis

Volkan Yılmaz

S.B Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Objective: The aim of this study is to evaluate the efficacy of genicular nerve blockage (GNB) on intraarticular corticosteroid injection (IACSI) in patients with knee osteoarthritis (OA).

Materials-Methods: 40 patients with Kellgren-Lawrence grade 2-4 knee OA were included for the study. Patients were divided into 2 groups randomly as IACS and IACS+GNB groups. All patients were evaluated with ultrasound for cartilage thickness (CT), patellar tendon thickness (PTT), quadriceps tendon thickness (QTT) and quadriceps muscle cross sectional area (QMA). Pain intensity of the patients was evaluated with visual analogue scale (VAS) and ve The Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs (LANSS) Pain Scale. Functional status of the patients was evaluated with Western Ontario and Mc Master Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). Life quality (QOL) of the patients were assessed with Notthingham Health Profile (NHP). All assessments were measured and compared before treatment, 1st month and 3th months after treatment.

Results: Except the variation of QMA and NHP between baseline and 1st month evaluation, all parameters were improved significantly better in IACSI+GNB group compared to IACSI group

Conclusion: When combined with IACSI, GNB yields better analgesic effect and improves function in patients with knee OA compared to only IACSI.

Keywords: Genicular nerve, intraarticular, osteoarthritis, steroid

S-051 Diz Osteoartritli Hastalarda Akupunktur ve Fizik Tedavinin; Ağrı ve Depresyon Üzerindeki Etkisi

Sevgi Gümüş Atalay

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Osteoartrit (OA) noniflamatuar kronik dejeneratif bir hastalıktır. Özellikle yük taşıyan eklemlerde progresif olarak ortaya çıkan kıkırdak yıkımı, osteofit oluşumu ve subkondral skleroz ile karakterizedir. Bu çalışma diz osteoartli hastalarda akupunktur ve fizik tedavi (tens,hp,us) yöntemlerinin, ağrı ve depresyon üzerindeki etkisi belirlenmeye calisilmistir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine diz ağrısı şikayeti başvuran, American College of Rheumatology (ACR) kriterlerine göre bilateral diz OA tanısı alan 100 hasta alındı. Bu çalışma prospektif, randomize olarak yapıldı. Hastaların demografik verileri kaydedildi, ayrıntılı diz muayeneleri yapıldi. Antoeroposterior grafileri Kellgren Lawrence(KL) kriterlerine göre sınıflandırıldı. Bütün olgular randomize olarak akupunktur ve fizik tedavi gruplarına (transkutan elektriksel nöral stimulasyon, hotpack, Ultrason) ayrıldı. Hastalar tedavi öncesinde, sonunda ve tedaviden 12.hafta sonra değerlendirildi. Vizüel Ağrı Skalası(VAS) ağrı şiddetini ölçmek için kullanıldı. Depresyonu değerlendirmek için Beck depreyon skalası kullanıldı. Western Ontorio and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) Dizin fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi için kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaşları ortalaması 57.5±7.81 ve BMI ortalaması 32,4±5,78 dir. Tedavi grupları arasında yaş,cinsiyet, medeni hal ve eğitim durumları dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır($p>0.05$). Heriki grupta başlangıç VAS değerlerine göre tedavi sonrası ve tedavi sonrası 12.hafta VAS değerlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.000$; $p<0.05$). Akupunktur grubunda başlangıç BECK değerlerine göre tedavi sonrası ve tedavi sonrası 12.hafta BECK değerlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır($p1:0.047$; $p2:0.009$; $p<0.05$). FTR grubunda başlangıç BECK değerlerine göre tedavi sonrası ve tedavi sonrası 12.hafta BECK değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim görülmemiştir ($p>0.05$). Akupuntur tedavi grubunda ve FTR tedavi grubunda; Başlangıç WOMAC fiziksel fonksiyon değerlerine göre tedavi sonrası ve tedavi sonrası 12.hafta WOMAC fiziksel fonksiyon değerlerinde görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p1:0.001$; $p2:0.000$; $p<0.05$).

Sonuç: Gonartrozlu hastalarda akupunktur ve fizik tedavi modaliteleri güvenilir ve etkili tedavi metodlarıdır. Akupunktur, depresif belirtileri olan hastalarda fizik tedavi yöntemlerinden daha etkili bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, akupunktur, diz osteoartriti

S-052 Miyofasiyal Ağrı Sendromunda Tetik Noktalara Uygulanan Lokal Anestezik ile Kuru İğnelemenin Karşılaştırılması

Hüsnü Yılmaz[1], Nazlı Derya Buğdaycı[2], Belgin Erhan[3]

[1]Gaziemir Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesi, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[3]SB İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Miyofasiyal Ağrı Sendromu (MAS), kas spazmı, ağrı, hareket kısıtlılığı, güçsüzlük, duyarlılık ve nadiren otonom disfonksiyon gibi semptom ve bulgularla seyreden bir kas iskelet sistemi hastalığıdır. Miyofasiyal ağrıların toplumdaki sıklığı %12 olarak bildirilmektedir. Etyolojisi ve patogenezi kesin olarak bilinmemekle birlikte; primer kas patolojileri ve mekanik, nosiseptif, genetik patolojilerin etken olduğu düşünülmektedir. Tetik nokta ve kas için spesifik bir ağrılı alan MAS'ın primer bileşenleridir. Tedavide amaç; ağrının azaltılması, eklemlerde hareket kaybının giderilmesi ve tetik noktanın oluşumunda rol oynayan faktörlerin ortadan kaldırılması olarak hedeflenmektedir.Bu amaçla uygulanan başlıca tedavi yöntemleri, hasta eğitimi ve predispozan faktörlerin kontrolü, tetik nokta enjeksiyonları, kuru iğneleme, akupunktur, analjezik,miyorelaksan ve antidepresan gibi medikal tedaviler, hotpack, egzersiz, germe, iskemik kompresyon, terapötik masaj, biofeedback, transkütanöz elektriksel sinir stimulasyonu (TENS), ultrason, interferansiyal akım (İFA), düşük enerjili LASER (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) ve ekstrakorporeal şok dalga tedavisi (ESWT) tedavileridir.Biz çalışmamızda MAS tanısı almış hastalarda tetik noktalara uygulanan lokal anestezik (LA) enjeksiyonu ile kuru iğneleme (Kİ) tedavilerinin etkinliklerinin karşılaştırılmasını amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine, Mayıs 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında, 18-60 yaş arasında, boyun, sırt ağrısı şikayeti ile başvuran, anamnez ve fizik muayene ile üst trapez kasındaki tetik nokta veya noktalara bağlı MAS'ı olan ve aydınlatılmış onamları alınıp, çalışmayı kabul eden 52 si erkek, 90 hasta alındı. MAS tanısı, Travell ve Simons'ın tanı kriterleri esas alınarak konuldu. Bu hastalar üç gruba randomize edildi. Birinci gruba Kİ'ye ek olarak germe egzersizleri, ikinci gruba LA enjeksiyonuna ek olarak germe egzersizleri, üçüncü gruba sadece germe egzersizleri verildi. Grup I ve Grup II ye tedaviler 0. ve 14. günlerde uygulandı. Tüm hastalara hareket açıklığında ağrı oluşmaya başlamasıyla sınırlandırılan günde iki kez en az 15 sn süreyle, her defasında 10 tekrar olacak şekilde trapez kasını germe egzersizlerini içeren ev programı verildi. Hastalara tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ve 4. hafta uygulanan tedaviye kör olan başka bir uzman tarafından vizüel analog skala (VAS), boyun ağrısı ve disabilite skalası (NPADS) ve Beck depresyon ölçeği (BDÖ) formları doldurduldu ve hastaların tetik noktalarının ağrı duyarlılığının değerlendirilmesi için, manuel basınç algometresi ile basınç ağrı eşiği (PPT) değerleri ölçüldü. Hastalara değerlendirmeyi yapan uzmanla uygulanan tedavi hakkında konuşmamaları
söylenildi.

Bulgular: Her üç grupta da, tüm parametrelerde tedavi sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileşme saptanmıştır. LA enjeksiyonu (Grup II) ve Kİ (Grup I) yapılan gruplarda VAS, NPADS, PPT, BDÖ skorları sadece germe egzersizi yapan gruba (Grup III) göre anlamlı olarak düzeldi ($p < 0,05$). Grup I ve Grup II arası karşılaştırmada 1. hafta kontrollerinde VAS ve PPT skorları istatiksel olarak Grup II lehine anlamlı ($p < 0,05$) saptansa da 4. hafta kontrollerinde iki grup arasında tüm parametre sonuçları arasında istatiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda MAS tanılı hastalarda LA enjeksiyonu ile Kİ tedavisinin ağrı, günlük yaşam aktiviteleri ve depresyon üzerine etkili olduğu gözlemlendi. Bir haftalık dönemde, LA enjeksiyonu ağrı azalmasında ve ağrı eşiğini nicel olarak yükseltmede Kİ'den üstün görülmüş ancak 4. hafta kontrollerde iki tedavinin de etkinliklerinin benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Miyofasiyal ağrı sendromu, lokal anestezik, kuru iğneleme

S-053 Miyofasiyal Ağrı Sendromunda Kuru İğneleme, Kinezyolojik Bantlama ve Kuru Kupa Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması

Esra Mert[1], Seher Kocaoğlu[2]

[1]Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Kliniği, Düzce
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Üst trapezius kasında miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) olan hastalarda egzersizle birlikte uygulanan kuru iğneleme, kinezyolojik bantlama ve kuru kupa tedavisinin etkinliklerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Prospektif, randomize ve kontrollü olarak planlanan çalışmamıza en az 3 aydır şikayeti olan ve üst trapezius kasında miyofasiyal tetik noktası olan 60 hasta dahil edildi. Hastalar üç gruba randomize edildi. Birinci gruba kuru iğneleme + egzersiz (n=20), ikinci gruba kinezyolojik bantlama + egzersiz (n=20), üçüncü gruba kuru kupa + egzersiz (n=20) tedavisi uygulandı. Kuru iğneleme tedavisi 1 hafta arayla 2 seans, kinezyolojik bantlama tedavisi 5 gün arayla 3 seans, kuru kupa tedavisi haftada iki kez olarak 4 seans uygulandı. Hastaların değerlendirilmesi çalışmanın başlangıcında, tedavi bitiminden sonraki 1. gün (sadece VAS skoru değerlendirildi), 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda yapıldı. Vizüel Analog Skala (VAS) ile ağrı şiddeti, basınç algometre ile ağrı eşiği, Boyun Ağrı ve Dizabilite Skoru ile fonksiyonel durum, Beck Depresyon Ölçeği ile hastaların duygudurumu, Kısa form-36 ile yaşam kalitesi ve goniometre ile servikal eklem hareket açıklıkları değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde her üç tedavi grubunda da bütün parametrelerde tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1. gün, 1. hafta, 1. ay ve 3. ay sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptandı ($p<0,05$). Her üç tedavi grubu karşılaştırıldığında ise tedavi sonrası 1. gün, 1. hafta, 1. ay ve 3. ay kontrol değerlendirmelerinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Kuru iğneleme, kinezyolojik bantlama ve kuru kupa tedavisi miyofasiyal ağrı sendromu tedavisinde etkili ve güvenilir yöntemlerdir. Her üç tedavi yönteminin de birbirlerine belirgin anlamda üstün olmadıkları kanaatine vardık. Miyofasiyal ağrı sendromu tedavisinde özellikle kupa tedavisi ile ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Miyofasiyal ağrı sendromu, kuru iğneleme, kinezyolojik bantlama, kuru kupa tedavisi

VAS Değerleri İçin Karşılaştırma Tablosu

		Kinezyobantlama (A)	Kuru İğneleme (B)	Kuru Kupa (C)	p değeri
Tedavi öncesi (1)	$\bar{x}$±SD	5,5 ± 1,7	5,6 ± 1,7	6,2 ± 1,7	0,372 b
	Md (Q1&Q3)	5 (5&6)	5 (4&7)	6 (5&7,8)	
Tedavi sonrası 1. Gün (2)	$\bar{x}$±SD	2,4 ± 1,8	3 ± 1,3	2,8 ± 1,4	0,510 b
	Md (Q1&Q3)	2,5 (1&3,8)	3 (2&4)	3 (1,3&4)	
Tedavi sonrası 1. Hafta (3)	$\bar{x}$±SD	2,2 ± 1,5	2,2 ± 1	2,8 ± 1,5	0,250 b
	Md (Q1&Q3)	2,5 (1&3)	2 (1,3&3)	3 (2&4)	
Tedavi sonrası 1. Ay (4)	$\bar{x}$±SD	2,3 ± 1,9	1,7 ± 1,4	2,4 ± 1,3	0,321 b
	Md (Q1&Q3)	1 (1&3)	1 (1&3)	2 (1,3&3,8)	
Tedavi sonrası 3. Ay (5)	$\bar{x}$±SD	2,5 ± 1,9	2,5 ± 1,2	3,1 ± 1,5	0,419 b
	Md (Q1&Q3)	2 (1&4)	2,5 (1,3&3)	3 (2&4)	
p değeri		<0,001 b	<0,001 b	<0,001 b	
Değişim	$\bar{x}$±SD	-3 ± 1,8	-3,1 ± 1,8	-3,1 ± 2	
	Md (Q1&Q3)	-3 (-4&-2)	-2,5 (-4,8&-2)	-3 (-4&-2)	0,863 c
% Değişim	$\bar{x}$±SD	-55,8 ± 29,7	-52,1 ± 24,3	-48 ± 32,1	
	Md (Q1&Q3)	-60(-72,9&-35)	-46,4 (-75&-40)	-50 (-70,2&-38,1)	0,812 c
Tedavi şekli					0,394 a
Zaman					<0,001a
Zaman ve tedavi ortak etki					0,340 a
İkili karşılaştırmalar		p değeri b	p değeri b	p değeri b	
1-2		<0,001	<0,001	<0,001	
1-3		<0,001	<0,001	<0,001	
1-4		<0,001	<0,001	<0,001	
1-5		<0,001	<0,001	<0,001	

a:İki yönlü tekrarlı ölçümler ANOVA testi b:Bonferoni düzeltmeli post-hoc analiz c:Kruskal-Wallis testi

S-054 Does Kinesiology Taping Improve Muscle Strength and Function in Knee Osteoarthritis? A Single-Blind, Randomized and Controlled Study

Halil Öğüt[1], Hayal Güler[2], Mustafa Turgut Yıldızgören[2], Onur Velioğlu[2], Ayşe Dicle Turhanoğlu[2]

[1]Bingol State Hospital Physical Medicine and Rehabilitation Clinic, Bingol
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Mustafa Kemal University, Tayfur Ata Sökmen Faculty of Medicine, Hatay

Objective: This study aims to evaluate the efficacy of kinesiology taping (KT) on pain, movement restriction, walking speed, daily living activities, and isokinetic muscle performance in female patients with knee osteoarthritis (OA).

Materials-Methods: The study included 61 female patients (mean age 53.5±3.5 years; range 50 to 60 years) who were admitted to Physical Medicine and Rehabilitation Outpatient Clinic with complaints of mechanical knee pain. Knee OA was diagnosed according to the clinical/ radiological criteria of the American College of Rheumatology and patients with Kellgren-Lawrence grade 2 and 3 were included. Patients were randomly divided into two groups. Both groups received transcutaneous electrical nerve stimulation for 30 minutes, hot pack for 30 minutes, and therapeutic ultrasound for 10 minutes in a day for three weeks (five days in a week). Also, one group was treated with KT (KT group, n=31) while the other group was treated with sham-KT (sham-KT group, n=30) one time a week for three weeks. A home program of around the knee strengthening exercises was recommended for all patients. All patients were evaluated with Visual Analog Scale (VAS), Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index (WOMAC) values, goniometric measurement of active knee range of motion, 50-meter walking distance, and isokinetic knee extensor muscle peak torque measurements before treatment, at the end of treatment, and at one month and three months after treatment.

Results: There was a significant improvement in after treatment and first month VAS values in the KT group compared to the sham-KT group ($p<0.05$). In the KT group, the WOMAC pain and WOMAC total scores decreased significantly after treatment compared to the sham-KT group ($p<0.05$). VAS values were significantly decreased after treatment in both groups ($p<0.05$). In both groups; WOMAC pain, stiffness, physical function, and total values decreased significantly after treatment ($p<0.05$). In both groups, isokinetic quadriceps peak torque measurements were increased after treatment ($p<0.05$).

Conclusion: The application of KT to females with knee OA appears to be a method that may be effective on pain and functional capacity.

Keywords: Isokinetic muscle performance, kinesiology taping, knee osteoarthritis, Western Ontario and McMaster Osteoarthritis Index

S-055 The Evaluation of The Effectiveness of Intra-Articular Steroid, Tenoxicam and Combined Steroid-Tenoxicam Injections in The Treatment of Patients with Knee Osteoarthritis

Ebru Yılmaz

Kocaeli Government Hospital, Kocaeli, Turkey

Objective: Intra-articular corticosteroid injections are widely applied in the treatment of symptomatic knee osteoarthritis (OA). There is an evidence of short-term effects of intra-articular corticosteroid injection (up to 3-4 weeks), however there is no consensus for the long-term benefit of this treatment yet. Tenoxicam is an effective analgesic and anti-inflammatory drug for symptomatic treatment of OA. Additionally, apart from oral use, tenoxicam is also applied as an intra-articular treatment option to minimize gastrointestinal side effects of NSAIDs. Clinical evidence suggests that the combined use of NSAIDs and corticosteroids is synergistic (especially macular edema after cataract surgery in ophthalmology). Therefore, the aim of this study is to determine whether the combination of intra-articular steroid and tenoxicam was more effective for a long period rather than only tenoxicam and steroid injection alone in OA treatment.

Materials-Methods: 90 patients (56 female, 34 male) with diagnosis of knee osteoarthritis were randomly divided into three groups (30 patients per group): Group 1 were treated by intra-articular injection of tenoxicam combined with lidocaine. Group 2 were treated by intra-articular injection of triamcinolone hexacetonide combined with lidocaine. Group 3 were treated by intra-articular injection of triamcinolone hexacetonide combined with tenoxicam and lidocaine. The estimation of the severity of pain by the visual analog scale (VAS) were enrolled at baseline and 1, 3, 6 months post-injection. Additionally, the Western Ontario and McMaster Universities Index (WOMAC) was used to determine the outcome measures of pain, stiffness and physical functioning at baseline and 1, 3, 6 months post-injection.

Results: The mean age of patients was 65.97±9.29 years. In tenoxicam group, median pre- and post-treatment (at 1, 3 and 6 months) VAS/WOMAC scores were 7.00/32.00, 2.00/10.00, 7.00/32.00 and 7.00/32.00, respectively. In steroid group, median pre- and post-treatment (at 1, 3 and 6 months) VAS/WOMAC scores were 8.00/34.00, 1.00/8.00, 8.00/34.00 and 8.00/34.00, respectively. In steroid plus tenoxicam group, median pre- and post-treatment (at 1, 3 and 6 months) VAS/WOMAC scores were 7.00/34.00, 0.00/6.00, 1.00/8.00 and 2.00/10.00, respectively. VAS and WOMAC scores in 1 month after the injection significantly decreased in both groups compared to baseline ($p<0.01$). However, there was a pronounced improvement in only steroid plus tenoxicam group at 3 and 6 months post-injection ($p<0.01$). Steroid plus tenoxicam group showed significantly improved VAS and WOMAC scores when compared to only steroid and tenoxicam group at follow-up 3 and 6 months ($p<0.01$). Conclusion: The combinated therapy seems to produce a more effective result for a long period than alone therapy in reducing pain and improving functional recovery.

Keywords: Knee osteoarthritis, Intra-articular steroid injection, Intra-articular tenoxicam injection, Intra-articular steroid plus tenoxicam injection, combined therapy

S-056 Primer Diz Osteoartriti Tedavisinde Eklem İçi Tek Doz veya Üç Doz Yapılan Trombositten Zengin Plazma Tedavilerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması

Serdar Sargın

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Balıkesir

Amaç: Primer diz osteoartriti tedavisinde eklem içi tek doz veya 3 doz trombositten zengin plazma (PRP) enjeksiyonlarının etkinliğini karşılaştırmak

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2017 – Kasım 2017 arasında primer diz osteoartriti nedeniyle takip ve tedavisi yapılan 186 hasta geriye dönük incelendi. Her hastanın direkt radyografileri ve manyetik rezonans görüntülemeleri incelendi. Her hastaya tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. Ay, 6. ay ve 1. yıl bakılan ve kayıtları tutulan 100 mm visuel analog skalaları (VAS), Uluslararası Diz Dökümentasyon Komitesi (İKDC) skorlari, Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) skalaları değerlendirdi. Tedaviye bağlı oluşan yan etkiler ve tedavi sonrası hasta memnuniyeti değerlendirmeye alindi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 102 hastaya (68 K- 44 E ortalama yaş 52.6 yaş aralığı 32-72) tek doz, 84 hastaya (56 K- 28 E ortalama yaş 49.4 yaş aralığı 35-69) 3 doz PRP enjeksiyonu yapıldı. Her iki gruptaki hastaların tedavi sonrası bakılan tüm VAS, İKDC ve WOMAC skorlarinda tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede iyileşme mevcuttu. Her iki grup arasında bakılan skorlamalar yönünden anlamlı bir fark tespit edilmedi. Üç doz PRP yapılan 3, tek doz PRP yapılan 1 hastada enjeksiyon sonrası dizde şişlik şikayeti mevcuttu ve uygun tedavi sonrası şikayetlerinin gerilediği görüldü. Her 2 gruptaki hastalar arasında bakılan skorlar yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Sonuç: Primer diz osteoartritinin konservatif tedavisinde PRP enjeksiyonun dozdan bağımsız olarak semptomları azalttan, hasta memnuniyetini arttıran, düşük yan etkisi olan, cerrahi tedaviye oranla düşük maliyetli etkin bir tedavi olduğunu düşünmekteyiz

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartriti, eklem içi enjeksiyon, trombositten zengin plazma

S-057 Ultrasonographic Assessment of Femoral Cartilage Thickness in Patients with Helicobacter Pylori Infection

Emre Ata

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Objective: Identification of novel risk factors in early diagnoses of osteoarthritis (OA) is critical for preventing disease. Helicobacter pylori (HP) is the major cause of gastritis that have been indicated as a possible inflammatory disease trigger. The effect of HP on distal femoral cartilage has not been evaluated up to the present. In this study, we aimed to investigate if there was any difference in femoral cartilage thickness in HP (+) patients compared to HP (-) control group.

Materials-Methods: Thirty-three patients with HP infection and thirty-three HP (-) controls who were referred to gastroenterology outpatient department between January 2018 and September 2018 enrolled in this cross-sectional study. The thickness of femoral articular cartilage was measured using a linear probe (7-12 MHz Sonosite-M Turbo ultrasonography device) with the subject in a supine position with the knees in maximum flexion.

Results: Both right and left medial femoral condyles had thinner cartilage thickness in HP (+) group than HP (-) group ($p<0,05$). For the intercondylar area and lateral femoral condyles, there were no statistically significant difference between HP (+) and HP (-) groups for both extremities ($p>0,05$), but also HP(+) patients had thinner femoral cartilage thickness than HP (-) patients.

Conclusion: This study showed that femoral cartilage is thinner in HP patients than in healthy controls. This relationship between HP and knee OA may be helpful to identify targeted prevention and potential treatment strategies. A thorough understanding of molecular mechanisms of host responses to HP may allow for more effective interventions.

Keywords: Helicobacter, H. Pylori infection, femoral cartilage, cartilage thickness, ultrasonography

S-058 Physical Activity Levels And Fear of Movement in People with Plantar Faciitis with Calcaneal Spur

Tuğba Atan

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Hitit University Faculty of Medicine, Çorum, Turkey

Objective: Symptomatic plantar faciitis with calcaneal spur is a common disorder of the foot which occurs in 15–20 % of the population. The disorder is painful and really troublesome for patients. While physical activity can help to manage other forms of chronic musculoskeletal pain, little data exists on the relationship between physical activity and plantar faciitis with calcaneal spur. The purpose of this study was to compare physical activity levels between individuals with symptomatic plantar faciitis with calcaneal spur and healthy controls, and then to relate disability, fear of movement and pain measures in each of the two participant groups.

Materials-Methods: Twenty-one participants were recruited for each of the two participant groups (n = 42). Data collection included the use of the Visuel Analog scale (VAS) for pain intensity, Foot function index (FFI), Tampa Scale for Kinesiophobia and International Physical Activity Questionnarie (IPAQ). Demographic characteristics and discrete variables such as pain intensity, foot disability and kinesiophobia scores were compared between groups by independent samples t-test. Pearson's Correlation was used to determine if differences and relationships exist between pain intensity, disability, kinesiophobia and physical activity levels in patients with symptomatic plantar faciitis with calcaneal spur.

Results: The results show that individuals with calcaneal spur and healthy controls do not differ in physical activity level (P = 0.939). While participants with calcaneal spur reported higher foot disability and fear of movement (All P < 0.001), these factors did not significantly relate to physical activity levels.

Conclusion: Participants with symptomatic plantar faciitis with calcaneal spur reported higher foot disability and fear of movement, although these factors did not significantly relate to physical activity levels. In clinical practice, it should be considered that fear of movement is higher and generally levels of physical activity are lower in this patient population.

Keywords: Calcaneal spur, kinesiophobia, physical activity, plantar faciitis

S-059 Radyolojik Kalça Osteoartritinde Kemik Mineral Yoğunluğu ve Ağrının Değerlendirilmesi

Mustafa Aziz Yıldırım[1], Halil Harman[2], Kadriye Öneş[1], Nuran Erden[3]

[1]İstanbul Sağlık bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon, İstanbul
[2]İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji, İstanbul
[3]Nişantaşı Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Fizyoterapi Bölümü, İstanbul

Amaç: Osteoartrit (OA) ve osteoporoz (OP), ilerleyen yaşla birlikte sıklığı artan iki hastalıktır. Çalışmamız radyolojik olarak kalça OA tanısı alan hastalarda kemik mineral yoğunluğunu ve ağrıyı değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 43 radyolojik kalça OA'sı olan kadın hasta ve 23 kontrol grubundan oluşan postmenopozal kadın dahil edildi. Radyolojik olarak kalça OA tanısı için Kellgren Lawrence (K-L) OA ve Croft OA evrelendirme skalaları kullanıldı. Kemik yoğunlukları Dual Enerji X-ray Absorpsiyometri (DEXA) ile ölçüldü. Kalça ağrısı değerlendirmesi Verbal Ağrı Skalası (VAS) ve Western Ontario and McMaster Universitesi (WOMAC) osteoartrit indeksi ile yapıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 59.73 ± 7.75 idi. Hasta ve kontrol grupları arasında VAS ve WOMAC skorları açısından karşılaştırma yapıldığında anlamlı bir fark saptandı (p= 0.001, p= 0.001). L2-L4 t skorları hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazlaydı (p=0.018). Diğer DEXA parametrelerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p<0.05). K-L ve Croft OA evrelendirme skalaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p = 0,166).

Sonuç: Lomber vertebra radyolojik kalça OA'sında OP değerlendirilmesi için hedef olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalça, kemik mineral yoğunluğu, osteoartrit, osteoporoz

S-060 EULAR 2018 El Osteoartriti Tedavi Önerilerine TRASD Uyum ve Güncellemesi

F. Figen Ayhan[1], İsmihan Sunar[2], Ebru Umay[3], E. Dilek Keskin[4], Lale Altan[5], Fitnat Dinçer[6], Tuncay Duruöz[7], Nazım Karalezli[8], Banu Kuran[9], Tiraje Tuncer[10], Atilla Halil Elhan[11]

[1]1SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Algoloji Bölümü, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[3]SB Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, El Rehabilitasyonu Bölümü, Ankara
[4]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, El Rehabilitasyonu Bölümü, Kırıkkale
[5]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa
[6]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[7]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[8]Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, Muğla
[9]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, El Rehabilitasyonu Bölümü, İstanbul
[10]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[11]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı,Ankara

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı el osteoartriti (OA) tedavisi ile ilgilenen deneyimli uzmanlar arasında EULAR (European League Against Rheumatism) 2018 El OA Tedavi Önerilerine uyumun ve güncelenme durumunun araştırılmasıdır1.

Gereç-Yöntem: TRASD (Türkiye Romatizma Araştırma Savaş Derneği) tarafından el OA konusunda deneyimli 10 uzman belirlendi. EULAR 2018 El OA tedavi önerileri ve sistematik derlemesi (1,2) bu uzmanlar tarafından her bir öneriye katılım açısından oylandı. EULAR Standard Operational procedure ve Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II) izlendi.
EULAR 2018 El OA Tedavi önerilerinin sorumlu yazarı olan Margreet Kloppenburg bir uzman tarafından (FFA) e-mail ile süreç hakkında bilgilendirildi ve onayı alındı. Uzman panel öğretim üyeleri 2 romatolog (İS, TD), 6 el rehabilitasyonu konusunda deneyimli fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı (BK, DK, EU, FD, LA, TT), 1 algolog (FFA) ve 1 el cerrahından (NK) oluşturuldu. Uzmanların dağılımı Türkiye'de el OA hastalarını en sık takip eden tıp uzmanlarının dağılımıyla uyumlu idi. Bir uzman tarafından EULAR 2018 El OA Tedavi önerilerinin Türkçe'ye çevirileri (DK) ve diğer bir uzman tarafından (EU) da sistematik literatür taraması yapıldı. Anahtar kelimeler "el", "osteoartrit", "tedavi" olarak belirlendi. Ocak 2019'a kadar Pubmed, MEDLINE, Cochrane, and Scopus'da yayınlanmış olan kanıt düzeyi yüksek olarak tanımlanan çalışmalar taramaya dahil edildi ve en az 3 aylık takibi ve kanıt düzeyi yüksek olanlar (Level of Evidence: LoE; SR, RCT) seçildi.
Delphi Round anketleri bir uzman tarafından (FFA) hazırlanarak e-mail yoluyla 06.01.2019-12.02.2019 sürecinde tamamlandı. E-mailler ile oylama formlarının yanı sıra el OA hastalarına yaklaşım, hasta bilgilendirimi ve ilaç tutumlarına ilişkin açık uçlu sorular, EULAR-2018 Hand OA Recommendations çevirisi ve önerilere önemli katkı sağlayabilecek sistematik literatür taraması sonuçları da katılımcılara gönderildi.
Uzmanlardan her bir öneri için 0-10 arasından 0:"hiç katılmıyorum" 10:"tamamen katılıyorum" olacak şekilde puanlama yapmaları istendi. Her bir öneri için ortalama kabul oranları ortalama, standart sapma ve minimum maksimum olarak hesaplandı. Revize edilen öneriler için orijinal ve revize versiyonlar arasında LoA (LoA: level of agreement) açısından anlamlı fark olup olmadığı paired T test ile araştırıldı. Bu ortalamalar EULAR oylamasındaki her bir öneri için kabul düzey ortalaması ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Beş kapsayıcı prensip Türk uzmanlar arasında değişiklik yapılmadan kabul edildi. Yeni bir öneri olarak 11. madde eklendi. (Tablo 1,2). En yüksek kabul düzeyi kapsayıcı prensipler A ve C için saptanırken 6. 7. ve 9. önerinin kabul dereceleri düşüktü. 6.7.ve 9.öneri için revizyon talepleri geldi, tekrar oylama yapılarak öneriler revize edildi ve revize formları kabul edildi. 9. madde dışında tüm öneriler için LoA açısından TRASD ve EULAR oylamaları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Sonuç: EULAR 2018 El OA tedavi önerileri TRASD uzman paneli tarafından yaygın kabul görmektedir ve günlük klinik pratikle yüksek oranlarda uyumludur.

Kaynaklar

1. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the eular recommendations for the management of hand osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2019;78:16-24
2. Kroon FPB, Carmona L, Schoones JW, et al. Efficacy and safety of non-pharmacological, pharmacological and surgical treatment for hand osteoarthritis: a systematic literature review informing the 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. RMD Open 2018;4:e000734.

Anahtar Kelimeler: El, osteoartrit, öneri, TRASD, EULAR

TRASD El OA Tedavi Önerileri-2019

A	El OA tedavisinde temel amaç ağrı, tutukluk gibi semptomların kontrol altına alınması ve el fonksiyonunu optimize ederek, aktivite katılımı ve yaşam kalitesinin maksimum düzeye çıkarılmasıdır.
B	Her hastaya hastalık ve seyri hakkında, aynı zamanda, kişisel tedavi prensipleri ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilmelidir.
C	El OA tedavisi lokalizasyon, OA'nın ciddiyeti ve komorbid hastalıklar dikkate alınarak bireyselleştirilmelidir.
D	El OA tedavisi hasta ve sağlık profesyonellerinin ortak kararına dayanmalıdır.
E	Optimal El OA tedavisi genellikle multi disipliner yaklaşım gerektirmektedir. Ayrıca, farmakolojik olmayan seçeneklere ilave olarak farmakolojik seçenekler ve ameliyat seçeneği de düşünülmelidir.
1	Her hastaya ergonomik prensipler, aktivite hızı, yardımcı araçların kullanımı konusunda eğitim ve öğretim verilmelidir.
2	Her hastada fonksiyon ve kas gücünün arttırılması aynı zamanda ağrının azaltılması amacıyla egzersiz düşünülmelidir.
3	Başparmak tabanı OA olan hastalarda semptomların giderilmesi için ortez kullanımı düşünülmelidir. Uzun süreli kullanım önerilmektedir.
4	Topikal tedaviler güvenlik gerekçeleri sebebiyle sistematik tedavilere tercih edilmektedir. Topikal NSAİİ'ler ilk tercih edilmesi gereken farmakolojik tedavi seçeneğidir.
5	Oral analjezikler, özellikle NSAİİ'ler, belirtilerin giderilmesi amacıyla kısa süreli olarak kullanılmalıdır.
6	revize 6:Parasetamol veya topikal/sistemik NSAİİ'ye yeterli yanıt alınamayan veya kontrendike olan hastalarda ağrının azaltılması ve fonksiyonun iyileştirilmesi için kondroitin sülfat kullanılabilir.
7	revize 7:Parasetamol veya topikal/sistemik NSAİİ'ye yeterli yanıt alınamayan veya kontrendike olan 1.KMK OA ve IF OA hastalarında intraartiküler tedaviler kullanılabilir.
8	El OA'lı hastalar konvansiyonel veya biyolojik hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaçlar ile tedavi edilmemelidir.
9	revize 9:Cerrahi müdahale, yapısal anormalliği olan hastalarda diğer tedavi modaliteleri ağrıyı kesmede yetersiz kaldığı zaman düşünülmelidir. DIP eklemde artrodez, PIP eklemde artrodez veya artroplasti, MKF eklemde artroplasti, 1.KMK eklemde trapezoidektomi+LRTI (ligament rekonstruksiyonu ve tendon interpozisyonu), artroplasti veya artroskopik parsiyel trapezoidektomi düşünülmelidir. KMK artroplasti sonrası rehabilitasyon ağrı, fonksiyon ve kavrama gücünde iyileşmede etkili ve güvenlidir.
10	El OA'li hastaların uzun süreli takibi hastanın kişisel ihtiyaçlarına göre adapte edilmelidir.
11	Yeni öneri 11. El OA hastalarında Parafin kısa dönemde ağrıyı gideren ve kavrama kuvvetini artıran etkili ve güvenli bir non-farmakolojik bir modalite olarak düşünülebilir.

EULAR 2018 el OA Tedavi önerilerinin TRASD uzmanları arasındaki Kanıt Düzeyleri (LoE: level of evidence) ve Kabul Düzeyleri (LOA: level of agreement)

Kapsayıcı prensipler	Kanıt Düzeyi	TRASD Kabul düzeyleri (ortalama±SS) (min-max)	Revize öneriler için TRASD Kabul düzeyleri (ortalama±SS) (min-max)	EULAR Kabul düzeyleri (ortalama±SS)
A		9.90±0.32 (9-10)		9.7±0.7
B		9.70±0.67 (8-10)		9.8±0.8
C		9.90±0.32 (9-10)		9.9±0.2
D		9.10 ±0.99 (7-10)		9.6 ±1.1
E		9.00±1.25 (7-10)		9.3±1.2
Öneriler				
1	1b	9.40±1.07 (7-10)		9.3 ±1.1
2	1a	9.50 ±0.97 (7-10)		9.1 ±1.6
3	1b	8.90±1.29 (7-10)		9.3 ±1.0
4	1b	8.60±1.65 (5-10)		8.6 ±1.8
5	1a	9.65±0.67 (8-10)		9.4±0.9
6	1b	6.55±1.86 (3-10)	7.45 ±2.45 (1.5-10)	7.3 ±2.7
7	1a-b	6.70±2.2 (2-10)	7.60 ±2.18 (2.5-10)	7.9 ±2.4
8	1a	8.60 ±2.32 (3-10)		8.8 ±1.8
9	5	7.60±1.71 (5-10)	6.85 ±2.58 (1.5-10)	9.4±1.4**
10	5	9.80±0.63 (8-10)		9.5±1.7
11	1b	8.90 ± 0.99 (7-10)		

**1a: Randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemesi; 1b: Randomize kontrollü çalışma; 2a: Kohort çalışmalarının sistematik derlemesi; 2b: Kohort çalışması; 3a: vaka kontrol çalışmalarının sistematik derlemesi; 3b: vaka kontrol çalışma; 4: vaka serisi; 5: uzman görüşü SS: Standart sapma EULAR. European League Against Rheumatism; NSAİİ. non-steroid anti-inflammatuar ilaç; OA. osteoartrit. DIF:distal interfalangeal; MKF:metakarpofalangeal; KMK: karpometakarpal. p<0.05*

S-061 İleri Evre Diz Osteroartriti olan Geritrik Hastalarda Trombositten Zengin Plazmanın Diz Ağrı, ve Fonksiyonlarına EtkisiFonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Sibel Çağlar Okur, Meltem Vural, Emine Işıl Üstün

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Diz osteoartriti orta yaşlardan itibaren ileri yaşlara kadar ilerleyen en sık osteoartrit nedenidir. Dizlerde ağrı, krepitasyon, güçsüzlük, hareket kısılıtlığı gibi pekçok ağrılı semptom ile birliktedir. Özelikle 70 yaş üstü bireylerde diz osteoariti grade 3-4 aralığında olabilmektedir. Ek hastalığı olan operasyonun mümkün olmadığı bireylerde diz ağrılarının rahatlatılmasında ve tedavisinde trombositten zengin plazma önerilebilmektedir. Biz çalışmamızda ileri yaş ve grade diz osteoartritinde trombositten zengin plazmanın etkinliğini değerlendirmek istedik.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya 75 yaş üstü 13 (9 kadın, 4 erkek) hasta ve aynı yaş ve cinsiyette kontrol grubu alındı.dahil edildi. Hastaların demografik verileri, ek hastalıkları, geçirilmiş operasyon öyküleri sorgulandı.Tamsorgulandı. Tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal incelemeleri ve karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri kayıt altına alındı. Bilateral ayakta basarak diz grafikleri sonucuna göre Kellgren and Lawrence klasifikasyon Evreleme Ssistemine göre grade evre 3 ve -4 olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubuna sadece egzersiz, diğer gruba PRP uygulandı. Uygulama Enjeksiyon uygulamaları ultrasonografi (USG) altında lateral perhimeniskal yumuşak dokuya uygulandı beraberinde tüm hastalar pes kanserin bursa ve medikal kollateral ligament altına enjeksiyon yapıldı. Eenjeksiyonlar 2 haftada bir 1 olmak üzere toplam 3 seans olaracak şekildeak uyglulandı. Hastalar Değerlendirmelerde, tedavi öncesi, sonrası 2. ve 6. hafta ve 12 haftalarda numerik ağrı skalası (NAS), Western Ontario and McMaster Universities Osteoartrit Indeksi (WOMAC skorlamaWOMAC) ve Short Form 36 ile değerlendirildi.kullanıldı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Yapılan değerledirmede, Çalışmaya dahil edilen olgularımızda hastalarda tedavi sonrası 2. ve 6. haftalarda NAS, WOMAC ve SF 36' da anlamlı değişiklik gözlenirken saptanırken($p<0,05$), 12 hafta değerlendirmelerinde anlamlı düzelme gözlenmedi tespit edilmedi ($p>0.05$). Enjeksiyon uygulanan grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında PRP grubunda diğer gruba kıyasla anlamlı iyileşme gözlendi çekilen kontrol grafiklerinde evrelemede Kellgren and Lawrence evrelemesinde anlamlı değişim gözlenmedi.
($p<0,05$).

Sonuçlar: Geriatrik hastalarda PRP'nin Trombositten zengin plazma ileri yaş bireylerde kısa süreli ağrı kontrolünde kullanılabilir bir tedavi seçeneği olduğunu ve egzersiz programını dahil edilmesi gerekliliğini düşünmekteyiz. İlerleyen süreçte daha fazla olgunun dahil edildiği; karşılaştırmalı ve uzun takipli çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Trombositten zengin plazma, diz osteoartriti, ultrasonografi

S-062 Pre ve Postmenapozal Kadınlarda Osteoporoz Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Karşılaştırılması

Sena Tolu

Medipol Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Osteoporoz, kemik dokusunun mikromimarisinde bozulmayla karakterize kemik mineral yoğunluğu ve kemik gücünde azalma, kemik kırılganlığı ve kırık riskinde artma ile kendini gösteren metabolik kemik hastalığıdır. Osteoporoz ve osteoporotik kırıklar için risk faktörlerinin tanımlanması ile yüksek risk altındaki bireyler belirlenebilir ve değiştirilebilen majör ve minör risk faktörleri modifiye edilerek kırık oluşumu önlenebilir. Osteoporozdan korunmak için kemik sağlığını destekleyen beslenme ve sağlık geliştirme davranışlarının bilinmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı, pre ve postmenapozal kadınlarda osteoporoz bilgi ve farkındalık düzeylerini saptamak ve gruplar arası farkları tespit etmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız Medipol Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim dalın'nda Mayıs 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerin sosyodemografik özellikleri ve osteoporoz risk faktörleri (güneş maruziyeti, sigara, alkol ve kahve tüketimi, katılımcı ve ailesinin kırık ve osteoporoz öyküsü, gebelik sayısı, laktasyon süresi ve fiziksel aktivite) kaydedildi, ayrıca osteoporoza ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmek için Osteoporoz Bilgi Testi (OBT) ve Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği (SİÖ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 110'u premenapozal (ort. yaş 34.53±7.06), 81'i (ort. yaş 54.62±9.62) postmenapozal kadın olmak üzere 191 gönüllü katıldı. Premenapozal kadınların %45'i, postmenapozal kadınların ise %61'i osteoporoz hakkında bilgi sahibi olduklarını belirtti ($p<0.001$). Premanapozal kadınların %40' ı, postmenapozal kadınların ise %43.2'si gazete\dergi ve televizyonu bilgi kaynağı olarak belirtti. Premenapozal kadın grubu anlamlı olarak daha eğitimliydi (lise\üniversite). Kendisinde ve ailesinde osteoporoz ve kırık öyküsü, gebelik sayısı, laktasyon süresi postmenapozal kadın grubunda; sigara kullanımı, alkol tüketimi, güneşe maruziyet ise premanapozal kadın grubunda anlamlı olarak fazla bulundu ($p<0.05$) (Tablo 1). Premenapozal kadınların SİÖ duyarlılık, ciddiyet, kalsiyum alınmasının ve egzersizin faydaları puanları ile OBT egzersiz ve kalsiyum bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo2).

Sonuç: Eğitim düzeyi yüksek olan premenapozal kadın grubunda osteoporoz bilgi ve farkındalık düzeyinin fazla olduğu tespit edilmiştir. Premenapozal kadınların SİÖ duyarlılık, ciddiyet, kalsiyum alınmasının ve egzersizin faydaları puanının yüksek olması, premenapozal kadınların osteoporozu önemli bir hastalık olarak algıladıklarını düşündürmektedir. Osteoporozda primer tedavi korunma olduğundan özellikle risk grubunda olan kadınların saptanması ve sağlık bakanlığı, aile hekimleri ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon hekimleri tarafından öncelikle beslenme, osteoporozun risk faktörleri ve belirtileri hakkında farkındalık oluşturan döküman ve eğitim programlarının düzenlenmesinin önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, eğitim, bilgi, farkındalık

Pre ve postmenapozal kadınlarda osteoporoz risk faktörleri

	Premenapozal kadınlar (n=110)	Postmenapozal kadınlar (n=81)	p
Güneş maruziyeti*	74 (67.27)	37 (45.67)	0.025
Osteoporoz öyküsü*	1 (0.9)	29 (35.8)	<0.001
Kırık öyküsü*	6 (5.5)	18 (22.2)	0.001
Ailede osteoporoz öyküsü*	8 (7.3)	28 (34.6)	<0.001
Ailede kırık öyküsü*	10 (9.1)	16 (19.8)	0.034
Gebelik sayısı,median	1	2	<0.001
Laktasyon süresi,ay median(min-max)	12 (0-96)	19 (0-80)	0.017
Fiziksel aktivite**	55 (50.0)	46 (56.8)	0.353
Sigara*	21 (19.1)	14 (17.3)	0.008
Alkol tüketimi*	9 (8.2)	-	0.011
Kahve tüketimi	82 (74.5)	51 (63)	0.085

**n(%) **Günde min.30 dk egzersiz yapmak İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi. MannWhitney U testi kullanıldı.*

Pre ve postmenapozal kadınlarda osteoporoz bilgi testi ve osteoporoz sağlık inanç ölçeği total ve alt grup değerlerinin karşılaştırılması

	Premenapozal kadınlar (n=110) median (min-max)	Postmenapozal kadınlar (n=81) median (min-max)	p
OBT egzersiz	11 (0-16)	9 (1-16)	0.001
OBT kalsiyum bilgisi	13 (3-17)	11 (5-17)	0.003
OBT total	24 (5-33)	20 (7-33)	0.001
SİÖ duyarlılık	18 (6-29)	14 (2-29)	<0.001
SİÖ ciddiyet	19 (6-28)	16 (6-30)	<0.001
SİÖ egzersiz faydaları	24 (6-38)	24 (6-39)	0.002
SİÖ kalsiyum faydaları	24 (6-38)	23 (3-38)	<0.001
SİÖ egzersiz engelleri	16 (6-26)	16 (6-25)	0.427
SİÖ kalsiyum engelleri	12 (6-25)	12 (6-23)	0.904
SİÖ sağlık motivasyonu	23 (6-30)	24 (6-30)	0.659
SİÖ total	138 (50-179)	126 (58-163)	<0.001

OBT: Osteoporoz bilgi testi SİÖ: Sağlık inanç ölçeği İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi. MannWhitney U testi kullanıldı.

S-063 Ankilozan Spondilit ve Romatoid Artrit'de Osteoporoz Farkındalığı ve Osteoporoz Bilgi Düzeyi

Filiz Meryem Sertpoyraz, Aylin Dikici, Nihan Erdinc Gündüz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir

Amaç: Osteoporoz ve osteoporoza bağlı kırıklar, romatoid artrit, spondiloartritler, kollajen doku hastalıkları gibi birçok romatizmal hastalıkta önemli morbidite nedenidir. Biz bu çalışmada romatizmal hastalığı olan hastalarda osteoporoz farkındalık ve bilgi düzeyini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 58 Ankilozan Spondilit (AS) ve 20 Romatoid Artrit (RA) tanılı toplam 78 hasta ve 78 gönüllü dahil edildi. Tüm hastaların ve gönüllülerin demografik bilgileri ve sosyoekonomik durumu kaydedildi.
Katılımcıların osteoporoz farkındalıklarına iliskin verdikleri yanıtlarla değerlendirildi ve katılımcılar 30 maddelik bir anket kullanarak osteoporoz bilgileri ölçen bir anket doldurdu. Osteoporoz bilgi anket skorları için 15 ve üzeri doğru cevaplar yeterli, 15 altı yetersiz olarak kabul edildi. İlk olarak hasta ve gönüllü grubu karşılaştırıldı ve sonra hasta grubu kendi içinde AS ve RA olarak iki gruba ayrıldı. AS ve RA hastalarının osteoporoz farkındalıklarını ve osteoporoz bilgi düzeylerini ölçen anketleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 44,52± 1,34 yıl, gönüllü grubunda 44,63 ±1,33 yıldı. Hasta ve gönüllü grubu arasında demografik özelliklerden yaş, cinsiyet, gelir-gider düzeyleri arasında fark yoktu. Hastaların %39,7'i ilkokul, %43,6'ü ortaöğretim, %16,7'si üniversite mezunu iken, gönüllü grubunun %20,5'i ilkokul, %25,9 ortaokul, %52,6 üniversite mezunuydu. Eğitim düzeyleri açısından fark anlamlıydı(p=0.000) Her iki grupta osteoporozu en sık doktordan duymuşlardı. Hasta grubun %91 'i, gönüllü grubun % 84,6'sı osteoporozun farkındaydı ve osteoporoz farkındalığı yüksekti ancak gruplar arası anlamlı fark yoktu(p=0.221)
Osteoporoz bilgi düzeyini ölçen anketin değerlendirilmesinde ise hasta grubunda anket skor ortalaması 9,88±6,88; gönüllü grubunda 14,15±8,49 olup gruplar arası fark anlamlıydı(p=0.004) Hasta grubunu (n=78), AS (n=58) ve RA(n=20) hastalarından oluşmaktaydı. Grup içi değerlendirildiğinde ise; her iki grupta osteoporozu en sık doktordan duymuştu. AS' li hastaların %87,9 'i (n=51) ve RA'lı hastaların ise tamamı (n=20) osteoporozun farkındaydı ancak gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p=0.103). Osteoporoz bilgi düzey anket skorları ortalaması AS grubunda 9,29±6,42, RA grubunda 11,60±8,00 idi. Her iki grubun da osteoporoz bilgi düzeyi düşüktü ve gruplar arası anlamlı fark yoktu (p=0.198)

Sonuç: Romatizmal hastalığı olanlar ve olmayanlarda osteoporozun farkındalığı yüksektir; fakat bilgi düzeyleri düşüktür. Her iki gruba da osteoporoz bilgi düzeyini arttırmak için sağlık profesyonelleri tarafından eğitimlerin verilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Bu özellikle sekonder osteoporozun sık görüldüğü AS ve RA'lı hastalarda osteoporoza bağlı komplikasyonların önlenmesinde etkili olacaktır.
Anahtar kelimeler: Osteoporoz, romatizmal hastalık, farkındalık, bilgi düzeyi

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, Romatoid Artrit, Osteoporoz Farkındalık, Bilgi Düzeyi

S-064 Gonartrozlu Hastalarda Denge Kaybının Araştırılması

Ayşe Erdal[1], Nevsun Pıhtılı Taş[1], Gül Ayden Kal[1], Hasan Akbey[1], Selin Koç[1], Zekiye Çatak[2]

[1]Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Elazığ
[2]Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ

Amaç: Bu çalışmada diz osteoartritli hastalar ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi ve denge açısından karşılaştırıması; diz osteoartritli hastalarda denge ile ilgili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Gonartroz tanılı 31 hasta (25 Kadın, 6 erkek, yaş ortalaması 57,8) ile 31 sağlıklı birey (17 kadın, 14 Erkek, yaş ortalaması 48,4) dahil edildi. Katılımcılarda yaşam kalitesi, fiziki muayene, ağrı ve denge değerlendirildi. Tüm bireylerde SF-36, VAS, Berg Denge Skalası, diz eklem hareket ölçümü, WOMAC değerlendirildi. Denge cihaz destekli (HUR Btg 4 Finlandiya) balans testleri kullanılarak gözü açık ve gözü kapalı olarak stabil ve köpük zeminde alan, uzunluk, hız, romberg ve açı parametreleri ile salınım testinde her yöne salınım süre ve mesafeleri değerlendirildi. Statik testte ayrıca gözü açık ve kapalı olarak ayak basınç dağılım yüzdeleri ölçüldü.

Bulgular: Gonartroz tanılı hastalarda yaş, vücut kitle indeksi, VAS ve WOMAC ve SF-36 değerleri anlamlı olarak yüksek saptandı. Vücut kitle indeksinin (BMI) ile cihaz destekli statik denge ölçümleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Ancak BMI ile Berg Denge Skalası arasında negatif korelasyon ($p<0,001$) saptandı. BMI ile VAS, WOMAC arasında pozitif korelasyon saptandı ($p<0,001$). BMI artışı ile gonartroz semptom ve bulgularının arttığı ve dengenin bozulduğu sonucuna varıldı. BMI ile sağa salınım arasında negatif korelasyon saptandı (r: -0,267 p:0,36). Ayrıca gruplar arasında cihaz destekli ölçümlerden sağa eğilim hız ve mesafe ile sola eğilim hız ve mesafe ölçümleri arasında anlamlı farklılık saptandı Berg denge değerleri gonartroz tanılı hastalarda 25,58 kontrol grubunda ise 49,35 olarak saptandı. Berg denge dinamik ölçümü ile cihaz destekli statik ölçümler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Fakat salınım testleri ile arasında pozitif anlamlı ilişki saptandı. Cihaz destekli romberg testinin gözü kapalı stabil zeminde alan ile arasında pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Gonartroz tanılı hastalar yürüme, tırmanma diğer alt ekstremite ile ilgili fonsiyon kaybından muzdariptir. Denge, bu faaliyetlerin günlük yaşamdaki ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bulgulara göre gonartroz tanılı hastalar ile sağlıklı bireyler arasında statik denge ölçümleri arasında belirgin farklılık saptanmadı. Ancak dinamik ölçümler arasında kısmi korelasyon saptandı.

Anahtar Kelimeler: Gonartroz, denge, yaşam kalitesi

S-065 Diz Osteoartritli Hastalarda Fizik Tedavi Uygulamasına Eklenen Su İçi Egzersizin Ağrı, Kas Gücü ve Denge Üzerine Etkisi

Başak Elif Dal, Hasan Toktaş, Ümit Dündar, Selma Eroğlu, Hilal Yeşil

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Çalışmamızın amacı diz osteoartiriti (OA) tedavisinde fizik tedavi uygulamalarına eklenen su içi egzersizlerin ağrı, denge ve kas gücü üzerine olan etkilerini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya ACR kriterlerine göre klinik ve radyolojik olarak diz OA tanısı konan, 35-75 yaşları arasında, toplam 73 kadın hasta alındı ve su içi egzersiz (SİE) (n=35) ve kara egzersiz grubu (KE) (n=38) olarak iki gruba randomize edildi. Her iki gruba da haftada 5 gün toplam 15 seans semptomatik dize 20 dk sıcak paket, 20 dk TENS, 20 dk KDD içerikli fizik tedavi programı uygulandı. SİE grubuna ünitemizin egzersiz havuzunda ve KE grubuna ünitemizin egzersiz salonunda olmak üzere, her iki gruba fizik tedavi uygulamalarıyla kombine olarak fizyoterapist eşliğinde haftada 5 gün, toplam 15 seans ve 30'ar dakika (ısınma, yürüme, eklem hareket açıklığı egzersizleri, kuadriseps güçlendirme egzersizleri, denge, alt ekstremite kaslarına germe egzersizleri ve soğuma) egzersiz programı uygulandı. Tedavi öncesi ve tedavi bitiminde olmak üzere 2 kez VAS, WOMAC, 6 dakika yürüme testi (6DYT), kinestetik denge cihazı ile statik ve dinamik denge değerlendirmesi, izokinetik dinamometre ile 90 ve 150 derece/saniye açısal hızlarda diz fleksör ve diz ekstensör pik tork değerleri ölçüldü. İstatistiksel analiz Windows için geliştirilmiş SPSS 18 ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde gruplar arası ortalama karşılaştırılırken test seçimini yapmak için normal dağılım Shapiro-Wilk testi ile, tanımlayıcı istatistikler ve gruplar arası ortanca farkının önemliliği test edilirken Mann-Whitney U testi, aynı grubun tekrarlayan ölçümlerini değerlendirmede Wilcoxon testi, iki kategorik verinin değerlendirilmesinde Ki kare testi kullanılmıştır. P <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Tedavi öncesi grupların demografik özellikleri, radyolojik evreleri benzerdi. Klinik değerlendirme parametrelerinden hareketle ilişkili VAS, WOMAC fonksiyon ve WOMAC total skoru SİE' de daha düşük, 90 derece/ sn açısal hızda ölçülen diz ekstansör pik tork değeri SİE grubunda daha yüksek olup, bunların dışındaki tüm parametreler (VAS-İstirahat,VAS-Gece,WOMAC ağrı, WOMAC tutukluk, 6DYT, statik balans indeksi (SBİ) ve dinamik balans indeksi (DBİ) ve diğer izokinetik ölçümleri) birbiriyle benzerdi. Tedavi sonrasında her iki grupta VAS ve WOMAC skorlarında anlamlı olarak azalma, 6DYT, SBİ ve DBİ' de iyileşmeler ve tüm açısal hızlarda izokinetik değerlerde anlamlı olarak olarak artış mevcuttu. Her iki grubun tedavi sonrası değerlerinin karşılaştırılmasında VAS-Hareket, WOMAC ağrı, WOMAC fonksiyon, WOMAC total, SBİ, 90 derece/sn açısal hızda diz ekstansör pik tork değeri ve 150 derece/ sn açısal hızda diz fleksör pik tork değerlerinde su içi egzersiz grubu lehine anlamlı ilerlemeler mevcuttu.

Sonuç: Fizik tedavi uygulamalarına eklenen su iç egzersiz programı ağrıyı azaltmada, statik dengeyi ve kas gücünü iyileştirmede kara egzersiziyle uygulanan fizik tedavi programına kıyasla erken dönemde daha etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartriti, su içi egzersiz, denge, kas gücü, ağrı

S-066 Ultrasonografik Olarak Saptanan Çeşitli Diz Patolojilerinde Tedavi Sonrası Rekürrens İçin Risk Faktörleri

Hicran Demir Uşan[1], Hale Karapolat[2]

[1]Yüksek İhtisas Üniversitesi, Koru Ankara Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Ultrasonografi (USG) kas iskelet sistemi patolojilerinin saptanmasında ve yine bu patolojilerin tedavisine klavuzluk etmede yaygın olarak kullanılan güvenilir bir görüntüleme yöntemidir. Çalışmamızda USG ile saptanan diz eklemi effüzyonu, Baker kisti veya suprapatellar bursiti olan hastalarda tedavi sonrası rekürrense neden olabilecek risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda, diz ultrasonografik incelemesi yapılan ve diz eklemi effüzyonu, Baker kisti veya suprapatellar bursit saptanan toplam 150 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, KATZ günlük yaşam aktivitesi indeksleri, uygulanan tedavi, rekürrens olup olmadığı ve komorbiditeleri kaydedildi.

Bulgular: Baker kisti olanlarda rekürrens oranları diğer iki gruba göre anlamlı oranda daha fazlaydı. Yine erkeklerde ve ileri yaşlarda rekürrens riski daha fazla bulundu. Kortikosteroid enjeksiyonu yapılıp yapılmaması ile rekürrens arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Effüzyon hastalarında, Hipertansif hastalarda ve ileri yaşlarda KATZ indeksleri daha düşüktü.

Sonuç: Diz patolojilerinde ileri yaşlarda rekürrens riski artmaktadır. Yine erkeklerde ve Baker kisti olanlarda rekürrens daha fazla görülmektedir. Diz patolojilerinin tedavisinin planlanmasında bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Baker kisti, effüzyon, suprapatellar bursit, rekürrens

S-067 Overektomize Edilmiş Sıçanlarda Tibia Kemiğinde Oluşan Hasar Üzerine Droloxifene (DRO)'Un Koruyucu Etkileri

Murat Baloglu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Droloxifene (DRO), steroid olmayan bir östrojen antagonisti / agonisti, seçici olarak östrojen reseptörüne yüksek afinite ile bağlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Droloxifene (DRO), ovarektomi oluşturulan sıçanlarda tibial kemiklerinde kemik rezorpsiyonu üzerindeki koruyucu etkisini biyokimyasal ve immünohistokimyasal yöntemlerle araştırmaktır.

Materyal-Metod: Toplam 40 Wistar sıçanı rastgele ve eşit olarak 4 gruba ayrıldı: (I) sham, (II) Droloxifene, (III) bilateral ovariektomi ve (IV) bilateral ovariektomi + Droloxifene. Ovariektomiyi takiben Grup IV'deki hayvanlara 2 ay boyunca günlük 1 mg / kg / gün Droloxifene intraperitoneal verildi. 2 ay sonra hayvanlar, anestezi altında sakrifiye edildi. Her hayvandan kan örnekleri alındı ve östrojen, kalsiyum ve alkalin fosfat değerleri incelendi. Biyokimyasal ve immünohistokimyasal ekspresyon değerlerinde sham grubu (1) ile ovariektomili grup (3) arasında ve ovariektomi grubu + Droloxifene ($p < 0.001$) arasında anlamlı farklılıklar vardı.

Bulgular: Ovariektomi + Droloxifene grubu kemik trabeküler yapılarının rezorbe edildiği osteoklast hücrelerinin sayısında azalma olduğu tespit edilmiştir. Osteoblastların gelişiminde ilerleme, osteositlerin olgunlaşması belirginleştiği görülmüştür. Droloxifene ile tedavi edilen grupta ovariektomi sonrası kemik trabekülleri etrafındaki kemik matriksi ile yeni kemik oluşumu oluştuğu görülmüştür. Osteopontin ekspresyonu kemik matriksinde ve osteositlerde pozitif iken kemik trabeküllerinde rezorbe edilen bölgelerde azalma olmuştur. osteonektin ekspresyonu osteoblast hücrelerinde,kemik matrisi ve kemik trabeküllerinde osteositlerde pozitif reaksiyon gösterdi.

Sonuç: Droloxifene'in kemik kaybına karşı osteoblastik aktiviteyi arttırdığını,kemik trabekül gelişimini uyardığı ve overektomi nedeniyle oluşan kemik rezorpsiyonun östrojen azalması sonucu olduğu düşünülmüştür. Kemik onarımında Osteoblastik aktivitedeki artış, osteosit gelişimini tetiklemiş ve kemik matriksi oluşumunun artmasına ve kemik remodelinginin oluşmasını geliştirmiştir.

Anahtar Kelimeler: Droloxifene, overektomize, osteoporoz, östrojen

S-068 The Effects of Teriparatide Treatment On Glucose Tolerance in Women with Severe Postmenopausal Osteoporosis

Fatma Gül Ülkü Demir[1], Mustafa Çalış[2], Kürşad Ünlühızarcı[3], Havva Talay Çalış[1], İsa Cüce[4], Özgür Akgül[5], Selçuk Mıstık[6]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[3]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı, Kayseri
[4]Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Adıyaman
[5]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Manisa
[6]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kayseri

Background: Only a few studies of teriparatide treatment have yielded contradictory results regarding the effect on glucose metabolism. The aim of this study was to evaluate the effects of teriparatide treatment on glucose metabolism and insulin resistance in women with severe osteoporosis.

Methods: Twenty-one postmenopausal women over 65 years with severe osteoporosis were included in the study. The effect of teriparatide treatment on glucose metabolism was assessed by oral glucose tolerance test (OGTT), area under the curve for glucose and insulin (AUCglu, AUCins) were calculated before and at 6 months of teriparatide (20 µg per day) therapy. The insulin resistance and whole body insulin sensitivity were measured by Homeostasis Model Assessment-Insulin Resistance (HOMA-IR) and Matsuda-Insulin Sensitivity Index (Matsuda-ISI) methods, respectively.

Results: The mean age of the patients was 72.4±4.0 years. Mild diabetes mellitus developed in 4 (19.1%) of 21 non-diabetic patients at 6 months of teriparatide treatment. Insulin responses to OGTT were significantly lower after teriparatide treatment. Basal insulin levels and AUCinsulin responses to OGTT decreased while HOMA-IR did not change significantly. Following teriparatide treatment, there was a statistically significant increase at Matsuda-ISI value when compared with basal scores ($p<0.05$).

Conclusions: Our data suggest that teriparatide treatment seems to have adverse effects on some glucose metabolism parameters in severe osteoporotic women. In addition, teriparatide treatment may participate in the development of diabetes mellitus. However, larger and controlled studies are needed to confirm these results.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, glucose tolerance test, postmenopausal osteoporosis, teriparatide

S-069 Diz Osteoartriti Olan Hastalarda Ultrason Eşliğinde Kortikosteroid Enjeksiyonunun Oksijen-Ozon (O2-O3) Enjeksiyonuna Kıyasla Etkileri

Sibel Çağlar Okur[1], Sinan Erdoğan[2]

[1]SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]SBÜ Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı diz OA'lı hastalarda ultrason eşliğinde kortikosteroid enjeksiyonunun oksijen-ozon enjeksiyonu ile etkilerini karşılaştırmaktı.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 45-75 yaş aralığında, ASA sınıflaması I ila III arasında, diz OA'sı olan 70 hasta dahil edildi. Hastalar rastgele, eşit olarak iki gruba ayrıldı. İlk gruptaki hastalara intraartiküler enjeksiyon olarak triamsinolon 40 mg tek dozda uygulandı. İkinci gruptaki hastalara 10 cc (15 µg / ml) oksijen-ozon (O2 --- O3) tek dozda uygulandı. Tüm uygulamalar ultrason eşliğinde yapıldı. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 1. hafta, 1.ay, 3.ay ve 6. ay ağrı değerlendirmesinde vizüel analog skalası (VAS) ile WOMAC (The Western Ontario and Mcmaster Universities Osteoarthritis Index) indeksleri kullanıldı. Hastaların takiplerinde eklem hareket açıklıkları ve suprapatellar bölgede efüzyon miktarı değerlendirilerek kaydedildi.

Bulgular: VAS ve WOMAC skorlarında tedaviden 6 ay sonra görülen iyileşme, steroid grubuna kıyasla oksijen-ozon grubu lehine idi. Eklem hareket açıklığı ve suprapatellar bölgede efüzyon açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç: Diz osteoartriti olan hastalarda hem steroid hem de oksijen ozon enjeksiyonları etkilidir. Çalışmamız oksijen-ozon enjeksiyonunun etkisinin steroid enjeksiyonuna oranla daha uzun süre sürdüğünü göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, osteoartrit, intraartikuler enjeksiyon

S-070 Adeziv Kapsülitte Trombositten Zengin Plazma Enjeksiyonunun Ağrı, Eklem Hareket Açıklığı ve Günlük Yaşam Aktivitesi Üzerine Etkisi

Havva Talay Çalış[1], Çağlar Karabaş[1], Çiğdem Karakükçü[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri
[2]Kayseri Şehir Hastanesi Biyokimya Kliniği, Kayseri

Amaç: Adeziv kapsülit(AK), glenohumeral eklemde(GHE) adhezyon veya aşırı skar dokusu oluşumu ile karakterize, eklemde sertlik, ağrı, disfonksiyona neden olan, bir patolojik süreçtir. Histopatolojik kanıtlar, inflamasyondan ziyade tamir mekanizmalarındaki yetersizliğin patolojik süreçte rol oynadığını göstermektedir.
Trombositten zengin plazma (platelet rich plasma; PRP); tam kanın santrifüj edilmesi ile elde edilen, tam kandan daha yüksek konsantrasyonda platelet ve büyüme faktörü içeren plazma komponentidir. İyileşme sürecine etkisi olduğu düşünülen büyüme faktörlerinin, lezyon yerine lokal olarak enjekte edilerek tendon ve kıkırdak doku rejenerasyonunu arttırıcı etkisi ile tedavide potansiyel olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle AK'te intraartiküler PRP'nin etkinliğini araştırmayı hedefledik.

Gereç-Yöntem: Çalışma prospektif, randomize, kontrollü ve tek kör olarak dizayn edildi. Erciyes Üniversitesi Etik kurul onayı alındı. En az 3 aydır omuz ağrısı olan, eklem hareket açıklığında en az bir yönde %50'den fazla kısıtlılığı olan, VAS değeri 5'in üzerinde olan, 18-75 yaş arası, idiopatik AK tanısı konulan 40 hasta çalışmaya dahil edildi.
Son 3 ay içerisinde ilgili bölgeye enjeksiyon yapılanlar, omuzuna fizik tedavi almış olanlar, ilgili bölgede lokal enfeksiyon, sistemik enfeksiyon veya inflamatuar hastalığı olanlar (RA, hepatit), diyabet ve malignite öyküsü (hematolojik ya da non hematolojik) olanlar, gebeler, son 3 hafta içerisinde sistemik steroid kullananlar çalışmaya alınmadı.
Enjeksiyon grubundaki 20 hastaya ultrason(us) eşliğinde iki doz 3 ml otolog PRP enjeksiyonu 2 hafta arayla posterior yaklaşımla GHE'e intrartiküler uygulandı. Her iki gruba aynı fizyoterapist tarafından PNF germe ile codman sarkaç egzersizleri öğretilerek, düzenli bir şekilde 3*10 tekrar olacak şekilde ev programı olarak verildi. Ayrıca iki gruptaki hastalara da, ağrısı olması halinde parasetamol alması önerildi.
Vizüel Analog Skalası(VAS), VASgece ve VAS hareket sorgulandı. Tüm yönlere eklem hareket açıklığı(EHA), pasif ve aktif olarak ayrı ayrı değerlendirildi. Omuz Ağrısı ve Engelllilik İndeksi(SPADI), SPADIağrı, SPADIdisabilite, SPADItotal skorlar açısından değerlendirildi. Constant skoru Eksternal Rotasyon(ER) ve internal rotasyon(IR) için değerlendirildi. Bu ölçümler tedavi öncesi (0.hafta; başlangıçta), 2.injeksiyon öncesi(2.haftada), 6.haftada ve 12.haftada tekrarlandı.

Bulgular: İki grup arasında yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi, cinsiyet, semptom süresi, etkilenen kol açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu(Tablo). Tedavi öncesine göre tüm zamanlarda VAS, VASgece, VAShareket, tüm yönlere aktif ve pasif EHA, SPADIağrı, SPADIdisabilite, SPADItotal, Constant IR, Constant ER açısından her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı derecede düzelme mevcuttu(p=0.001).
VAS açısından 2. haftada istatistiksel olarak PRP grubunda düzelme daha anlamlı idi(p=0.04)(grafik). Ancak VAS ve VASgece skorları için tedavi öncesine göre kontrol grubunun değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (sırasıyla p=0.04, p=0.02).
PRP uygulanan grupta kontrol grubu ile karşılaştırıldığında aktif ve pasif fleksiyon, pasif abduksiyon, aktif ER ve Constant ER skorları açısından istatistiksel olarak 12. haftada anlamlı düzelme vardı(sırasıyla p=0.01, p=0.01, p=0.01, p=0.04, p=0,01).
Ancak diğer tüm değerler açısından iki grup arasında 2. hafta, 6. hafta ve 12. haftalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık yoktu(p>0.05).

Sonuç: AK ciddi ağrı, eklem hareket açıklığında azalmaya neden olarak günlük yaşam fonksiyonlarını etkileyen omuz sendromudur. Bu çalışmada ilk kez intraartiküler olarak PRP injeksiyonu AK'te kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. PRP tedavisi ile tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptanmıştır. Ancak kontrol grubu ile arasında istatistiksel olarak farklılık saptanamamıştır. Daha çok hasta içeren daha uzun takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adeziv kapsülit, ultrason rehberliğinde intrartiküler injeksiyon, PRP

Demografik Veriler

	kontrol grubu	prp grubu	p değeri
yaş	56.8±5.8	57.3±2.7	0.81
cins(Kadın/Erkek)	7/13	14/6	0.06
boy	167.1±6.9	163.7±7.1	0.13
kilo	78±11.1	77±11.0	0.76
vki	28,5±4.4	28.8±5.1	0.59
semptom süresi	7.4±7.2	5,5±3.2	0.19
etkilenen taraf (sağ/sol)	11/9	11/9	1

kontrol grubu ile prp grubu arasında demografik veriler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu.

S-071 Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Nöropatik Ağrı Komponentlerinin Değerlendirilmesi

Emel Atar[1], Ayhan Aşkın[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Romatoid artrit, primer Sjögren sendromu ve fibromiyalji gibi çeşitli romatizmal hastalıkların nöropatik ağrı bileşenleri içerdiğini gösteren yakın zamanda birçok çalışma yayınlanmıştır. Ayrıca Ankilozan Spondilit (AS) hastalarında da nöropatik ağrı bulgularının var olduğu, nöropatik ağrının beyinde gri cevher patolojileri ile birliktelik gösterdiği ve bu hastalarda kutanöz ısı ve basınç duyarlılığında azalma olduğu gösterilmiştir. Ancak, bu hastalarda nöropatik ağrının hastalık şiddeti, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesi ile ilişkisine dair veriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, AS'li hastalarda painDETECT ve DN4 (Douleur Neuropathique en 4 Questions) anketleri ile nöropatik ağrı bileşenini araştırmak ve nöropatik ağrı ile AS'nin hastalık özellikleri, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız tek merkezli ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğimize başvuran modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı konulmuş, 18-65 yaş arası, en az 12 ay tedavi altında olan ve en az 3 ay tedavisi stabil olan hastalar dahil edilmiştir. AS ile birlikte diğer romatizmal hastalıklara sahip olan, önceden tanılı nöropatisi olan (örneğin, diyabetik nöropati, kansere bağlı nöropati, karpal tünel sendromu, postherpetik nevralji, spinal kord kompresyonu), bilişsel bozukluk tanısı konulan, geçirilmiş ortopedik cerrahisi olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Sosyodemografik ve genel klinik değerlendirme verileri alındıktan sonra hastalara nöropatik ağrı açısından DN4, Pain DETECT skalaları, hastalık özellikleri için Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Metroloji Indeksi (BASMİ), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), SF36 anketi ve depresyon değerlendirimi açısından Beck depresyon envanteri doldurulmuştur. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesi için görsel analog skala (VAS) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 80 hasta (63 erkek, 17 kadın; yaş ortalaması 38.85 ± 9.65) dahil edilmiştir. PainDETECT skalasına göre hastaların %28.7'sinde (23 hasta), DN4 skalasına göre de %40'ında (32 hasta) nöropatik ağrı varlığı tespit edildi. Nöropatik ağrı skalalarına göre gruplanan hastaların gruplararası demografik verileri (yaş, vücud kitle indeksi, hastalık süresi) benzerdi ($p>0.05$). PainDETECT skalasına göre nöropatik ağrı tespit edilen hastalarda, VAS, BASDAI, BASFI, BASMI, SF-36 (tüm alt skorlar) ve depresyon skorları istatistiksel olarak anlamlı farklıydı ($p<0.05$). DN4 skalasına göre nöropatik ağrılı hastalarda da VAS, BASDAI, BASFI, BASMI, SF-36 (sosyal fonksiyon hariç) ve depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($p<0.05$). PainDETECT skorları ve DN4 anket skorları ile VAS, BASDAI, BASFI, BASMI, SF-36 (tüm alt skorlar) ve depresyon skorları arasında anlamlı korelasyon bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamız AS hastalarında nöropatik bir ağrı bileşeninin varlığını ve bunun yüksek hastalık aktivitesi, radyografik progresyon, depresyon ve düşük yaşam kalitesi dahil olmak üzere çeşitli hastalıkla ilişkili değişkenlerle ilişkisini göstermiştir. Karmaşık ağrı mekanizmasını anlamak ve AS'li hastalarda tedavi sonuçlarını iyileştirmek için sinir sistemi ile immunolojik mekanizmalar arasındaki etkileşime dair ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ankylosing spondylitis, neuropathic pain, disease Activity, quality of life, depression

S-072 Romatoid Artritli Hastalarda Görülen Radial Deviasyon Median Sinirde Şişme Yapar mı?

Başak Mansız Kaplan, Seçil Pervane Vural, Ömer Faruk Çelik, F. Figen Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve karpal tünel sendromu (KTS) birlikteliği bilinmekle beraber, KTS olmadan da RA median sinirde şişme yapabilmektedir. Bu şişmenin bir nedeni el bilek destrüksiyonu sonrasında gelişebilen deviasyonlar olabileceği düşünülerek bu çalışma planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: 138 RA hastasından dahil edilme kriterlerini tamamlayan 51 hasta çalışmaya alındı. Her hastaya sinir iletim çalışmaları yapıldı ve KTS tanısı alanlar dahil edilmedi. Klinik değerlendirilmede Duruöz el indeksi, painDETECT kullanılırken elektrofizyolojik değerlendirilmede median ve unlar sinir iletim çalışmaları yapıldı. Direkt grafi kullanılarak radial inklinasyon (RI) açısının da bulunduğu radyografik ölçümler yapıldı. Hastaların median sinir kesit alanları (KA) önkol 1/3, radioulnar eklem, pisiform, hamatum çentiği seviyelerinden; ulnar sinir KA pisiform kemik seviyesinden ultrasonografi ile ölçüldü.

Bulgular: 51 hasta ve 102 el ile tamamlanan çalışmada, hastaların ortalama yaşı 50,9 ± 8,9 semptomların ortalama süresi 13,0 ± 8,7 idi. Klinik ve elektrofizyolojik olarak bulgusu bulunmayan bu hastalarda ultrasonografik olarak KTS tanısını %27'si aldı. Radyografik ölçümlerden, RI ile radioulnar eklem seviyesinde (r: - 0,49; p: 0,00), pisiform kemik seviyesinde (r: - 0,45; p: 0,00) ve hamatum çentiği seviyesinde (r: - 0,60; p: 0,00) ölçülen median KA'lar arasında negatif korelasyon saptandı. RI'nin literatürde belirtilen normal sınırlarda olup olmamasına göre üç gruba ayrıldığında açının düşük olduğu grupta anlamlı olarak median sinir KA'ları bu seviyelerde yüksekti (p=0.00). C-reaktif protein, sedimentasyon, DAS28, yaş, kilo, boy, painDETECT, Duruöz el indeksi ve RA semptomlarının süresi ile sinir kesit alanları arasında korelasyon yoktu.

Sonuç: RA'lı hastalarda radial deviasyon arttıkça median sinir KA'larda artış gözlenmiştir. Bu hastalarda hastalığın progresyonunun önlenmesi ile deviasyonlar önlenerek median sinir KA'ndaki artışın önüne geçebilir ve KTS gelişmesi de engellenebilir.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, median sinir kesit alanı, radial inklinasyon, romatoid artrit

S-073 Romatoid Artritli Hastalardan Elde Edilen Kan Örneklerine Ozon Uygulamasının DNA Hasarına Etkisi

Pınar Yüksel[1], Mustafa Edremitlioğlu[2], Coşkun Zateri[3], Dilek Ülker Çakır[4], Münevver Coşkun[5]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji, Çanakkale, Türkiye
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye
[3]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye
[4]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye
[5]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler, Çanakkale, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada, romatoid artritli (RA) hastaların 8-hidroksi-2'-deoksiguanozin (8-OHdG) düzeyi ile hastalığın DNA'da hasar oluşturup oluşturmadığı, sağlıklı bireylerden ve RA'lı hastalardan elde edilen kan örneklerine ozon uygulanmasının DNA'da hasara neden olup olmadığı incelenmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışma RA tanılı 32 gönüllü ve kontrol grubunda yer alan 31 gönüllü ile yapılmıştır. Ozonun DNA hasarına etkisini araştırmak için katılımcılardan alınan kan örneklerinin bir kısmı 50 µg/ml yoğunlukta ozon uygulanarak bir kısmıysa ozonlanmadan alkali komet yöntemiyle incelenmiştir. Katılımcıların serum 8-OHdG düzeyleri ticari ELISA kitleriyle ölçülmüştür. İstatistiksel değerlendirmede Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U-testi kullanılmıştır. Bu çalışma 2015-13 sayılı etik kurul onayıyla yürütülmüş ve Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje no: TYL-2015-706).

Bulgular: Değerlendirmeler sonucu RA'lı hastaların 8-OHdG düzeyi kontrol grubundan farklı bulunmamıştır ($p>0,05$) ve 8-OHdG düzeyi remisyondaki hastalarda, aktif hastalık dönemindeki hastalardan farklı çıkmamıştır ($p>0,05$). Komet verilerine göre RA'lı hastalarda DNA hasarında artış saptanmamıştır ($p>0,05$). Yine komet analizi sonuçlarına göre ne sağlıklı bireylerin ne de RA'lı hastaların kanlarına ozon uygulamasına bağlı DNA hasarında artış meydana gelmemiştir ($p>0,05$).

Sonuç: RA'lı hastalarda 8-OHdG düzeyi ile DNA hasarının artmadığı ve kana doğrudan 50 µg/ml yoğunlukta ozon uygulanmasının DNA'da hasara yol açmadığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: DNA hasarı, komet yöntemi, ozon, romatoid artrit, 8-hidroksi-2'-deoksiguanozin (8-OHdG)

S-074 Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Hastalarında Artroplasti Sonrası Memnuniyet ve Fonksiyonel Durum Değerlendirilmesi Ön Sonuçları

Damla Cankurtaran, Deniz Dülgeroğlu, Yasemin Tombak, Ajda Bal, Feyza Çelikel, Gülnur Çelik, Özgür Zeliha Karaahmet

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) romatolojik kliniklerinde sıkça görülen hastalık gruplarıdır. Sentetik hastalık modifiye edici (sDMARD), biyolojik ilaçlarla etkin bir şekilde tedavi edilmekte, yüksek remisyon oranlarına ulaşılmaktadır. Ancak bir grup hastada günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayacak, tedaviye cevapsız ağrıya yol açacak, ileri radyolojik hasar, instabilite oluşturacak kadar ciddi diz ve kalça eklemi tutulumu ortaya çıkmaktadır. Bu durumlarda total diz artroplastisi (TDA) ve kalça artroplastisi (TKA) önemli bir seçenek olabilir. Bu çalışmada romatizma takip polikliniğimizde ve biyolojik ajan konseylerimizde tedavilerini yürüttüğümüz çok sayıda RA ve AS hastasının diz ve kalça eklemlerinde hem unilateral hem bilateral TDA ve TKA olan hastaların geç dönem fonksiyonel durumun ve memnuniyeti araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya RA' lı (21) ve AS'li (9) TDA ve TKA olan protez enfeksiyonu, revizyon geçirmeyen 29 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların yaş, boy, kilo, Vücut kitle indexi (VKİ), hastalık süresi (ay olarak), artroplasti süresi (ay olarak) gibi demografik özellikler kayıt edildi. Hastalık aktivitesi RA'da disease activity score-28 (DAS-28), AS'de Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI) ile değerlendirildi. TDA'lilerde diz fleksiyonu, TKA'lilerde kalça fleksiyon,ekstansiyon, adduksiyon, abduksiyon,iç-dış rotasyonda eklem hareket açıklıkları (EHA) gonyometrik olarak ölçüldü(Tablo 1). Fonksiyonel değerlendirme WOMAC, 6 metre zamanlı yürüme testi, 30 saniye Sandalye Otur Kalk Testi ile yapıldı. Hasta memnuniyeti 1-5 arasında likert skalası ile değerlendirildi(1- hiç memnun değil,2- memnun değil, 3- ne memnun ne değil, 4- memnun, 5- çok memnun)(Tablo 2)

Bulgular: Çalışmaya toplam 30 artroplastili hasta alındı. Bunların 21'İ RA, 9'i ise AS hastasıydı. RA hastalarının 15'i TDA (10'u bilateral, 2'si sağ, 3'ü sol); 6' si ise TKA (1'i bilateral, 3'ü sağ, 2'ü sol); AS hastalarının tamamında TKA (5'ü bilateral, 1'i sağ, 3'ü sol) mevcuttu. Takibimizdeki hiçbir AS hastasında TDA'ne rastlanmadı. TDA' si olan RA hastalarının DAS-28 ortalaması 3.30±0.76, TKA olan RA hastalarının ise 3.14±0.98; TKA'si olan AS hastalarının ortalama BASDAI değeri 1.60±1.02 idi. TDA olan hastalarda ortalama fleksyion derecesi 101.42±16.22. TDA' lıların % 46' si, TKP 'li RA'lıların % 66.6'sı, TKA'li AS'lıların tamamı artroplastiden memnundu. Hastaların WOMAC skorları, 6 metre zamanlı yürüme testi süresi ve 30 saniye Sandalye Otur Kalk Testi sayısı her 3 grup için ortalama değerleri Tablo 2 de gösterilmiştir.

Sonuç: RA hastalarında en sık elin küçük eklemleri tutulmaktadır. Ayrıca RA hastalarına en sık uygulanan artroplasti operasyonu diz eklemindedir, bu nedenle RA da diz tutulumunun azımsanmayacak boyutta olduğunu söyleyebiliriz (1). AS' li hastalarda omurga tutulumundan sonra 2. sıklıkla kalça eklemi; daha az olarak diz eklemi tutulmaktadır (2). Kalça eklemi daha sık tutulduğu için bizde literatürle uyumlu olmak üzere AS hastalarında TKA'sini daha fazla tespit ettik. AS de dizin artroplasti gerektirecek kadar ciddi tutulmadığı TDA'li AS hastamız olmadığı için söyleyebiliriz. TDA'si olan RA'lilerde yapılan bir çalışmada hastaların bizim tespit ettiğimiz gibi artroplasti operasyonundan oldukça memnun olduğu görülmüştür (3). Günlük yaşamda yürüme, oturup kalkma, merdiven çıkıp inme ve bu sırada ağrı hissetmeme kalça ve diz fonksiyonunun iyi olduğunu gösterir. Bu nedenle WOMAC skorlarının düşük olması, yürüme hızlarının, otur kalk sayılarının iyi olması hastalarımızın artroplastilerinin başarılı olduğunu göstermektedir. Hastaların protez memnuniyetleri de göz önüne alınırsa romatizmal hastalıklarda ciddi diz ve kalça tutulumlarında artroplasti operasyonlarını rahatlıkla önerebileceğimizi söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, romatoid artrit total diz artroplastisi, total kalça artroplastisi

Tablo 1. RA-TKA ve AS-TKA hastalarının ortalama eklem hareket açıklıkları

	RA-TKP Mean ±Sd	AS-TKP Mean ±Sd
Fleksiyon-R	90.0±0.00	95.00±30.82
Fleksiyon-L	93.33±3.77	90.00±27.08
Extansiyon-R	31.25±15.47	34.00±15.16
Extansiyon-L	30.00±10.00	31.42±19.51
Adduksiyon-R	16.25±9.46	18.00±4.47
Adduksiyon-L	26.66±5.77	20.00±8.16
Abduksiyon-R	27.50±23.62	29.00±10.24
Abduksiyon-L	46.66±15.27	27.85±12.19
İç rotasyon-R	17.5±18.48	14.00±5.47
İç rotasyon-L	18.33±15.27	20.71±10.96
Dış rotasyon-R	22.5±18.48	28.00±16.04
Dış rotasyon-L	35.0±5.0	26.42±13.75

RA:Romatid artrit, AS: Ankilozan spondilit, TKA: total kalça artroplastisi, R: right, L:left

Tablo 2.Romatoidartrit total diz artroplastisi, total kalça artroplastisi ve ankilozan spondilit total kalça artroplastisi olan hastaların demografik özelliklerini ve fonsiyonel durum ölçütlerinin tanımlayıcı istatistikleri

	RA-TDA Mean ±Sd	RA-TKA Mean ±Sd	AS-TKA Mean ±Sd
Yaş	63.13±6.02	66.83±4.49	50.12±8.16
Boy	158.13±7.25	156.83±6.69	166.75±9.63
Kilo	9.53±12.99	74.50±9.89	80.50±18.91
VKİ	36.52±6.58	37.11±14.69	28.76±5.56
Hastalık süresi(ay)	236.00±82.35	212.00±120.39	334.50±150.62
Protez süresi(ay)	90.13±65.67	128.00±90.65	154.28±62.90
Yürüme hızı(sn)	9.93±2.52	11.53±3.23	8.40±2.69
Otur-kalk testi	10.20±2.42	9.16±2.04	14.87±6.19
WOMAC	30.59±14.13	19.44±9.26	29.33±30.02

RA: Romatoid artrit, AS: Ankilozanspondilit, TDA:total diz artroplastisi, TKA: total kalça artroplastİsi, VKİ: vucüt kitle indeksİ

S-075 Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda ASAS Healty Index'inin Hastaların Genel Durumunu, Hastalık Aktivitesini, Fonksiyonel Kapasitesini, Spinal Mobilitesini ve Yaşam Kalitesini Değerlendiren Ölçekler İle Korelasyonunun İncelenmesi

Muhammed Canbaş[1], Hasan Elden[1], Ece Kaptanoğlu[2]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas
[2]Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İzmir

Amaç: Bu çalışmada Ankilozan spondilit (AS) tanılı hastalarda ASAS Healty Index (ASAS HI, ASAS Sağlık İndeksi)'inin hastaların genel durumunu, hastalık aktivitesini, fonksiyonel kapasitesini, spinal mobilitesini ve yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler ile arasında korelasyon olup olmadığını incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Assessment of SpondyloArthritis Intenational Society (ASAS, Ankilozan Spondilit Değerlendirme Çalışma Grubu)-2010 kriterlerine göre AS tanısı almış 141 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların sosyodemografik verileri kaydedildi. AS'li hastaların ASAS HI, Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi İndeksi (BASDAI), Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS)-CRP/ESH, Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), Dougados Fonksiyonel İndeksi (DFI), Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI), Bath Ankilozan Spondilit Global Değerlendirme Skoru (BAS-G), Vizüel Analog Skala (VAS) ağrı skoru, VAS sabah tutukluk şiddet skoru, Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQoL, Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği), EuroQol-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D) ve EQ-5D VAS skoru, ölçümleri yapıldı.

Bulgular: ASAS HI skorları ile diğer ölçümler arasında istatistiksel olarak korelasyon analizi yapıldı. ASAS HI skorları ile ağrı şiddetini, sabah tutukluk süre ve sabah tutukluk şiddeti arasında istatiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon bulduk ($p<0.05$, r değerleri sırasıyla 0.59, 0.33, 0.55). ASAS HI skorları ile CRP değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptamadık. ASAS HI skorları ile ESH değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon vardı, ancak korelasyon gücü zayıftı ($p<0.05$, $r=0.20$). ASAS HI skorları ile AS hastalarında hastalık aktivite şiddetini ölçen skorlar olan BASDAI, ASDAS-CRP/ESH skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon saptadık ($p<0.05$, r değeri sırasıyla 0.63, 0.61, 0.64). ASAS HI skorları ile AS hastalarında fonksiyonel kapasiteyi değerlendiren indeksler olan BASFI ve DFI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptadık ve korelasyon gücü yüksekti ($p<0.05$, r değeri sırasıyla 0.71, 0.72). EQ-5D indeks ölçeği ile ASAS HI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptadık ve korelasyon gücü yüksekti ($p<0.05$, $r=-0.67$). AS'ye özgü yaşam kalitesi değerlendirme ölçeği olan ASQoL skorları ile ASAS HI skorları arasında sırasıyla istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptadık ve korelasyon gücü yüksekti ($p<0.05$ ve 0.79). EQ VAS hastaların sağlık durumlarını değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. Çalışmamızda ASAS HI skorları ile EQ VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelayon saptadık ve korelasyon gücü orta düzeydeydi ($p<0.05$, $r=-0.44$). ASAS HI skorları ile BASMI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon mevcuttu, ancak korelasyonun gücü zayıftı ($p<0.05$, $r=0,23$). ASAS HI skorları ile BAS-G skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptadık ve korelasyon gücü yüksekti ($p<0.05$, $r=0.63$). ASAS HI skorları ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptamadık.

Sonuç: ASAS HI AS'de hastaların sağlık durumlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek; hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi değerlendirmesine ek fayda sağlayabilecek ve tedavi izleminde yararlanılabilecek bir indekstir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, ASAS healty index, ASAS sağlık indeksi, ASAS HI, korelasyon

S-076 Psöriatik Artritli Hastaların Yaşam Kalitesinde Emosyonel Durumun Önemi

Cevriye Mülkoğlu, F. Figen Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Romatoloji Ünitesi, Ankara

Giriş-Amaç: Psöriatik artrit (PsA), eklemlerde kronik inflamasyon ile birlikte yaşam kalitesinde bozulmaya sebep olan romatolojik bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda gerek PsA gerekse psöriazisli hastaların yaşam kalitesinin sağlıklı kontrollerden daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Bizim bu çalışmada amacımız PsA hastalarımızda yaşam kalitesine etki eden faktörleri değerlendirmek, yaşam kalitesi ile hastalık aktivitesi, emosyonel durum, psöriazis şiddeti ve PsA süresi arasındaki korelasyonu araştırmaktı.

Materyal-Metod: Çalışmamıza 2018 yılında polikliniğimize başvuran ve CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı (1) konulan toplam 60 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi. Emosyonel durumu değerlendirmek için hastane anksiyete ve depresyon (HAD) ölçeği, kullanıldı. Yaşam kalitesi ölçeği olarak PsA-QoL; hastalık aktivitesi için ise DAS-28 ve BASDAİ kullanıldı. Disabilite, sağlık değerlendirme anketi (HAQ) ile, psöriazis şiddeti ve yaygınlığı PASİ skoru ile değerlendirildi. 30 hasta (% 50) DMARD, 15 hasta (% 25) Anti-TNF/biyolojik ajan, 15 hasta (% 25) ise NSAİİ kullanıyordu. İstatistiksel analizde SPSS 22.0 programı tanımlayıcı istatistikler ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: PsA'li hastaların 35'i (% 58.3) kadın, 25'i (% 41.6) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 47.86±12.53, VKI ortalaması 27.92±4.23 idi. Ortalama PsA süresi 5.03±5.33, PsAQoL skoru ise 10.74±4.96 (0-19) idi. Ortalama HAD depresyon skoru 9.98±4.09 (0-18), anksiyete skoru ise 9.26±3.98 (1-19) idi. 35 hastada periferik artrit, 15'inde sakroileit, 29'unda ise entesopati tespit edildi. PsA-QoL ile VKİ ($r = 0.3$), BASDAİ ($r = 0.5$), DAS-28 ($r = 0.3$), HAQ ($r = 0.4$), HAD ($r = 0.5$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p<0.05$). Artriti olan hastalarda PsA-QoL anlamlı derecede bozulduğu görüldü ($r = 0.3$). İlginç olarak, yaş, cinsiyet, PsA süresi ve PASİ skoru ile PsA-QoL arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p > 0.05$). Entesopati ve/veya sakroileit olan hastalarda PsA-QoL arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$).

Tartışma: PsA hastalarında yalnızca psöriazisi olanlara kıyasla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bilinmektedir (2). Bizim çalışmamızda PsA hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında depresyon/anksiyete mevcudiyeti anlamlı bulunmustur. Ayrıca artrit ön planda ve hastalık aktif durumda ise yaşam kalitesi de anlamlı derecede düşmektedir. Romatolojik hastalarda özellikle artrit ile seyredenlerde depresyon ve anksiyete sıklıkla eşlik edebilir. Literatürde PsA' da depresyon/anksiyete oranlarının % 33'e kadar çıkabildiği bildirilmiştir. Bu durum hem yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte hem de hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Emosyonel durumu etkileyen faktörleri saptamak da bu nedenle önem taşımaktadır.
Sonuç olarak, PsA'li hastaların takip ve tedavisini planlarken hastalık aktivitesi yanında emosyonel durumu da değerlendirip gerekli psikiyatrik destek sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Taylor W, Gladman DD, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; and CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: Development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum 2006; 54: 2665–73.
2. Husni ME, Merola JF, Davin S. The psychosocial burden of psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum. 2017; 47(3): 351-360.

Anahtar Kelimeler: Psöriatik artrit, yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi, depresyon/anksiyete

S-077 Association of Oxidative Stress with Clinical Characteristics and Disease Activity in Patients with Rheumatoid Arthritis

Sinan Kardeş[1], Mine Karagülle[1], İlker Durak[2], Aslıhan Avcı[2], Müfit Zeki Karagülle[1]

[1]Department of Medical Ecology and Hydroclimatology, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Istanbul, Turkey
[2]Department of Biochemistry, School of Medicine, Ankara University, Ankara, Turkey

Objective: Few studies testing the association between oxidative stress and clinical parameters or disease activity in patients with rheumatoid arthritis are available in the literature. Therefore, the objective of the present study was to examine whether oxidative stress has any association with clinical parameters and disease activity in patients with rheumatoid arthritis.

Materials-Methods: In this study, patients with rheumatoid arthritis treated with stable drug regimen (conventional disease-modifying antirheumatic drugs ± low-dose corticosteroids ± nonsteroidal anti-inflammatory drugs) for 3 months or more were analysed. Oxidative status parameters were malondialdehyde (MDA), superoxide dismutase (SOD), antioxidant potential (AOP) and nonenzymatic superoxide radical scavenger activity (NSSA). Clinical parameters were pain, patient's global assessment, physician's global assessment, Health Assessment Questionnaire (HAQ), and disease activity score based on erythrocyte sedimentation rate (DAS28-4{ESR}). Pearson's correlation coefficient test and multiple linear regression analyses were performed.

Results: Correlation analyses revealed that plasma nonenzymatic superoxide radical scavenger activity levels were significantly inversely correlated with tender joints count (r = −0.304; P = 0.042), swollen joints count (r = −0.342; P = 0.021) and DAS28-4(ESR) (r = 0−.396; P = 0.009). There were no significant correlations between MDA/SOD/AOP and any of clinical parameters or DAS28-4(ESR) (P > 0.05 for all). Multiple regression analysis revealed that nonenzymatic superoxide radical scavenger activity was an independent variable of DAS28-4(ESR) (β=−0.243, P = 0.016).

Conclusion: The preliminary results show that plasma nonenzymatic superoxide radical scavenger activity levels were inversely correlated with tender and swollen joints count and DAS28-4(ESR) and that plasma nonenzymatic superoxide radical scavenger activity was independently associated with DAS28-4(ESR), in patients with rheumatoid arthritis treated with conventional disease-modifying antirheumatic drugs; and provide initial support that nonenzymatic superoxide radical scavenger activity might be utilized as a biomarker of disease activity in these patients.

Keywords: Disease activity, oxidative stress, rheumatoid arthritis

S-078 Ankilozan Spondilit'te Mikrorna Ekspresyonu

Ayberk Türkyılmaz[1], Fırat Akbaş[2], Pınar Ata[1], İlker Yağcı[2]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: AS tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerde, periferik kan mononükleer hücrelerinde T ve B hücre farklılaşması/uyarımı ile ilişkili mikro RNA'ların ekspresyon düzeylerini belirleyerek hastalık etyolojisi ile ilişkisinin açıklanması, hastalık tanısında biyobelirteç ve tedavide hedef molekül olma potansiyelinin saptanması

Gereç-Yöntem: Çalışmaya AS tanılı 50 hasta ile 50 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Dahil edilme ve dışlanma kriterleri göz önünde bulundurulduktan sonra, hastaların periferik kan mononükleer hücreleri ayrıştırılarak RNA izolasyonu, cDNA sentezi ve kantitaif real-time PCR yöntemi ile ekspresyon analizi gerçekleştirildi. Hastaların klinik bulguları, hastalık aktivitesi düzeyleri uygun laboratuvar ve ölçüm parametreleri ile kaydedildi.

Bulgular: T ve B hücre farklılaşması/uyarımı ile ilişkili mikro RNA'ların hasta ve sağlıklı kontrol grubunda çalışılması sonrası miR-142-5p ve miR-143'ün ekspresyon düzeyinin iki grup arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0.05$). Anlamlı farklılık bulunan miRNA'ların ekspresyon düzeyi; hastalık aktivitesini gösteren BASDAI, BASMI, BASFI skorlamaları, ESH düzeyi, HLA-B27 durumu, ekstraspinal bulgu varlığı ve semptom süresi ile istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamadı. Yüksek CRP seviyeleri olan hastalarda miR-143 ekspresyon düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$)

Sonuç: Güncel literatürde AS ile ilgili miRNA ekspresyon çalışmaları sınırlı olmakla birlikte benzer etyolojiyi paylaşan, otoimmün ve inflamatuar süreçlerin ön planda sorumlu olduğu hastalıklarda miR-142-5p ve miR-143'ün etyolojide önemli rol alabileceği belirilmiştir. Çalışmamızda ekspresyon düzey farklılıkları anlamlı bulunan miR-142-5p ve miR-143'ün etiyolojide etkili ve özellikle miR-142-5p'nin tanısal biyobelirteç ve hedef tedavi molekülü olabileceği düşünülmüştür. Hedef genlerin mRNA ekspresyon analizleri ve hücre kültürü çalışmalarıyla araştırılması durumunda anti-miR moleküller tedavi seçeneği olabileceklerdir.

Anahtar Kelimeler: MikroRNA, ankilozan spondilit, epigenetik, anti-miR tedavi

S-079 Romatoid Artritli Hastalarda Ağrı Eşiği ve İlişkili Olduğu Faktörler

Ayşegül Altun Güvenir, Aslı Çalışkan Uçkun, Fatma Gül Yurdakul, Hatice Bodur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Romatoid Artrit(RA) hastalarında ağrı eşiğini değerlendirmek ve ağı eşiği ile ilişkili değişkenleri saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza 100 RA hastası ile yaş ve cinsiyete göre eşleştirilmiş 80 inflamatuvar nedenli olmayan kronik bel ağrılı kontrol grubu dahil edildi. Fibromiyalji tanısı almış olan, D vitamini düşüklüğü ve tiroid fonksiyon bozukluğu olan, son 3 ay içinde opiat, antidepresan, gabapentin, pregabalin kullanma öyküsü olan hasta ve gönüllüler ile değerlendirme döneminde el bileğinde aktif artriti olan RA'lı hastalar çalışmaya dahil edilmedi. RA'lı hastaların klinik parametreleri, fonksiyonel durumları, hastalık aktiviteleri, ağrı, yorgunluk, depresyon, anksiyete değerlendirmeleri ve laboratuvar aktivite bulguları kaydedildi. Her iki gruptaki katılımcıların basınç ağrı eşikleri, algometre ile dominant taraf başparmak tırnak yatağı, trapezius ve el bileğinden ölçüldü. RA hastaları ile kontrol grubunun ağrı eşikleri karşılaştırıldı. Ayrıca RA'lı hastaların ağrı eşikleri ile değerlendirilen tüm parametreler ile arasındaki ilişki analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan RA hastalarının yaş ortalaması 55,93±10,81; kontrollerin yaş ortalaması 54,50±9,47 idi. 41 RA hastası remisyondaydı, 16 hasta düşük hastalık aktivitesine, 28 hasta orta şiddette hastalık aktivitesine, 15 hasta yüksek hastalık aktivitesine sahipti. VAS değerleri kontrol grubunda RA hasta grubuna göre daha yüksekti ve istatiksel olarak anlamlıydı. RA hastalarında kadın ve erkeklerin ağrı eşiği değerleri karşılaştırıldığında; tüm bölgelerdeki ağrı eşiği değerleri kadınlarda daha düşüktü. RA'lı hastaların ve kontrol grubunun ağrı eşikleri tüm bölgelerde istatistiksel olarak benzerdi. RA hastalarının tırnak yatağı, el bileği ve trapezius kası ağrı eşiği değerleri ile yaş, VKİ, hastalık süresi, sabah tutukluğu, hassas eklem sayısı, şiş eklem sayısı, CRP, ESH, VAS, PCS, Yorgunluk Şiddet Skalası, HADS-Anksiyete ve Depresyon, HAQ, DAS28-CRP ve DAS28-ESH parametreleri arasındaki ilişki değerlendirildi. RA'lı hastalarda ağrı eşiği ile ilişkili bulunan parametreler regresyon analizi ile incelendiğinde depresyon tüm bölgelerde düşük ağrı eşiği ile ilişkili tek faktör olarak saptandı. Regresyon analizi sonrası tek ilişkili faktör olan depresyon ile klinik değişkenler arasındaki korelasyona baktığımızda ise; hassas eklem sayısı, VAS, PCS, yorgunluk, HAQ, DAS28-ESH, DAS28-CRP ile anlamlı olarak ilişkiliydi

Sonuç: Çalışmamızda; RA'lı hastalardaki ağrı eşiklerini inflamatuvar olmayan bel ağrısına sahip hastalarla benzer bulduk. Kadınlarda ağrı eşikleri daha düşüktü ve basınç ağrı eşiği ile hastanın bildirdiği ağrı da dahil hastalıkla ilgili ister objektif ister subjektif olsun depresyon dışında hiçbir parametre ile anlamlı bir ilişki saptamadık. Bu nedenle, basınç algometrisinin RA hastalarında hastalık aktivitesi ile ilgili parametrelerde klinisyeni yönlendirecek bir ilişkisinin olduğunu saptamasak da, duygudurum semptomlarından çok ağrı ile gelen depresyon hastalarının tanınmasında yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz. Sonuç olarak, RA'lı hastalarda kronik ağrı değerlendirmesinde basınç algometrisinin kullanılması, ağrı depresyon örtüşmesini saptamak için ek bir değerlendirme olarak kullanılabilinir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı eşiği, depresyon, romatoid artrit

S-080 Health Related Quality of Life Outcomes of Young Adults with Juvenile Idiopathic Arthritis in Turkish Population

Volkan Yılmaz

S.B Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Objective: The aim of the present study is to evaluate the functional status, Life quality, mood and functionality of the adult patients with JIA in Turkish population.

Materials-Methods: 47 patients with JIA were included for the study. Demographic features, disease characteristics, number of tender and swollen joints, pain score according to visual analogue scale and disease activity according to disease activity score 28 (DAS 28) were calculated and recorded. Functional disability was evaluated with modified health assessment questionnaire (m-HAQ). Quality of life was evaluated with Arthritis Impact Measurement Scale-2 (AIMS-2). Mood status was evaluated with Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Results: The average DAS28 score of the patients was 4,37. Mean mHAQ score was 1,25. According to AIMS-2 subscales average mobility level score was 5,5, walking and bending score was 6,0, hand and finger function score was 5,0, arm function score was 3,5, self care score was 2,5, household tasks score was 3,75, social activities score was 6,0, support from family and friends score was 3,13, arthritis pain score was 6,0, level of tension score was 5,5, mood score was 6,0, satisfactory of health score was 7,31 and general perception of health score was 5,0. Average BDI score was 19,0 while BAI score was 20,0.

Conclusion: Although patients have mild disease activity and functional disability, their mood status and life quality is better. Patients may adapt to their disability status and survive their functional independence.

Keywords: Functionality, juvenile rheumatoid arthritis, life quality, mood status

S-081 Antisynthetase Syndrome; Is Myositis a Sine Qua Non?

İsmihan Sunar, Peyman Yalçın, Şebnem Ataman

Ankara University School of Medicine Department of PMR, Division of Rheumatology, Ankara

Objective: Anti-synthetase syndrome (ASS) is an autoimmune disease characterized with antibodies against aminoacycl transfer RNA synthetase and clinical features including interstitial lung disease (ILD), myositis, raynaud phenomenon (RP), and arthritis. Herein we present three cases with articular disease without apparent myositis.

Case 1: A 44 years-old woman presented with the complaint of swollen hands. She had fever, morning stiffness, dispnea, raynaud's phenomenon (RP), and xerophthalmia. Her physical examination revealed bilateral arthritis of the 2,3. proximal interphalangeal (PIP) and 2. metacarpophalangeal joints (MCP). Chest radiograph showed interstitial infiltrates. Laboratory analyses were; ESR:30 mm/h, CRP:6.9 mg/dL while creatinine kinase (CK), other biochemical parameters and haemogram were unremarkable. Schirmer's test was 5/2mm. Rheumatoid Factor (RF), Cyclic Citrullinated Peptide antibodies (ACPA), ANA (antinuclear antibody), and HLA B 27 were negative. However, anti-jo-1 and anti-SSA RO 52 were 1+ in immunoblot. Electroneuromyography did not show myopathic pattern. Videocapillaroscopy (VC) showed non-significant alterations. High resolution computerized tomography (HRCT) revealed ILD. Diffusing capacity for carbon monoxide (DLCO) was 59%. Pulmonary function tests; FVC:78%, 6 minute walk test: 420m. Pulmonary artery cystolic pressure (PAP) was 25 mm/Hg in echocardiography. She was diagnosed with ASS and commenced with azathiopurine 150 mg/day, prednisolone 10 mg/day, and hydroxichloroquine 400 mg/day. She is clinically and radiographically stable in terms of lung disease.

Case2: A 58 years old male presented with complaints of hand pain. He had prolonged morning stiffness and sicca symptoms. His bilateral PIP and MCPs were minimally swollen and tender. In laboratory analyses, CRP:14.9 mg/dl, biochemical parameters and haemogram were unremarkable. In serological testing; RF:-, ACPA:-, ANCA:-, ANA: +, Anti-Ro 52:+++, anti jo 1:++, and CK: 75 U/L (<145). VC: normal. Echocardiography: PAP: 45 mmHg. The patient had known ILD for three months. HRCT showed ILD findings with interlobular septal thickening, reticular densities, and traction bronchiectasis. DLCO was 65%, FVC:73%, 6 min walk test:380 m. He did not have muscular weakness. The minor salivary gland biopsy revealed autoimmune sialoadenitis. He was diagnosed with ASS and commenced hydroxychloroquine 400 mg/day and prednisolone 10 mg/day. He attained improvement in articular and pulmonary involvement in terms of clinical and radiographic findings. On further questioning, he complained abdominal pain and constipation. In colonoscopy, an ulcerated mass of adenocarcinoma was detected. The patient underwent subtotal colectomy.

Case 3: A 20 years old female applied with complaints of swollen hand joints for two years. She did not have history of fever, muscular weakness, weight loss, eye complaints, RP, diarrhoea, enthesitis, back pain, psoriasis. She had been diagnosed with rheumatoid arthritis one year ago. Physical examination revealed polyarthritis affecting bilateral 2nd, right 5th distal interphalangeal, and bilateral 3rd PIP joints. In laboratory analyses, ESR: 34 mm/h, CRP:26.5 mg/dl, CK and haemogram were unremarkable. ACPA, RF, HLA B27, ANA were negative. However anti-jo 1 was 1+. VC, echocardiography (PAP: 25 mmHg), HRCT, FVC:98% and DLCO: 63% were normal. The patient was commenced prednisolone 10 mg/day and hydroxychloroquine 400 mg/day.

Conclusion: Myositis may not be a presenting symptom, but it can evolve later in the course of ASS.

Keywords: Antisynthetase syndrome, arthritis, myositis

S-082 Ratlarda Deneysel Artrit Modelinde Stronsiyum Kloridin Anti-İnflamatuvar Etkinliğinin Araştırılması (Ön Çalışma)

Mustafa Alperen Servi, Sevil Ceyhan Doğan

Cumhuriyet Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Romatoid artrit başta eklemler olmak üzere birçok sistemi etkileyen inflamatuvar, kronik bir hastalıktır. Patogenezinde TNF-alfa ve IL-1 başta olmak üzere birçok sitokin rol oynamaktadır. Strontium tuzlarının anti-inflamatuvar etkileri son dönemlerde yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur. Stronsiyum'un özellikle TNF-alfa üzerine etkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Biz bu çalışmada ratlarda deneysel artrit modelinde strontium klorid'in anti-inflamatuvar etkinliğini klinik, histopatolojik ve sitokinler düzeyinde gösterilmesini amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışma kapsamında her grupta 8 rat olmak üzere toplam 6 grup oluşturulmuş ve 48 adet rat çalışmaya alınmıştır. Freund complete adjuvan(FCA) kullanılarak artrit modeli oluşturulmuştur. Deney grupları:1.grup: kontrol, 2.grup: FCA+distile su, 3.grup: FCA+strontium 5 mg/kg, 4.grup: FCA+strontium 25 mg/kg, 5.grup: FCA+strontium 50 mg/kg ve 6.grup: FCA+diklofenak sodyum 5mg/kg olarak planlandı. Anti-inflamatuvar etkinliği kanıtlanmış diklofenak sodyum ile(6.grup), kontrol grubu ile(1.grup) ve artrit oluşturulan kontrol grubu ile (2.grup) strontium'un farklı dozlarda etkinliği karşılaştırılmıştır. Kronik artrit modeli başlangıcı 17.gün olarak planlanmış olup sonrasında 10 gün süre ile ilaç uygulamaları yapılmıştır.
Klinik olarak artrit değerlendirilmesi kumpas ile pençe çapı ölçülerek ve ratlarda artrit değerlendirmesi için kullanılan 0 ile 4 arasında puanlamanın olduğu klinik artrit skorlaması ile aralıklı olarak yapılmıştır. Romatoid artrit gibi inflamatuvar hastalıklarda serum düzeyi arttığı bilinen TNF-alfa, IL-1 beta ve IL-6 düzeyleri bizim çalışmamızda da çalışmanın sonunda alınan serum örneklerinden ELİSA yöntemi ile değerlendirilmiştir.
İnflamatuvar proçesde dokularda oluşan inflamasyon belirtileri bizim çalışmamızda da alınan doku örneklerinden histopatolojik olarak değerlendirilecektir. Strontium'un özellikle TNF-alfa üzerine belirgin etkisi olduğu göz önüne alındığında romatoid artrit patogenezinde anahtar rol oynayan TNF-alfa için alınan doku örneklerinden immunohistokimyasal olarak TNF-alfa düzeyi değerlendirilecektir.

Bulgular: Çalışmamızın deney aşaması sonuçlanmış olup bulgular değerlendirilmeye devam etmektedir. Şimdiye kadar alınan sonuçlarda klinik olarak değelendirilen kumpas ile pençe çapı ölçümünde stronsiyum uygulanan tüm gruplarda ve diklofenak sodyum grubunda istatiksel olarak anlamlı azalma görülmüştür. Diğer sonuçlarla birlikte ayrıntılı istatistiksel analiz yapılacaktır.Klinik artrit skorlarında ilaç uygulaması yapılan tüm gruplarda azalma olmuştur, ayrıntılı istatistiksel analiz yapılacaktır. Alınan kan örneklerinden değerlendirilen parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış olup, ayrıntılı istatistiksel analizi devam etmektedir.Alınan doku örneklerinden yapılacak incelemeler için patoloji uygulamaları devam etmekte olup sunum aşamasında hazır olması planlanmaktadır. Sunum zamanına kadar tüm bulguların karşılaştırılmalı olarak istatistiksel analizi yapılarak sonuçlar paylaşılacaktır.

Sonuç: Çalışmamızın şimdiye kadar devam eden sürecinden elde edilen sonuçlarda stronsiyum kloridin klinik olarak romatoid artrit tedavisinde faydalı olduğu, elde edilecek diğer sonuçlar ile birlikte tekrar değerlendirilerek sunumu planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anti-inflamatuvar, deneysel artrit modeli, romatoid artrit, strontium klorid, TNF-alfa

S-083 Romatoid Artritli Hastalarda Tosilizumab Tedavisinin Klinik Etkinlik ve Yan Etki Profilinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez, Retrospektif-Kesitsel Çalışma

Nedim Kaban, Umut Bakay, Gülcan Gürer

Adnan Menderes Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Romatizma kılavuzları (EULAR), konvansiyonel sentetik hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaçlara (csDMARDs) cevap vermeyen veya yüksek hastalık aktivitesi ve kötü prognoz faktörleri olan romatoid artritli hastalarda (RA), biyolojik DMARD tedavisi başlanılmasını önermektedir. IL-6 reseptör antagonisti olan intravenöz (IV) ve deri altı (SC) tosilizumab (TCZ) (± metotreksat), orta ve şiddetli aktif RA'lı hastaların tedavisinde dünya genelinde birçok ülkede onaylanmıştır.

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız, RA tedavisinde son yıllarda kullanımı gittikçe artmakta olan TCZ'ın etkinlik ve güvenilirliğini araştırmaktı.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Bilim Dalı'nda 2015-2018 yılları arasında RA tanısıyla takip edilen ve TCZ monoterapisi veya kombinasyon tedavisi (TCZ+DMARD) alan hastalar alındı. Hasta dosyaları geriye dönük olarak tarandı.

Bulgular: Çalışmaya TCZ kullanan 28 RA hastası alındı. 16 (%57,1) hasta TCZ monoterapisi, 12 (%42,9) hasta TCZ kombinasyon tedavisi almaktaydı. Kombinasyon tedavisi alan 12 hastanın 4 (%14,3)'ü TCZ+metotreksat (MTX), 6 (%21,4)'sı TCZ+leflunomid (LEF) ve 2 (%7,1)'si TCZ+sülfasalazin (SLZ) tedavisi kullanmaktaydı. Her iki grup arasında cinsiyet, ortalama yaş, hastalık süresi ve TCZ kullanım süresi açısından fark yoktu (sırasıyla p=0,907, p=0,233, p=0,489, p=0,371). TCZ monoterapi grubunda 12 (%75) hastada RF (+)'liği, 10 (%62,5) hastada anti-CCP (+)'liği ve TCZ kombinasyon tedavi grubunda ise 9 (%75) hastada RF (+)'liği, 10 (%83,3) hastada anti-CCP (+)'liği saptandı. TCZ tedavisi başlanılmadan önce 9 (%32,1) RA hastasında en az bir farklı TNF-inhibitörü tedavisi kullanım öyküsü vardı. Hastalarımızda TCZ monoterapisi kullanımı daha ön plandaydı. Tedavi etkinliğini değerlendirmek amacıyla her iki grupta tedavilerin 0, 3 ve 6. ayında DAS-28 CRP (Disease Activity Score) ve HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire without Didability Index) skorlarına bakıldı. TCZ tedavisi sırasında hastaların başlangıca göre, 3 ve 6.aylarda bakılan DAS-28 CRP ve HAQ skorlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p<0,001$) ve bu azalma gruplar arasında benzerdi. Hastaların TCZ tedavisinin başlangıcında ve 2. ayında bakılan lipid parametrelerinde (total kolestrol, LDL, trigliserid) ise istatistiksel anlamlı bir değişim saptanmadı (p=0,51). Hastaların hiçbirinde ciddi bir enfeksiyon; anemi, lökopeni ve trombositopeni gibi hematolojik bir bozukluk saptanmadı. Sadece bir hastada geçici transaminaz yüksekliği tespit edildi.

Sonuç: Hasta sayımız sınırlı sayıda olmasına rağmen, hem TCZ monoterapisinin hem de TCZ kombinasyon tedavisinin RA'lı hastalarda güvenli bir şekilde kullanılabileceğini, klinik etkinlik açısından aralarında bir fark olmadığını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Etkinlik, güvenilirlik, romatoid artrit, tosilizumab

S-084 Romatoid Artrit Hastalarında Total Diz Protezi Uygulamalarımız

Ahmet Safa Tarğal, Serdar Sargın

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balıkesir

Amaç: Kliniğimizde romatoid artrite sekonder ileri evre diz artrozu nedeniyle total diz protezi yapılan hastaların klinik ve radyolojik sonuçlarını incelmek

Gereç-Yöntem: Ocak 2008 ve Kasım 2015 arasında kliniğimizde romatoid artrit tanısı olan ve ileri derecede diz artrozu nedeniyle total diz protezi yapılan ve en az 2 yıl takipleri olan 92 hasta geriye dönük incelendi. Ameliyat öncesi ve ameliyattan sonra 6. ay 1. yıl ve son takiplerinde bakılan Amerikan Diz Cemiyeti skorlari (KSS), WOMAC skalası (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), diz eklem hareket açıklığı ölçümleri ve radyografileri incelendi. Bütün hastalar cerrahi komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 86 kadın (ortalama yaş 58.4 dağılım 46-68) ve 6 erkek (ortalama yaş 55.2 dağılım 47-58) dahil edildi. Ortalama takip süresi 40.8 aydı (28-68 ay). Ortalama 86.6 derece olan diz eklem hareket açıklığının ameliyat sonrası son kontrolde ortalama 110.6 dereceye yükseldiği görüldü (p=0.002). Ameliyat sonrası 6. ay, 1. yıl ve son kontrolde bakılan KSS ve WOMAC skalası değerlerinde ameliyat öncesi değerlere göre anlamlı derecede iyileşme olduğu saptandı. Bir hastada radyografik aseptik gevşeme, 1 hastada derin enfeksiyon gelişti ve revizyon diz protezi yapıldı. Ameliyat sonrası 3 hastaya eklem sertliği nedeniyle genel anestezi altında manipülasyon yapıldı.

Sonuç: Total diz protezi ileri evre diz artrozu olan romatoid artritli hastalarda deformiteyi düzelten, ağrıyı azaltan, fiziksel performansı ve diz eklem hareket açıklığını arttıran etkin bir tedavi olmasına rağmen gelişebilecek komplikasyonlar göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, total diz protezi, WOMAC

S-085 Romatoid Artrit Tanılı Hastalarda Tnf İnhibisyonu Ve Eozinofil Sayısı Arasındaki İlişki

Betül Sargın[1], Gülcan Gürer[2]

[1]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın, Türkiye
[2]Adnan Menderes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Aydın, Türkiye

Amaç: Anti-tümör nekroz faktör α tedavisi romatoid artrit hastalarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan önemli bir tedavidir. Tümör nekroz faktör α inhibisyonunun eozinofiller üzerindeki etkisi hakkındaki bilgi sınırlıdır. Bu çalışmada, anti-tümör nekroz faktör α ile tedavi edilen romatoid artrit hastalarında kan eozinofil sayısı ile tümör nekroz faktör α inhibisyonu arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza 01.01.2018-01.07.2018 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Romatoloji polikliniğine başvurmuş olan, 18-85 yaş arası romatoid artrit tanılı 145 hasta dahil edildi. Bu hastaların 46 ' ı tümör nekroz faktör α, 99 ' u hastalık modifiye eden antiromatizmal ilaç tedavisi alıyordu. Romatoid artrit hastalık aktivitesi DAS28 ile değerlendirildi. Hastaların DAS28, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein düzeyleri kaydedildi. Analizler Ki-kare testi, t-testi, Mann-Whitney U testi ve Kolmogorov Smirnov testleri ile yapıldı. Elde edilen veriler elektronik ortamda SPSS 19.0 istatistik programına aktarıldı. $p<0.05$ istatiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 145 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve laboratuar özellikleri Tablo 1 ' de, eozinofil sayısı ile eritrosit sedimantasyon hızı, c reaktif protein ve hastalık aktivite arasındaki korelasyon analizi Tablo 2 ' de görülmektedir.

Sonuç: Romatoid artrit ' li hastalarda kan eozinofil sayısı tümör nekroz faktör α inhibisyonundan etkilenebilir. Tümör nekroz faktör α inhibisyonu hematopoezin klinik sonuçlarını iyileştirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, tümör nekroz faktör α, eozinofil

S-086 Romatoid Artritli Hastalarda Vücut Kitle İndeksi ile İlişkili Faktörler

Aslı Çalışkan Uçkun

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Obezite, romatoid artrit (RA) hastalarında sık görülen bir sorundur. Ayrıca, adipoz dokunun proinflamatuar özelliklere sahip olması nedeniyle, RA aktivitesinde ve radyolojik progresyonda da rol oynayabilir. Bununla birlikte artmış vücut kitle indeksi (BMI) ile RA hastalık aktivitesi arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar oldukça çelişkili sonuçlara sahiptir. Bu çalışmadaki amacımız, remisyonda veya düşük hastalık aktivitesine sahip RA hastalarının BMI skorlarının, çeşitli demografik ve klinik parametrelerle ilişkisini araştırmaktır.

Materyal-Metod: Çalışmamıza en az 1 yıldır RA tanısı olan DAS 28 skoru <= 3.2 olan 60 RA hastası dahil edildi. Tüm hastaların demografik verileri ve DAS 28 CRP skorları toplandı. Ayrıca, hastalara uyku kalitelerini değerlendirmek için "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi", depresyon düzeyini saptamak için "Beck Depresyon Ölçeği", ağıyı değerlendirmek için "kısa ağrı envanteri" ve "ağrı özürlülük indeksi" (PDI), fonksiyonel özürlülüğün ölçülmesinde "Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ)" yapıldı. BMI ile tüm bu parametreler arasındaki ilişkiye bakıldı.

Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 56.78'di. % 48.3'ü kadındı. Ortalama hastalık süresi 10.25 yıldı. BMI, sabah tutukluğu, kısa ağrı envanteri, PDI, HAQ, beck depresyon skoru ile pozitif ilişki gösterirken, DAS 28 CRP, şiş eklem, hassas eklem ile herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 1).

Sonuç: BMI, hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmamışken, hastanın bildirimine dayanan ve hayat kalitesini düşürebilen birçok değerlendirme ile pozitif korele bulunmuştur. Bu nedenle; klinisyenler, RA hastalarının hayat kalitelerini iyileştirmek için obeziteyi ele alma ve yönetme çabalarını artırmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hastalık aktivitesi, romatoid artrit, vücut kitle indeksi

Vücut kitle indeksi ile demografik ve klinik parametrelerin ilişkisi

Vücut kitle indeksi	p	r
Yaş	0.08	0.22
Hastalık Süresi	0.37	0.12
Sabah tutukluğu	0.03	0.28
Hassas eklem sayısı	0.14	-0.19
Şiş eklem sayısı	0.28	-0.14
DAS-28 CRP	0.83	0.03
Kısa ağrı envanteri	<0.01	0.48
PDI	<0.01	0.48
HAQ	<0.01	0.41
Beck Depresyon Ölçeği	0.02	0.29
	Pittsburgh Alt Bileşenler	
Subjektif uyku kalitesi	0.27	0.14
Uyku latansı	0.20	0.16
Uyku süresi	0.41	0.10
Alışılmış uyku etkinliği	0.74	-0.04
Uyku bozukluğu	0.20	0.16
Uyku ilacı kullanımı	0.39	0.11
Gündüz işlev bozukluğu	0.58	0.07
Pittsburgh toplam skor	0.36	0.11

DAS28: Hastalık Aktivite skoru 28, HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi, PDI: Ağrı özürlülük indeksi

S-087 Romatoid Artritli Hastalarda Nötrofil/Lenfosit ve Platelet/Lenfosit Oranlarının Değerlendirilmesi

Ahmet Karakoyun[1], **Yalkın Çalık**[2]

[1]*Aksaray Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aksaray*
[2]*Bolu İzzet Baysal FTR Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu*

Amaç: Romatoid artrit (RA) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, eklemlerde yaygın ve simetrik kronik inflamasyonla karakterize otoimmün, multisistemik bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, RA'lı hastalarda hastalık aktivitesi skoru(DAS 28) ile hematolojik parametrelerden Nötrofil-Lenfosit oranı(NLO) ve Platelet-Lenfosit oranı(PLO) arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya, 84(69 Kadın, 15 Erkek) RA hastası ve 72 sağlıklı bireylerden(58 kadın,14 erkek) oluşmuş kontrol grubu dahil edildi. Hastalar kendi arasında DAS - 28 skoruna göre iki gruba ayrıldı. Grup 1'de(29 hasta) DAS - 28'i (remisyondaki hastalar) 2,6'dan daha düşük bir skoru olan hastalar ve Grup 2'de(55 hasta) ise DAS-28'i 2,6 ve daha yüksek skoru olan hastalar (aktif hastalığı olanlar) vardı. Hastaların hastalık aktivite skorları (DAS 28) ve grupların hematolojik parametreleri ve inflamasyon parametreleri kaydedildi. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında fark yoktu. RA'lı hastaların yaş ortalaması 53,3±12,5, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 48,4±15,2 idi. RA hasta grubunda hemoglobin ve lenfosit düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunurken, trombosit, NLO ve PLO ise anlamlı olarak yüksek bulundu. NLO ve PLO'da hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (sırasıyla P< 0,05 ve P< 0,05). Grup 1'deki hastaların NLO değeri 1,94 ± 0,71 ve PLO değeri 135,25 ± 36,72 idi. Grup 2'deki hastaların NLO değeri 2,42 ± 0,50 ve PLO değeri 167,23 ± 52,86 idi. NLO ve PLO'da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (sırasıyla P <0,05 ve P<0,05). NLO ve PLO ile DAS - 28 arasında pozitif yönde bir korelasyon gözlendi (sırasıyla P < 0,05 ve P < 0,05).

Tartışma: Rutin klinik uygulamada RA hastalık takibinde kullanılan inflamatuvar parametreler CRP ve eritrosit sedimantasyon hızı(ESH) gibi hastalığa özgül olmayan inflamatuvar belirteçlerdir. Tam kan sayımı parametrelerinin ise inflamatuvar olaylarda sayı ve kalite olarak belirgin olarak değiştiği gösterilmiştir; özellikle nötrofil ve trombosit sayısında artış izlenirken, lenfosit sayılarında azalma görülmektedir. DAS 28, RA'te hastalık aktivitesini gösteren bir indekstir ve indeks hesaplanırken kriter olarak, ESH, hassas ve şiş eklemlerin varlığı kullanılır. Çalışmamızda, hasta grubunda kontrol grubuna göre hemoglobin ve lenfosit düzeyleri anlamlı olarak düşük bulunurken, trombosit, NLO ve PLO ise anlamlı olarak yüksek bulundu. NLO ve PLO'da hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı. NLO ve PLO oranları ile DAS 28 skoru arasında ise pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Uslu ve arkadaşlarının 2015 yılında RA ve sağlıklı kişiler arasında yaptıkları çalışmada RA hastalarının NLO ve PLO seviyeleri hasta grupta anlamlı olarak yüksekken, DAS 28 aktivite skorlarıyla NLO ve PLO arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Kılıç ve ark. 2016 yılında RA ve sağlıklı kişiler üzerinde yaptıkları çalışmada RA hastalarında NLO ve PLO oranlarını normal kişilere göre daha yüksek bulmuşlar ancak DAS 28 seviyeleri ile NLO ve PLO arasında anlamlı bir korelasyon bulamamışlardır.

Sonuç: Sonuç olarak, romatoid artrit gibi inflamatuvar hastalıklarda, hastalık şiddet seviyesinin belirlenmesinde NLO ve PLO kolay hesaplanan ve doğru sonuçlar veren parametrelerdir. Daha kapsamlı çalışmalar yapılarak bu oranlarıda içine alan, hastalık şiddetinin belirlenmesinde daha özgül endeksler geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Nötrofil lenfosit oranı (NLO), platelet lenfosit oranı (PLO), romatoid artrit (RA)

S-088 Romatoid Artritte Hastalık Aktivitesi ve Süresi ile Akciğer Hastalığının İlişkisi

Selda Çiftci[1], Banu Kuran[1], Arzu Özkarafakılı[2], Jülide Öncü[1], Aylin Ayyıldız[1], Hüseyin Bertan[1], Figen Yılmaz[1], Beril Doğu[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Romatoid Artritte hastalık aktivitesi ve süresiyle akciğer hastalığı arasındaki korelasyonu saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2019 tarihinde hastanemiz Romatoloji Polikliniği'ne başvuran Romatoid Artrit (RA) nedeniyle takip ve tedavi edilen hastalar dahil edildi. Daha önce tanılı akciğer hastalığı olan, radyasyon tedavisi alan, akciğer yaralanması olan olgular çıkarıldı. Hastalık aktivitesi DAS-28 ile belirlenirken, hastalık süresi yıl olarak değerlendirildi. Spirometre cihazıyla yapılan Solunum Fonksiyon Testi (SFT) ile FVC, FEV1, FEV1/FVC, PEF, FEF 25-75% ve FEF 50% değerlerine bakıldı ve göğüs hastalıkları uzmanı tarafından yorumlandı.

Bulgular: Çalışmaya 17 hasta dahil edildi. Dahil edilen hastalarda erkek hasta oranı %17.6 kadardı, yaş ortalaması 60,06 ± 10,16 iken hastalık süresi ortalama 12,06 ± 7,44 yıl olarak saptandı. Sigara kullanan hasta oranı %29,41 idi. Hastaların %70,6 sında Romatoid Faktör (RF) pozitif bulunurken, Anti-Siklik Sitrüline Protein (Anti-CCP) %52,94 pozitifti. Hastaların %47,05 i metotreksat, %29,41 i leflunomid, %35,29 u sülfosalazin, 29,41 i hidroksiklorokin, %47,05 i steroid, %5,88 i etanersept, %5,88 i ritüksimab tedavisi alıyordu. %52,94 hasta tekli DMARD veya biyolojik ajan tedavisi alırken geri kalanı kombine DMARD tedavisi almaktaydı. DAS-28 düzeyi ortalama 3,68 ± 0,61 saptanırken, RA'da Fonksiyonel Sınıf açısından hastaların %41,17 si Evre 1, %47,05 i Evre 2, %11,76 ı Evre 3 idi. Spirometre ile yapılan ölçüm sonrası hastaların %11,76 sında orta dereceli, %5,88 inde hafif dereceli restriktif bozukluk, %5,88 inde orta derecede obstrüktif bozukluk, %5,88 inde küçük hava yolu obstrüksiyonu saptanırken, %64,70 hastanın SFT'si normal olarak değerlendirildi. Hastalık süresi ile FVC, FEV1, PEF, FEF 25-75%, FEF 50% arasında orta dereceli negatif korelasyon, Fonksiyonel Sınıf ile FVC, FEV1, PEF arasında orta dereceli negatif korelasyon, FEF 25-75% ve FEF 50% zayıf negatif korelasyon saptandı. DAS-28 ile değerlendirilen tüm parametreler arasında zayıf negatif korelasyon saptanırken, ESR ile sadece PEF arasında zayıf pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Romatoid artritin en yaygın ekstra-artiküler tutulum yeri akciğer olup, enfeksiyondan sonra en sık 2. ölüm sebebidir. Akciğer hastalığı olan RA hastalarının genel topluma göre mortalite riski 2 kat artar. Akciğer tutulumunun RF antikorlarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Akciğer tutulumu plörezi, parenkimal nodül, interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner fibrozis, bronşiolit veya bronşiektazi şeklinde olabilir. Akciğer hastalığının saptanması için akciğer grafisi, SFT veya bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılabilir. Restriktif hastalıklarda vital kapasite azalırken, obstrüktif hastalıklarda FEV1/FVC oranı azalır. FEF 25-75% değeri ise erken küçük hava yolu hastalığını göstermede faydalıdır.
Literatürü taradığımızda RA'da akciğer tutulumunun sıklıkla asemptomatik seyrettiğini, restriktif tip akciğer hastalığının obstrüktif tipe göre daha sık olduğunu saptadık. SFT de erken evrede akciğer tutulumunu saptamak için faydalı bir tetkiktir. Bizim çalışmamızın kısıtlılıkları; hasta sayısının azlığı, sigara kullananların da dahil edilmiş olması ve kontrol grubunun olmamasıydı. Daha büyük ve homojen grupları içeren kontrollü çalışmalar, RA ve akciğer hastalığı arasındaki ilişki hakkında daha iyi fikir verebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer hastalığı, romatoid artrit, solunum fonksiyon testi

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri

	Sayı	%
Kadın Erkek Toplam	14 3 17	82.4 17,6 100
Sigara Kullanan	5	29,41
RF +	12	70,6
Anti-CCP +	9	52,94
Fonksiyonel Sınıf 1-4 1 2 3	 7 8 2	 41,17 47,05 11,76
Restriktif bozukluk	3	17,64
Restriktif bozukluk	1	5,88

Tablo 2: Hastaların özellikleri ve SFT değerleri

	Ortalama ± Standart Sapma	Aralık
Yaş (yıl)	60,05 ± 10,16	44-78
Boy (cm)	159,41 ± 11,04	148-185
Kilo (kg)	75,47 ± 10,64	50-89
Hastalık Süresi (yıl)	12,06 ± 7,44	4-20
DAS-28	3,68 ± 0,61	2,83-5,1
Hgb (mg/dl)	11,97 ± 1,33	9-14,8
ESR (mm/saat)	35,21 ± 21,29	11-71
FVC (L)	2,11 ± 0,77	1,42-3,88
FEV1 (L)	2,10 ± 0,69	1,26-3,67
FEV1/FVC (%)	84,08 ± 7,74	60,6-98,4
FEF 25-75 % (L/s)	2,54 ± 7,74	1,14- 5,27
FEF 50 %(L/s)	2,89 ± 1,33	1,18-5,92
PEF (L/s)	4,52 ± 1,27	2,68-7,06

S-089 Romatoid Artrit ve Diz Osteoartritinde Nötrofil/Lenfosit ve Platelet/Lenfosit Oranlarının Değerlendirilmesi

Tuğba Alışık[1], Murat Alışık[2], Barış Nacır[1], Fikriye Figen Ayhan[1], Hakan Genç[1]

[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[2]Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) kronik inflamasyonla karakterize, temel olarak sinoviyal eklemleri etkileyen bir hastalıktır. Hastalık aktivitesinin kontrol altında tutulmaması durumunda kemik erozyonu, kartilaj hasarı, morbidite ve mortalitede artış gözlenmektedir. Bu nedenle tedavinin temel amacı inflamasyonun kontrol altına alınarak hastaların remisyonda olmalarını sağlamaktır. Hastalık aktivitesinin takibi için eklemlerde ağrı, hassasiyet, şişlik gibi bulguların yanında C-Reaktif Protein ve eritrosit sedimentasyon hızı gibi inflamasyon belirteçleri de kullanılmaktadır. Osteoartrit (OA); subkondral ve periostal lezyonlarla karakterize, eklem dejenerasyonu ile giden bir hastalıktır. Genel olarak OA, inflamasyon ilişkisiz bir durum olarak tanımlanmasına rağmen OA'daki eklem dejenerasyonunun ilerleyişi ile inflamasyon arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve platelet/lenfosit oranları (PLR) tam kan sayımından hesaplanabilen ve inflamasyon ile ilişkili olduğu gösterilmiş parametrelerdir. Bu çalışmanın amacı RA ve diz osteoartriti (DOA) hastalarında NLR ve PLR değerlerinin karşılaştırılması ve hastalık aktivitesi ile ilişkisinin gösterilmesidir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 104 RA hastası, 84 DOA hastası ve 95 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hemogram sonuçlarından beyaz küre, nötrofil, lenfosit ve platelet sonuçları alındı ve NLR ve PLR düzeyleri hesaplandı.

Bulgular: RA, DOA ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları sırasıyla 55,4±12,6, 55,5±6 ve 54,4±6,5 idi (p=0,689). RA grubunun ortalama DAS28 skorları 2,82±0,92 idi. Beyaz küre ve nötrofil sayıları hem RA grubunda hem de DOA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). Platelet sayıları RA grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti (p<0,05). Lenfosit sayıları RA grubunda hem DOA grubundan hem de kontrol grubundan daha düşüktü (p<0,05). NLR ve PLR değerleri RA grubunda DOA grubundan ve kontrolden anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). DAS28 skorları ile hem NLR hem PLR değerleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu (sırasıyla rho:0,440; p<0,001 ve rho:0,278; p=0,004) (Tablo 1). RA hastaları DAS28 skorları 2,6 altında olanları remisyon üstünde olanlar aktif olarak iki gruba ayrıldığında; NLR ve PLR değerleri aktif RA grubunda remisyon RA grubuna, DOA grubuna ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,05). NLR ve PLR değerleri remisyon RA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,05); ancak DOA grubuna anlamlı olarak farklılık saptanmadı (p>0,05). NLR, PLR, nötrofil, platelet ve lenfosit değerleri ile yapılan ROC analizinde RA hastalarını belirlemede eğri altında kalan alanlar (AUC) sırasıyla 0,733, 0,727, 0,621, 0,619 ve 0,331 (hepsi için p<0,01) idi. DOA grubunda kontrol grubuna göre hem NLR hem de PLR değerlerinde yükseklik saptanmış olmasına rağmen bu yükseklik anlamlı düzeylere ulaşmamıştır.

Sonuç: Sonuçlar RA hastalarının DOA hastalarından ve sağlıklı bireylerden daha yüksek NLR ve PLR değerlerine sahip olduğunu ve NLR ve PLR değerlerinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca ROC analizinde NLR ve PLR değerleri RA hastalarını DOA ve sağlıklı bireylerden bu parametrelerin hesaplandığı nötrofil, lenfosit ve platelet değerlerinden daha iyi ayırmaktadır. RA hastalığında tedavisinin amacı hastaların remisyonda tutulmasını sağlamaktır. Hastaların remisyonda olup olmadıklarını ve hastalık aktivitesinin hangi düzeyde olduğu sürekli takip edilmektedir. Bu amaçla hikaye ve fizik muayene yanında inflamatuvar belirteçler de kullanılmaktadır. Birçok durumda inflamasyon belirteci olarak kullanılabileceği gösterilmiş birer belirteç olan NLR ve PLR değerleri RA hastalarında da basit ve ulaşılabilir hastalık aktivite belirteci olarak kullanılabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, osteoartrit, nötrofil lenfosit oranı, platelet lenfosit oranı

Tablo 1. Romatoid artrit, diz osteoartriti ve kontrol grubunun demografik verileri ve laboratuvar bulguları

		Romatoid Artrit (N=104)	Diz Osteoartriti (N=84)	Kontrol (N=95)	p değeri
Yaş; yıl	x̄±SD	55,4±12,6	55,5±6	54,4±6,5	0,689
Cinsiyet; kadın (%)	N(%)	86(%83,5)	64(%76,2)	78(%82,1)	0,419
DAS28	x̄±SD	2,82±0,92			
	Md (Q1-Q3)	2,53(2,12-3,47)			
WBC; 10^3xhücre/mm^3	x̄±SD	7379±1802	7321±1459	6748±1554	
	Md (Q1-Q3)	7120(5840-8700)*	7130(6015-8670)*	6700(5400-8000)	0,016
Platelet; 10^3xhücre/mm^3	x̄±SD	292±65	270±59	257±62	
	Md (Q1-Q3)	281(243-335)*	266(220-310)	250(209-306)	0,001
Nötrofil; 10^3xhücre/mm^3	x̄±SD	4,41±1,37	4,06±1,08	3,62±1	
	Md (Q1-Q3)	4,12(3,41-5,44)*	3,81(3,22-5,15)*	3,59(2,91-4,43)	<0,001
Lenfosit; 10^3xhücre/mm^3	x̄±SD	2,15±0,66*†	2,49±0,48	2,56±0,72	<0,001
NLR	x̄±SD	2,20±0,86*†	1,67±0,45	1,47±0,4	<0,001
PLR	x̄±SD	147,7±52,1	112,6±31,1	106,2±34,8	
	Md (Q1-Q3)	139,4(109,5-180,8)*†	108,8(90,4-133,1)	101,1(79-131,6)	<0,001

*Normal dağılım gösteren veriler x̄±SD olarak gösterildi. P değerleri ANOVA ve post-hoc Bonferoni testleri ile hesaplandı. Normal dağılıma uymayan veriler x̄±SD ve Md (Q1-Q3) olarak gösterildi. P değerleri Kruskal-Wallis H testi ve Dunn-Bonferoni ikili karşılaştırma testleri ile hesaplandı x̄±SD: ortalama±standart sapma Md (Q1-Q3): ortanca (1.-3. çeyrek değeri) *:kontrol grubundan anlamlı olarak farklı †:OA grubundan anlamlı olarak farklı*

S-090 Skleroderma Tanılı Hastalarda Tırnak Yatağı Kapilleroskopi Patternleri ile Klinik ve Fonksiyonel Özelliklerin İlişkisi

Didem Erdem, Halise Hande Gezer, Sevtap Acer Kasman, Hatice Şule Baklacıoğlu, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızın amacı, Skleroderma tanılı hastalarda tırnak yatağı kapilleroskopi patternleri ile klinik ve fonksiyonel özellikler arasındaki ilişkisinin araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR-Romatoloji polikliniklerinde takipli, skleroderma tanısı konulmuş olan hastalar alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Hastaların tırnak yatağı videokapilleroskopik incelemeleri yapılmış ve kapilleroskopik inceleme bulgularına göre dört gruba ayrılmıştır: normal, erken, aktif ve geç dönem skleroderma patternleri. Hastaların deri kalınlığının derecelendirilmesinde modifiye Rodnan deri skoru kullanılmıştır. Raynoud fenomeni ve dijital ülser varlığı ayrı ayrı değerlendirilmiş, şiddeti Visuel Analog Skalalar (VAS) üzerinde kaydedilmiştir. Hastalarda intertisyel akciğer hastalığı, pulmoner hipertansiyon, kardiyak tutulum, gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu, renal tutulum, eklem ve kas tutulumu olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yorgunluk, ağrı, hasta global değerlendirme ve hekim global değerlendirmeleri VAS üzerinden yapılmıştır. Hastalarda fiziksel dizabiliteyi değerlendirmede Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ve Duruöz El Skalası (DES) kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analizde ortalama, ortanca, standart sapma, aralık ve yüzde dağılımlar değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin dağılımı arasındaki farkları değerlendirmede Ki-kare testi, grupların ortalamasını karşılaştırmada Kruskall Wallis varyans analizi ve Post Hoc test kullanılmıştır. Tüm analitik değerlendirmelerde $p<0.05$ anlamlılık sınır değeri olarak alınmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi için SPSS 20.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 32 skleroderma tanılı hastanın (31 kadın, 1 erkek) yaş ortalaması 48.93 (SS: 12.77) olarak saptanmıştır. Median hastalık süresi 24 ay (min-max: 3-216), ortalama tanı yaşı 45.21 (SS: 12.84) bulunmuştur. Hastaların %6.3'ününde normal, %37.5'inde erken pattern, %40.6'ında aktif pattern ve %5'inde geç pattern kapilleroskopi bulguları saptanmıştır. Kapillerokopi patternlerine göre hasta grupları karşılaştırıldığında grupların yaş ve tanı yaşı açısından fark saptanmamışken, hastalık süresi erken patternde anlamlı olarak daha kısa saptanmıştır (p: 0.005). Raynoud varlığı açısından gruplar arasında fark bulunmamışken, raynoud süresi ve raynoud şiddeti erken patternde anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır (p: 0.004, p: 0.009). Dijital ülser geç patternde anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (p: 0.007). Ortalama modifiye Rodnan skorları erken patternde anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p: 0.001). Telenjektazi geç patternde daha fazla saptanmıştır (p: 0.049). İntertisyel akciğer hastalığı varlığı ve altı dakika yürüme testi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Pulmoner hipertansiyon (p: 0.007) ve GİS tutulumu ($p<0.005$) geç kapilleroskopi patterni grubunda anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır. Atralji geç pattern grubunda anlamlı olarak daha fazla saptanmışken (p: 0.031) artrit varlığı açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Gruplar arasında yorgunluk, ağrı ve global hasta değerlendirmesi VAS skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). DES ve HAQ skorları açısından kapilleroskopi patterni grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Pulmoner hipertansiyon ve gastrointestinal tutulum geç kapilleroskopi patterni olan hasta grubunda anlamlı olarak daha fazla saptanmışken fiziksel dizabilite açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bu bir ön çalışmadır. Verilerin daha geniş hasta popülasyonda analizi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, tırnak yatağı kapilleroskopisi, fiziksel dizabilite

S-091 Sistemik Skleroz Hastalarında Serum SCUBE 1,2 ve 3 Seviyesinin; Klinik Bulgular ve Ultrasonografik Deri Kalınlığı ile Olan İlişkisi

İbrahim Gündüz[1], İbrahim Batmaz[1], Turgut Bozan[3], Aysun Ekinci[2], Remzi Çevik[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Diyarbakır
[3]Tunceli Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Tunceli

Amaç: Sistemik skleroz (SSc)'da serum Signal peptide-CUB-EGF domain-containing protein (SCUBE)-1, SCUBE-2 ve SCUBE-3 seviyesinin; klinik bulgular ve ultrasonografik deri kalınlığı ile olan ilişkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya ACR/EULAR 2013 SSc sınıflama kriterlerini karşılayan 30 hasta ve yaş-cinsiyet olarak hasta grubuyla uyumlu olan 44 sağlıklı gönüllü alındı. Serum SCUBE düzeyleri enzyme-linked immunosorbent assay (ELİSA) ile ölçüldü. Eş zamanlı olarak ultrasonografik deri kalınlığı ölçümleri yapıldı.

Bulgular: SSc'li hastaların serum SCUBE düzeyleri ile kontrol grubunun serum SCUBE düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Serum SCUBE-1 düzeyi ile FEV-1 arasında negatif korelasyon saptandı. Serum SCUBE-2 düzeyi ile Duruöz el indeksi ve serum C4 düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanırken; FVC değeri arasında negatif korelasyon saptandı. Serum SCUBE-3 düzeyi ile ekokardiyografik pulmoner arter basıncı (PAB) arasında negatif korelasyon bulundu. Serum SCUBE düzeyleri ile ultrasonografik deri kalınlıkları arasında korelasyon tespit edilemedi. Ancak ultrasonografik deri kalınlığı ile modifiye Rodnan deri skoru arasında pozitif korelasyon izlendi.

Sonuç: Çalışmamızda SSc'li hastalarda serum SCUBE düzeyleri ile bazı klinik ve laboratuvar parametreler (FEV-1, FVC, PAB, C4 ve Duruöz el indeksi) arasında korelasyon izlendi. Bu moleküllerin SSc seyrinde ve patogenezinde katkısının daha iyi anlaşılması için yeni klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, scube, ultrasonografi, deri kalınlığı

S-092 Ankilozan Spondilit Hastaları ile Non-Radyografik Aksiyel Spondiloartropati Hastalarının Lomber Paraspinal Kaslarının Fonksiyonel, Görüntüleme ve Elektrofizyolojik Bulgularının Karşılaştırılması

Ekim Can Öztürk[1], İlker Yağcı[2]

[1]Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Malatya
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) hastaları ile non-radyografik aksiyel spondiloartropati (nr-axSpA) hastalarının paraspinal kaslarının görsel, fonksiyonel ve elektrofizyolojik olarak karşılaştırılması

Gereç-Yöntem: Araştırmaya modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı ve ASAS 2009 kriterlerine göre nr-axSpA tanısı alan hastalar dahil edildi. Katılımcıların sakroiliak görüntüleme eşliğinde klinik değerlendirilmeleri birinci klinisyen tarafından yapıldı. İkinci bir klinisyen lomber manyetik rezonans görüntülerin (MRG) T2 aksiyel kesitlerinde multifidus kesitsel alan ölçümü ve semi-kantitatif yağlı dejenerasyon evrelemesi ile iki seviyeden ultrasonografik olarak fonksiyonel değerlendirmeyi yaptı. Daha sonra yine birinci klinisyen tarafından hastaların alt ekstremite sinir iletim çalışmaları (SİÇ) ve iğne elektromiyografisi (EMG) ile paraspinal haritalama (PSH) incelemesi gerçekleştirildi.

Bulgular: Toplam 19 AS hastası ile 14 nr-axSpA hastası değerlendirmeye alındı. AS grubunda 2 hastanın lomber MRG görüntüleri elde edilemedi. Hastaların multifidus kesitsel alanlarına bakıldığında sağ L3 seviyesinde multifidus/vertebra (m/v) oranı AS grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu (p:0,029). Yağlı dejenerasyon derecesi ise diğer seviyelerde de AS grubunda daha fazla olmak üzere sol L5-S1 seviyesinde anlamlı olarak yüksek bulundu (p:0,015). Fonksiyonel değerlendirme için ultrasonografik ölçümlere bakıldığında anlamlı fark sol L5-S1 seviyesinde görüldü (p:0,022). PSH skorlarında AS grubunda nr-axSpA grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (p<0,001).

Sonuç: AS hastalarının paraspinal kasları nr-axSpA hastalarına göre çeşitli seviyelerde daha fazla yağlı dejenerasyona ve denervasyona uğramıştır ve bu ultrasonografik olarak ölçülen fonksiyona yansımıştır. Bu durumun hastalığın yarattığı ağrı ve dizabiliteye katkıda bulunması muhtemeldir. Denervasyon ile dejeneratif süreç ilişkisinin daha fazla aydınlatılmaya ihtiyacı vardır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, EMG, multifidus, paraspinal haritalama, ultrasonografi

S-093 Romatoid Artritte Myeloperoksidaz/Paraoksonaz1 Oranı ile Disfonksiyonel HDL Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tuğba Alışık[1], Murat Alışık[2], Barış Nacır[1], Hakan Genç[1], Fikriye Figen Ayhan[1], Özcan Erel[3]

[1]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[2]Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, Ankara
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) inflamatuar artrit kliniği ile seyreden kronik, sistemik ve otoimmün bir hastalıktır. RA'da ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıklar daha sık görülmektedir. RA hastalarındaki kronik sistemik inflamasyon bu durumun temel sebebi olduğu düşünülmesine rağmen sistemik inflamasyon ile vasküler patofizyoloji arasındaki ilişki net olarak bilinmemektedir.
High-density lipoproteinin (HDL) ters kolesterol transportu ile ateroskleroz için negatif risk faktörü olduğu bilinmekle bereaber yeni bilgiler ışığında HDL'in inflamasyon, oksidatif stres gibi durumlarda bu özelliğini kaybederek pro-aterojen (disfonksiyonel, inflamatuvar) olabildiği gösterilmiştir. Myeloperoksidaz (MPO)/ paraoksonaz 1 (PON1) oranının disfonksiyonel HDL için rutin olarak kullanılabilecek değerli bir marker olduğunu gösterilmiştir. PON1 lipoprotein kaynaklı bir enzim olup HDL'nin antioksidan özelliğini sağlamaktadır. Bunun yanında MPO ise granüler lökosit kaynaklı bakterisidal bir enzim olmasının yanında dolaşımdaki lipoproteinlerde oksidatif modifikasyona sebep olmaktadır.
Bu çalışma ile RA hastalarında disfonksiyonel HDL düzeylerinin belirlenmesi ve RA hastalarındaki koroner arter hastalığı (KAH) ile ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya diabetes mellitus, hipertansiyonu ve hiperlipidemisi olmayan 130 RA hastası ve 67 sağlıklı kontrol dahil edildi. RA tanısı ile takip edilen hastaların ve sağlıklı gönüllülerin kanları alınarak santrifüj edildi ve serumları ayrılarak çalışma gününe kadar -80 C de saklandı. Serum örneklerinden total kolesterol (TK), trigliserit (TG), HDL, low-density lipoprotein (LDL), MPO ve PON1 düzeyleri çalışıldı. Disfonksiyonel HDL belirteci olarak daha önce tariflendiği gibi MPO/PON1 oranı hesaplandı. Hastaların dosyalarından kardiyoloji notları incelendi ve koroner arter hastalığı konulmuş olanlar belirlendi.

Bulgular: Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla 54,6±11,3 ve 52,0±10,0 idi (p=0,107). Hastaların ortalama DAS28 skorları 2,32±0,74 idi. RA grubu ile kontrol grubu ortalama TK, TG, HDL ve LDL değerleri i açısından iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). RA grubu ile kontrol grubu arasında ortanca MPO, PON1 ve MPO/PON1 düzeyleri açısından anlamlı farklılık vardı ve değerler RA grubunda belirgin yüksekti (sırası ile p <0,001, p<0,023 ve p<0,001) (Tablo 1).
RA hastaları koroner arter hastalığı olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldığında disfonksiyonel HDL düzeyleri KAH geçiren 44 hastada daha yüksek bulundu (p=0,002). Aktif RA'sı olan 58 hastanın remisyonda olan 72 hastaya göre daha yüksek MPO/PON1 düzeyleri vardı (p=0,002). DAS28 skorları ile disfonksiyonel HDL düzeyleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu (rho: 0,357, p<0,001).
Biyolojik ajan kullanan 12 hastanın MPO/PON1 düzeyleri ile DMARDs kullanan 118 hastanın düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Sonuçlarımıza göre lipid değerlerinde herhangi bir bozulma olmamasına rağmen, hem inflamasyonun arttığı aktif hastalık döneminde hem de kardiyak tutulumu olan hastalarda disfonksiyonel HDL daha yüksek olması disfonksiyonel HDL'nin RA'lı hastalardaki KAH ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bunun mekanizması inflamasyonun HDL fonksiyonunu bozarak HDL'nin LDL oksidasyonunu engellemede yetersizliğe sebep olması ve aynı zamanda ters kolesterol taşınım fonksiyonunun azalmasına neden olması olabilir. Normal lipit paneline sahip RA hastalarında klasik kardiyovasküler risk faktörleri taramasının yetersiz kalabildiği ve bu nedenle disfonksiyonel HDL'nin RA hastalarında kardiyovasküler riski değerlendirmek için umut vaat ettiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, disfonksiyonel HDL, koroner arter hastalığı

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun demografik verileri ve laboratuvar bulguları

	Romatoid Artrit (N=130)	Kontrol (N=67)	p değeri
Yaş; yıl	54,6±11,3	52,0±10,0	0,107
Cinsiyet; Kadın (%)	107 (%82,3)	60 (%89,6)	0,180
DAS28	2,77±0,96		
Total Kolesterol;mg/dL	185,9±36,1	188,8±37,1	0,596
Trigliserit; mg/dL	126,6±66,7	129,6±53,6	0,754
HDL; mg/dL	54,9±14,7	54,3±14	0,766
LDL; mg/dL	105,6±32,0	108,4±40,3	0,603
Myeloperoksidaz; ng/mL	175,04(129,69-280,91)	132,01(98,55-178,98)	<0,001
Paraoksonaz; U/L	205,25(113,15-292,98)	217,41(161,5-304,33)	0,023
Disfonksiyonel HDL	0,99(0,6-1,9)	0,58(0,38-1,00)	<0,001

Sonuçlar ortalama±standart sapma veya ortanca (IQR) şeklinde gösterildi. p değerleri Student's t testi, Mann-Whitney U testi veya Ki-Kare testlerinden uygun olan test ile hesaplandı.

S-094 Total Diz Artroplastili Romatoid Artrit ve Osteoartrit Hastalarının Fonksiyon ve İzokinetik Kas Gücünün Karşılaştırması

Deniz Dülgeroğlu, Yasemin Tombak, Ajda Bal, Nihal Tezel, Feyza Çelikel, Gülnur Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Romatoid Artrit'li (RA) bir çok hasta sekonder osteoartrit (OA) ya da medikal tedaviye dirençli diz artriti, deformite nedeniyle total diz artroplastisi (TDA) uygulanmaktadır. TDA amacı ağrı ve fonsiyonu iyileştirmektir ancak RA'lıların protez memnuniyeti, fonksiyonellik konusunda çalışma sayısı azdır (1,2). Bu çalışmanın amacı; TDA'li RA hastalarının post-operatif geç dönemde diz fonksiyon değerlendirmesi ve ekstansiyon/fleksiyon kas gücünün izokinetik dinamometre ile ölçümünü yaparak, primer OA nedeniyle TDA yapılan hastalarla karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya protez süresi 1-19 yıl arasında 31 TDA'li (14 RA/24 protez, 17 OA/24 protez) kadın hasta alındı. Değerlendirmeler ağrı için VAS sorgulama, fonksiyon için WOMAC, 6 Metre Yürüme Süresi, 30 saniye Sandalye Otur Kalk Testi ile yapıldı. Kuadriseps ve Hamstring kas gücü Biodex izokinetik dinamometrede 60 ve 180°/saniye açısal hızda konsantrik/konsantik kasılma ile fleksiyon/ekstansiyon yaptırılarak ölçüldü, pik tork (PT) değeri elde edildi.

Bulgular: RA'lı hastaların yaş ortalaması 63.2±6.2 yıl; OA'lilerin 65.8±6.2 yıl (t=1.152, p>0.05); BKİ ortalaması sırasıyla 37.4±5.6, 34.3±2.5 (t=1.191, p>0.05) olup fark yoktur.
RA'lıların tümü ilaç kullanmakta, OA'lıların ise %17.6 sı ilaç kullanmaktadır (p>0.05). RA'lıların 4 ve daha fazla ilaç(DMARD, NSAİİ, KS) kullanma oranı %50 dir. Osteoartritli hastalarda ilaç kullananların hepsi tek ilaç (NSAİİ, Parasetamol) kullanmaktadır.
RA'lilerin %71.4'ünün protezi bilateral, %14.3'ünün sağ,%14.3'ünün sol taraf, OA'lilerin %41.2'sinin bilateral,%35.3'ünün sağ, %23.5'inin sol taraftır; protez tarafları arasında fark yoktur (p>0.05). OA ve RA'lıların protez süresi,VAS, yurüme hızı ve WOMAC değerleri tablo 1 de gösterilmiştir. VAS değerleri arasında fark bulunmuştur (p<0.05) OA'lıların VAS değerleri RA'lılara göre anlamlı düzeyde yüksektir. RA'lıların WOMAC ortancası 30.7 (8-59.4), OA'lıların ise 85 (40.91-100) dir. RA'lıların WOMAC değeri OA'lılara göre anlamlı düzeyde düşüktür(p<0.001).
OA ve RA hastalarının 60°/sn ve 180°/sn açısal hızda ekstansiyon ve fleksiyon PT değerleri tablo 2'de verilmiştir. RA'lıların 60°/sn açısal hızda fleksiyon PT ortalaması 27.7±11.3 Nm, OA'lilerin 17.2±9.4 Nm olup RA'lıların TDA'li dizlerinin hamstring fleksiyon gücü OA'lılara göre istatsitiksel olarak anlamlı yüksektir (P=0.003). RA'lıların 180°/sn ekstansiyon PT ortalaması 40.9±9.2 Nm, OA'lilerin 33.8±7.3 Nm olup RA'lıların TDA'li dizlerinin quadriceps ekstansiyon gücü OA'lılara göre istatsitiksel olarak anlamlı yüksektir (P= 0.012).

Sonuç: Ağrı ve fonksiyon normal olarak TDA en geç 6 ila 12 ay sonra düzelir(3). Ancak bazı hastalarda ağrı devam eder, fonksiyonel iyileşme de yeterli değildir (4). Literatürde OA hastası TDA'lilerin dizin ekstansiyon/fleksiyon izokinetik gücünün değerlendirildiği çalışmalar olmasına rağmen RA hastası TDA'lilerin çalışması yoktur (4,5). Kobayashi ve ark. OA'lilerin aktivitesinin daha iyi, RA'lıların eklem hareket açıklığının ve memnuniyetin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (1). Biz de çalışmamızda RA'lılarda protez sonrası ağrı, fonksiyon, kas gücü açısından OA'lilere göre daha iyi olduğunu bulduk. RA'lı TDA hastalarında protezin ağrıyı azalma, yürüme, oturup kalkma gibi fonksiyonlarda iyileşme sağladığını, başarılı olduğunu söyleyebiliriz..

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, osteoartrit, toatal diz artroplastisi, fonksiyon, izokinetik

Romatoid artrit ve Osteoartrit hastalarının pro0tez süresi, VAS, yürüme hızı, sandalye otur kalk sayısı ve WOMAC değerlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırmaları

	RA Mean ±Sd Median (Min-Max)	OA Mean ±Sd Median (Min-Max)	Test İstatistiği	p*
Protez süresi	92.2±67.6 90 (12-228)	50.5±24.9 48 (12-96)	U=77.000	0.100
VAS	20.7±11.5 20 (0-50)	39.0±24.0 50 (0-80)	U=61.500	0.021
6 Metre Yürüme Süresi	9.9±2.6 9.58 (6.56-18)	10.2±3.6 9.50 (6-20)	U=118.500	0.984
30 saniye Sandalye Otur Kalk Testi	10.2±2.4 10 (6-15)	9.1±2.8 9 (5-16)	U=84.000	0.173
WOMAC	30.8±14.6 30.7 (8-59.4)	76.7±19.0 85 (40.91-100)	U=9.000	0.000

*RA, Romatoid Artrit; OA, Osteoartrit * Mann Whitney U test*

OA ve RA hastalarının 60°/sn ve 180°/sn açısal hızda ekstansiyon ve fleksiyon pik tork değerlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırmaları

	RA hastası (n=14) protezli taraf (n=24) Mean ±Sd Median (Min-Max)	OA hastası (n=17) protezli taraf (n=24) Mean ±Sd Median (Min-Max)	Test İstatistiği	p*
60°/sn ekstansiyon PT (Nm)	59.6±15.6 64.25 (28.3-78.5)	52.0±19.7 44.70 (18.6-95)	U=180.500	0.161
60°/sn fleksiyon PT (Nm)	27.7±11.3 31.80 (9.3-47.1)	17.2±9.4 12.95 (7.8-36.6)	U=113.000	0.003
180°/sn ekstansiyon PT (Nm)	40.9±9.2 40.80 (27.4-60.8)	33.8±7.3 33.45 (23.2-48.4)	U=134.000	0.012
180°/sn fleksiyon PT (Nm)	19.1±6.0 18.30 (11.4-31.2)	16.5±3.2 15.25 (13-24.3)	U=185.000	0.195

** Mann Whitney U test/T TEST, PT: pik tork; Nm: Newton metre*

S-095 Romatoid Artritli Hastalarda Ayak Tutulumunun Hastalık Aktivitesi ve Fonksiyonel Durumla İlişkisi

Halime Kibar, Derya Buğdaycı, Nurdan Paker, Kadriye Öneş

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Ayak ve ayak bileği eklemleri Romatoid artritte (RA) değerlendirilen eklemler arasında olmasına karşın, hastalık aktivite skoru (DAS28) hesaplamasında kullanılan eklemlerden değildir. Çalışmanın amacı 1987 veya 2010 American Collage of Romatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR) sınıflama kriterlerine göre RA tanısı almış hastalarda ayak şikayetlerinin sıklığının değerlendirilerek, DAS28 ile ayak şikayeti ve fonksiyonel durumun ilişkisinin araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Hastalık aktivitesi skoru DAS28 ('Disease Activity Score-28') (eritrosit sedimantasyon hızı ile), sağlık değerlendirme anketi (HAQ-DI), ayak fonksiyon indeksi (AFİ), ayak fonksiyon indeksi ağrı alt skalası (AAİ), ayak fonksiyon indeksi yetersizlik alt skalası (AYİ), ayak fonksiyon indeksi kısıtlılık alt skalası (AAKİ), 6 metre yürüme zamanı, visüel analog skala (VAS) kullanıldı. Ayrıca tüm hastaların ayak muayeneleri yapılarak deformiteleri kaydedildi. Çalışma için etik kurul onamı alındı.

Bulgular: Çalışmaya 103 RA hastası dahil edildi. Hastaların %91.3'ü kadın, %8.7'si erkekti. Hastaların yaş ortalaması 55.8 ± 12.6 yıl, hastalık süresi ortalaması 12.6 ± 9.9 yıldı. DAS28 ortalaması 3.6 ± 1.3, HAQ-DI ortalaması 0.7 ± 0.6, VAS ortalaması 40.2 ± 28, 6 mt yürüme zamanı ortalaması 8.8 ± 7.7 sn, eritrosit sedimantasyon hızı ortalaması 23 ± 19 mm/sa olarak hesaplandı. Hastaların % 66 'sında ayak ve ayak bileği şikayeti varken % 34'ünde yoktu. Hastaların % 44.6'sında ayakta deformite vardı ve bu deformitelerin tamamı ön ayaktaydı. En fazla deformite % 39 oranda halluks valgus deformitesiydi.
DAS28 değeri ile VAS ($p<0.001$, $r=0.702$), HAQ ($p<0.001$, $r=0.530$), AAİ ($p<0.001$, $r=0.490$), AAKİ ($p=0.002$, $r=0.311$), AYİ ($p<0.001$, $r=0.495$), AFİ ($p<0.001$, $r=0.485$), 6 mt yürüme zamanı ($p=0.049$, $r=0.198$) ve eritrosit sedimantasyon hızı ($p<0.001$, $r=0.57$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.
AFİ ile hastalık süresi ($p=0.015$, $r=0.226$), vücut kitle indeksi ($p=0.002$, $r=0.292$), VAS ($p<0.001$, $r=0.639$), HAQ ($p<0.001$, $r=0.376$), 6 mt yürüme zamanı ($p<0.001$, $r=0.551$) ve eritrosit sedimantasyon hızı ($p<0.001$, $r=0.247$) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon ilişkisi bulundu.

Sonuç: RA hastalarında ayak şikayetleri yüksek oranda izlenir. Yaygın şikayete rağmen romatoid ayak ihmal edilir. Ayak şikayeti olan hastaların olmayanlara göre inflamasyon yükleri daha fazla ve fonksiyonel durumları daha kısıtlıdır. Çalışmamızda 103 RA hastasının % 66'sında ayak şikayeti vardı. Bu oran literatürde beliritilen % 60-90 ile uyumlu bulunmuştur. Günümüzde RA'da hastalık aktivitesini belirlemek için en çok uygulanan yöntemlerden biri olan DAS28, ayak ve ayak bileği eklemleri olmaksızın, 28 eklemde hassasiyet ve şişlik durumunu değerlendirir. Bu nedenle, DAS28'in kullanımı, ayak problemlerinin ve eklem hasarının hafife alınmasına neden olabilir. Hastaların takibi için, sıklıkla RA'da yer alan tüm eklemlerin değerlendirilmesinin, özellikle erken hastalıkta önemli olduğu bildirilmiştir. Literatüre baktığımızda DAS28 ile AFİ arasında ilişki araştıran daha önce yapılmış başka çalışma bulamadık. Çalışmamızda DAS28 ile AFİ ve AFİ 'nin tüm alt skorları ilişkili bulunmuştur. Ancak DAS28 ile AFİ ve 6 mt yürüme zamanı arasında ilişki düşük düzeyde belirlenmiştir. Bu sebeple, tedavi kararları ayak ve ayak bileği eklemleri değerlendirilmeden verilirse hastalar devam eden eklem hasarı riski altında olabilir.
Poliklinikte zaman kısıtlaması ile sınırlandırılmış klinisyenlerin, RA hastalarının çoğunda hızlı bir el muayenesi yapma olasılığı daha yüksektir. Ancak hasta sadece spesifik semptomlardan söz ettiğinde ayak muayenesi yapılabilir. Bulgularımız en azından ayak ile ilgili bir soru sorulması, şikayeti olan hastaların daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ayak eklemleri, ayak fonksiyon indeksi, DAS28, romatoid artrit

DAS28 İle Hasta Parametreleri Arasındaki Pearson Korelasyon İlişkisi

Yaş (Yıl)	r p	-0.087 0.392
Hastalık süresi (yıl)	r p	0.13 0.14
VKİ (kg/cm2)	r p	0.045 0.654
VAS (mm/100)	r p	0.702 <0.001*
HAQ	r p	0.530 <0.001*
AFİ	r p	0.485 <0.001*
AAİ	r p	0.490 <0.001*
AYİ	r p	0.495 <0.001*
AAKİ	r p	0.311 0.002*
6 m Yürüme Zamanı (sn)	r p	0.198 0.049*
Sedimantasyon (ESH)	r p	0.57 <0.001*

*Pearson korelasyon analizi, r =korelasyon katsayısı *P<0,05 değerler arasında korelasyon olduğu görülmüştür.*

AFİ İle Hasta Parametreleri Arasındaki Pearson Korelasyon İlişkisi

Hastalık süresi (yıl)	r p	0.226 0.015*
VKİ (kg/cm2)	r p	0.292 0.002*
VAS (mm/100)	r p	0.639 <0.001*
HAQ	r p	0.376 <0.001*
6 m Yürüme Zamanı (sn)	r p	0.551 <0.001*
Sedimantasyon (ESH)	r p	0.247 <0.001*

*Pearson korelasyon analizi, r =korelasyon katsayısı *P<0,05, değerler arasında korelasyon olduğu görülmüştür.*

S-096 Preliminary Results of Ultrasonographic Evaluation of Achilles Tendon in Early Axial Spondyloarthropathy: Is There Any Difference Between Ankylosing Spondylitis and Non Radiographic Axial Spondyloarthropathy?

Shahla Vahidfar[1], İsmihan Sunar[1], Şebnem Ataman[1], Gürkan Yılmaz[1], Javid M. Azarabadi[2], Ayşe Bölükbaşı[1]

[1]Ankara University School of Medicine, PMR Dept.Division of Rhoumatology, Ankara
[2]Başkent University School of Medicine, Dept. of Orthopaedia, Ankara

Objective: Axial Spondyloarthropathy (AxSpA) comprises both early non-radiographic (nr-axSpA) patients and ones with radiographic sacroiliitis defined by Modified New York Criteria. Along with emergence of the term 'nr-AxSpA', studies comparing ankylosing Spondylitis (AS) and nr-AxSpA regarding genetic, epidemiologic, and clinical features, treatment requirements, and response to therapy have accrued. Patients with nr-axSpA cause a considerable disease burden and have a probability to progress to the radiographic stage in time (1). This study aims to evaluate the achilles tendon using ultrasonography in AS and nr-AxSpA patients and to compare these grups regarding associations between disease activity parameters and ultrasonographic achilles enthesitis signs.

Materials-Methods: A total of 24 AS and 20 nr-AxSpA patients fulfilling the ASAS (Assesment of Spondyloarthritis International Society) criteria for AxSpA, and 30 controls were enrolled. Demographic characteristics and laboratory results including ESR, CRP and HLA-B27 were recorded. BASDAI (Bath ankylosing spondylitis disease activity index), BASFI (Bath ankylosing spondylitis functional index), BASMI (Bath ankylosing spondylitis metrologic index, MASES (Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score), and ASDAS-CRP were calculated. All patients were newly diagnosed and they were on NSAID treatment. Radiographic evaluation was performed using the m-SASSS (Modified Stoke Ankylosing Spondilitis Spinal Score). The OMERACT scoring system was used for ultrasonographic grading of the achilles tendon(2). MRI evaluation were performed by radiologists while m-SASSS and ultrasound evaluation was carried out by two experienced rheumatologists with sufficient musculoskeletal ultrasound training. SPSS 11.5 pocket program was used for statistical analyses. For the distribution of the categorical data, chi-square and Fisher's exact test were used. For comparison of mean or median values of continuous values Mann Whitney U and ANOVA tests were used. Kruskal-Wallis test was used for comparison of non-parametric data. Spearman's correlation analysis was applied for determination of the correlation between clinical and ultrasonographic parameters.

Results: The mean age and body mass index were similar between AS and nr-axSpA groups. However, the mean age of the control group was lower. HLA-B27 positivity, extra-articular and peripheral involvement, disease activity and functional status, m-SASSS, ultrasonographic grey scale (GS) and total scores (TS) were similar between AS and nr-axSpA groups. In GS, tendon echotexture scores were significantly different across all groups (0.81± 0.38 in AS, 0.58±0.47 in nr-axSpA, 0.17±0.91 in controls; p=0.000). Entheseal calcification scores were similar in AS and nr-axSpA patients, and higher than controls (p=0.001). Bone profile scores were similar in AS and nr-axSpA patients, and higher than controls(p=0.01).When the correlation between ultrasound findings and disease activity and functional status were considered, Power Doppler (PD) score and MASES total scores were positively correlated in AS group(p=0.45; r=0.41).

Conclusion: In this study, AS and nr-axSpA patients were found to be similar in various clinical, functional and radiologic aspects. The similarity in HLA-B 27 positivity rate, extra articular-peripheral involvement, disease activity, and ultrasonographic enthesitis scores suggest that these two entities are different phenotypic reflections of the same disease spectrum, rather than two distinct disorders. The positive correlation between PD and MASES scores in AS patients substantiate the performance of MASES in evaluation of entheseal activity.

Keywords: Achilles, ankylosing spondylitis, enthesitis, non radyographic axial spondyloarthritis, ultrasond

S-097 Radyografik ve Klinik Olarak Tanı Konulan Apikal Peridontitis ile Romatoid Artrit İlişkisi

Ertuğrul Karataş[1], Ayhan Kul[2], Ebru Tepecik[1]

[1]Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı, Erzurum
[2]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Romatoid Artrit (RA) ile Apikal periodontitisin (AP) fizyopatolojisinde yükselmiş TNF-alfa ve IL-1 ve azalmış IL-10 ve TGF-beta gibi benzer sitokinlerin rolü bulunmaktadır. Dolayısıyla RA hastalarındaki immun bozukluğun, bu hastaları periodontite daha duyarlı hale getirdiği düşünülmektedir. Bu kesitsel çalışmada RA ile AP arasındaki muhtemel ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Romatoid artrit tanısı almış 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaşı ve cinsiyeti uyumlu olan anamnezinde herhangi bir sistemik inflamatuar hastalık öyküsü bulunmayan 50 kişi kontrol grubu olarak alındı. AP varlığını teşhis etmek için klinik ve radyolojik olarak tüm hastalar incelendi. Tüm hastalarda AP'li diş sayısı, AP'li hasta sayısı, kök kanal tedavisi görmüş hasta sayısı (RCT) ve RCT + AP'li hasta sayısı değerlendirildi.

Bulgular: RA grubunda 1026 diş incelendi ve bunlardan 45'inde (%4,3) AP tanısı konuldu. Kontrol grubunda 1025 diş incelendi ve 21 dişte (% 2) AP tanısı konuldu. APli diş prevalansının RA grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu (odds ratio OR = 2.193, P = 0.003). Lojistik regresyon analizi sonucunda RA'nın AP ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu görüldü. RA grubu ile kontrol grubu arasında AP'li RCT dişleri açısından anlamlı bir fark yoktu.

Sonuç: Bu çalışmanın sinirlamalar dahilinde, RA'lı hastalarda AP gelişme riskinin daha yüksek olabileceği sonucuna varılabilir. Bununla birlikte RA, kök kanal tedavisine verilen yanıtı etkilemedi.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, apikal peridontitis, ilişki

S-098 Sistemik Skleroz Hastalığında Nötrofil/Lenfosit Oranı, Platelet/Lenfosit Oranı ve Ortalama Trombosit Hacmi ile Pulmoner Arter Basıncı Arasındaki İlişki

Sedat Öztürk, Levent Ediz, Burak Yılmaz

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Sistemik skleroz nedeni bilinmeyen, gelişiminde vaskülopati, immün aktivasyon ve fibrozisin rol oynadığı, deride progresif kalınlaşma ile karakterize, sistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Küçük ve orta çaplı pulmoner damarların obliteratif vaskülopatisi SSk'lı hastalarda izole PAH (pulmoner arteryel hipertansiyon)'a neden olur. Bunun yanında Ssk'lı hastalarda PAH; interstisyel fibrozise ve kardiak tutuluma sekonder olarak da gelişebilir. Son yıllarda MPV, NLR(nötrofil lenfosit oranı), PLR (platelet lenfsoit oran) oranının sistemik inflamasyonun bir göstergesi olabileceği ve birçok kronik inflamatuvar hastalık, maligniteler ve kardiyovasküler hastalıklarda prognoz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda inflamasyon ile ilişkili olduğu bilinen sistemik skleroza bağlı pulmoner arteriyel basıncın prognoz ve takibinde; pratik, ucuz ve kolay ulaşılabilir test olan NLR, PLR, MPV' nin kullanılabilirliğini göstermeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakultesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, FTR-Romatoloji Polikliniğine başvuran ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre sistemik skleroz tanısı konulmuş, tedavi ve takipleri FTR-Romatoloji Polikliniğinde devam etmekte olan, yaşları 18 ile 65 arasında değişen, toplam 38 hasta alındı. Hastalar Transtorasik EKO'da bakılan sPAB değerlerine göre 2 gruba ayrıldı. sPAB<25 olan 17 hasta grup 1'e, sPAB>=25 olan 21 hasta grup 2'ye alındı. Hastalardan kan alınarak hemogram bakıldı. Hemogramda MPV,NLR ve PLR değerleri kaydedildi. Sonrasında MPV(ortalama platelet hacmi), NLR(nötrofil lenfosit oranı) ve PLR(platelet lenfosit oranı) ile sistolik pulmoner arter basıncı arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildi.

Bulgular: sPAB>= 25mmHg olan grupta NLR değeri 3.21±2.21 iken; sPAB< 25 mmHg olan grupta 1,75±0,65 olarak saptandı ve bu fark anlamlıydı(p=0.013).sPAB>= 25mmHg olan grupta PLR değeri 243.10±213.790 iken; sPAB< 25 mmHg olan grupta 128.90±57.752 olduğu gözlemlendi ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı(p=0.040).Gruplar arası MPV değeri istatistiksel olarak anlamlı değildi.sPABdeğeri ile NLR düzeyi arasında pozitif yonde ve orta düzeyde korelasyon saptandı(r=0.502, p<0.01).CRP düzeyi ile sPAB arasında pozitif yönlü orta düzeyde korelasyon saptandı(r=0,437,p<0.01). PLR ve sPAB arasında korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Sistemik sklerozda NLR ve PLR değerlerinin sPAB'ı yüksek olan grupta anlamlı derece yüksek olduğu ve bu değerlerin sPAB değerini öngörmede ve takibinde dikkate alınması gereken parametreler olabileceği sonucuna vardık.

Anahtar Kelimeler: Ortalama trombosit hacmi, pulmoner arter basıncı, platelet/lenfosit oranı, nötrofil/lenfosit oranı, sistemik skleroz

S-099 Hemşirelerde Fibromiyalji Sendromu Prevalansı

Hatice Merve Gökmen[1], Elif Akalın[2], Hülya Ellidokuz[3], Cemal Arman Öztürk[2]

[1]Eskişehir Şehir Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Eskişehir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelerde fibromiyalji sendromu sıklığını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan 20-60 yaş arası 227 gönüllü hemşire dahil edildi. Hemşirelerin demografik verileri alındıktan sonra her bir hemşireye fibromiyalji sendromu(FMS) tanısı için Amerikan Romatoloji Koleji(ACR) 1990 ve 2013 tanı kriterleri uygulandı. Hassas nokta muayenesi algometre yardımıyla yapıldı. Üç aydan uzun süreli kronik ağrısı olan hemşirelere Fibromiyalji hızlı tarama testi(FIRST) yapıldı. Her bir hemşirenin uyku kalitesini araştırmak için Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) uygulandı.

Bulgular: 227 hemşireden 61'i (% 26.9) 1990 kriterlerine göre, 35'i (% 15.4) 2013 kriterlerine göre FMS tanısı aldı. Üç aydan uzun süredir kronik ağrısı olan 125 hemşireden 57'si (% 45.6) FIRST'e göre FMS tanısı aldı. Bu hemşirelerin çalışmaya alınan tüm hemşirelere oranı %25.1 idi. 24 hemşire (%10,6) her üç kriterden de hastalık tanısı almıştı. FMS tanısı alan hemşirelerin PUKİ skorları, tanı almayan hemşire grubuna göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksekti($p<0,001$). Kriterler arasındaki tutarlılığa bakıldığında 1990 ve 2013 kriterleri arasındaki orta düzey tutarlılık saptandı($p<0,001$) (κ: 0,560). FIRST ve 2013 kriterleri arasında orta düzeyde tutarlılık saptandı(κ: 0,415) ($p=0,001$). 1990 kriterleri ve FIRST arasındaki tutarlılık saptanmadı($p=0,761$) (κ:0,310).

Sonuç: Bu çalışmanın sonucunda hemşirelerde FMS sıklığı normal populasyona göre yüksek saptanmıştır. FMS tanısı alan hemşirelerde, tanı almayanlara kıyasla uyku kalitesi daha kötüdür. Fibromiyalji sendromu prevalansındaki yükseklik hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan uyku bozuklukları ile ilişkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, hemşire, uyku bozukluğu, nöbet

S-100 Psoriatik Artritli Hastalarda Üveit Sıklığı ve Üveitin Klinik Değişkenler Üzerine Etkisi: Çok Merkezli Kesitsel Çalışma

Gizem Cengiz[1],GamzeKılıç[2], Kemal Nas[3], Erkan Kılıç[4], İbrahim Tekeoğlu[3], Betül Sargın[5], Sevtap Acer Kasman[6], Hakan Alkan[7], Nilay Şahin[8], Nihan Cüzdan[9], İlknur Albayrak Gezer[10], Dilek Keskin[11], Cevriye Mülkoğlu[12], Hatice Reşorlu[13],,Ajda Bal[14], Mehmet Tuncay Duruöz[6], Okan Küçükakkaş[15],İsmihan Sunar[16],Ozan Volkan Yurdakul[15], Yıldıray Aydın[3], Fikriye Figen Ayhan[17], Hatice Bodur[18],Mustafa Çalış [19], Erhan Çapkın[20], Gül Devrimsel [21], Sami Hizmetli[22], Ayhan Kamanlı[3], Kevser Gök[23], Yasar Keskin[15], Hilal Kocabaş[24],Öznur Kutluk [25],Meltem Alkan Melikoğlu[26],Nesrin Şen[27], Ömer Faruk Şendur[5], Murat Toprak [28], SenaTolu[15], Tiraje Tuncer[25]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[2]Afyonkarahisar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[4]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[5]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[6]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[7]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli
[8]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[9]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[10]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[11]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[12]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[13]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[14]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
[15]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[16] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[17]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[18]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[19]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[20]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[21]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[22]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[23]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[24]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[25]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[26]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[27]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[28] Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Giriş: Psoriatik artrit (PsA) ciddi eklem hasarı ve fonksiyonel kayıplarla seyreden kronik inflamatuar bir hastalık olup sıklıkla artrit,spondilit,entezit,daktilit,üveit gibi klinik manifestasyonlarla karakterizedir. ÜveitPsA'nınönemli ekstraartiküler bulgularından birisidir.PsA'lı hastalarda üveit sıklığı farklı çalışmalarda%7-16 olarak rapor edilmiştir. Literatürde PsA'lı hastalarda üveitin klinik parametreler üzerine etkisi ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada PsA'lıhastalarda üveit sıklığını değerlendirmek veüveitin fiziksel fonksiyonlar, mental durum, hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi gibi klinik parametreler üzerine olan etkisini araştırmak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya ülkemizden 25 farklımerkezden (üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri) 15 Ocak 2018ile 15 Eylül 2018 tarihleri arasında 18 yaşından büyükPsACASPAR sınıflamakriterlerini karşılayan1130 hasta alındı. Hastalar,hastalık süresi,fiziksel fonksiyon, mental durum, hastalık aktivitesi, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini içeren hastalık spesifik ve genel ölçümler, komorbiditeler yönünden değerlendirildi.Göz hekimi tarafından üveit tanısı konulmuş hastalarda üveit geçirme yaşı veüveit tipi kaydedildi.

Bulgular: PsA tanısı ile izlenen 1130 (%64 Kadın, %35 Erkek)hastanın %6,3'de(n=71, yaş ortalaması 44,75±12,25) üveit tespit edildi.Üveitiolan veüveiti olmayan hasta grupları yaş, cinsiyet, VKİ, ilk şikayetlerin başlangıç yaşı, VAS-ağrı skoru, yorgunluk, PASİ toplam skoru, yaşam kalitesi, fonksiyonel ve psikolojik durum yönünden benzerbulundu(tablo 1). Bununla birlikte üveiti olan hasta grubundaPsA başlangıç yaşı daha erken(p=0,006), tanı gecikme süresi ise daha uzun (p=0.003) olarak saptandı.DMARD kullanım oranı üveti olmayan grupta%53,4, üveiti olan grupta ise%42,4 idi, ancak gruplar arası istatistiksel fark saptanmadı(p=0.067).Ayrıca üveiti olan hasta grubunda biyolojik tedavi kullanımı üveiti olmayanlara göre daha fazlaydı(p<0.0001).

Sonuç: PsA ile ilişkili üveiti olan hastalarda,üveiti olmayanlara göre PsAbaşlangıç yaşıdahaerken olmasına rağmen daha geç tanı almaktadırlar. Özellikle erken yaşta üveitgelişen hastalarda psoriasis, PsA ve sakroiliit birlikte değerlendirdiğindebu gruptaki tanı gecikmesi süresinin kısalacağını öngörmekteyiz.Bu nedenlePsA'lı hastaların değerlendirilmesinde üveit mutlaka göz önünde bulundurulması gereken önemli bir ekstraartiküler tutulumdur.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, üveit, psoriazis

Tablo 1

	PsA/uveit(-) n:1059		PsA/uveit(+) n:71		
	Mean	SD	Mean	SD	p
Hasta yaşı	47,11	12,23	44,75	12,25	0,119
Erkek n(%)	383(36.2)		23(32.4)		0.521
VKI	28,75	5,01	29,46	5,18	0,266
İlk şikayetleri kaç yıl önce başladı	9,25	8,85	11,48	9,15	0,05
PsA başlangıç yaşı	37,84	12,85	33,27	13,20	**0,006**
Tanıgecikmesüresi	2,80	4,49	4,85	5,48	**0,003**
VAS ağrı skoru	4,67	2,65	5,07	2,13	0,138
Hastaglobal değerlendirmesi	4,50	2,54	5,04	2,24	0,053
Doktor global değerlendirmesi	3,90	2,24	4,38	1,97	0,049
Yorgunluk derecesi	4,96	2,86	4,93	2,72	0,92
Hassas Eklem Sayısı	5,70	8,79	5,06	7,03	0,465
Şiş Eklem Sayısı	1,44	3,22	,87	2,27	0,053
DAS28	3,41	1,23	3,34	1,06	0,621
PsAQoL skor	6,83	6,33	6,96	5,86	0,861
HAQ skor	,43	,47	,40	,43	0,582
SF-36 Fiziksel Komponent skoru	56,58	23,53	54,10	22,67	0,376
SF-36 MentalKomponent skoru	55,70	21,90	53,50	20,15	0,38
HAD/Anksiyete skor	6,73	4,21	6,73	4,54	0,997
HAD/Depresyon skor	6,72	4,20	7,04	4,21	0,533
PASI toplam skor	3,01	4,82	2,75	4,23	0,619
DMARD kullanan n(%)	566(53.4)		30(42.4)		0.067
Biyolojik kullanan n(%)	278(26.3)		38(53.5)		**<0.0001**

S-101 Aksiyal Tutulumlu Psoriatik Artrit Hastalarında Cinsiyet Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkili mi?

Kemal Nas[1], Erkan Kiliç[2], İbrahim Tekeoğlu[1], Remzi Çevik[3], Betül Sargin[4], Sevtap Acer Kasman[5], Hakan Alkan[6], Nilay Sahin[7], Gizem Cengiz[8], Nihan Cüzdan[9], İlknur Albayrak Gezer[10], Dilek Keskin[11], Cevriye Mülkoglu[12], Hatice Reşorlu[13], Şebnem Ataman[14], Ajda Bal[15], Mehmet Tuncay Duruöz [5], Okan Küçükakkaş [16], Ozan Volkan Yurdakul[16], Meltem Alkan Melikoğlu[17], Yıldıray Aydın[1], Fikriye Figen Ayhan[18], Hatice Bodur[19], Mustafa Çaliş[20], Erhan Çapkin[21], Gül Devrimsel[22], Kevser Gök[23], Sami Hizmetli[24], Ayhan Kamanlı[1], Yaşar Keskin[16], Hilal Kocabaş[25] Öznur Kutluk[26], Nesrin Şen[27], Ömer Faruk Şendur[4], Murat Toprak[28], SenaTolu[16], Tiraje Tuncer[26]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[2]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[3]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Diyarbakır
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[5]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[6]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Denizli
[7]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[8]SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[9]Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[10]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[11]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[12]Ankara eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[13]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[14]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[15] Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim araştırma Hastanesi, Ankara
[16]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[17]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[18]Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uşak
[19]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[20]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[21]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[24]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[25]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[26]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[27]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[28] Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) kronik bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. PsA'da aksiyal tutulum prevalansı hastalığın süresine göre değişiklik göstermektedir. Hastalığın erken evresindeki görülme sıklığı % 5 ile % 28 arasında değişirken, bu değer hastalığın sonraki aşamalarında % 25-70'e kadar yükselir. PsA'lı hastaların sadece % 2-5'i yalnızca aksiyal tutuluma sahiptir. Literatürde risk faktörleri, erkek ve kadınların yaşam kalitesindeki farklılıklar ve cinsiyete dayalı hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum konusunda sınırlı veri bulunmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada ülkemizde aksiyal tutulumu olan PsA'lı hastalarda, cinsiyet farkının klinik bulgular, hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada TRASD bünyesinde ülkemizin 25 farklı merkezinin (üniversite ve araştırma hastaneleri) katılımıyla bir PsA hasta kohortu oluşturulmuştur. Standardize muayene yöntemleri ve müştereken hazırlanmış formlar ve rutin poliklinik takiplerinden elde edilen klinik veriler kullanılarak 15 Ocak ve 15 Eylül 2018 tarihleri arasında CASPAR sınıflandırma kriterlerine göre PsA tanısı alan hastalar elektronik veri formlarına aktarıldı. (https: //www.trasd). -network.org/project_detail.php?id=1).
Hastaların demografik özellikleri, yorgunluk, tanıda gecikme, periferik artritin başlangıcı, entezit, daktilit ve omurga tutulumu, inflamatuar bel ağrısı, sigara ve alkol kullanımı, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, BASFI, HAQ, HAQ-s, ölçekler VAS ağrısı, anksiyete, depresyon ve hastalık aktivite parametreleri (şiş ve ihale eklemleri, ESH, DAS28, BASDAI) bu kohortta kaydedildi. İstatistiksel analizde, SPSS v.22 programı ile ortalama değerleri karşılaştırmak için Student't testi ve yüzdelerin karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: PsA'lı toplam 1130 hasta (% 36.0 erkek,% 64.0 kadın) çalışmaya dahil edildi. Aksiyal tutulumu olan hastaların 169'u erkek (yaş ort 46 ± 12.29) ve 251'i kadındı (yaş ort 47.4 ± 12.11). VAS-ağrı ($p < 0.001$), VAS-yorgunluk ($p < 0.001$), ESR ($p < 0.001$), DAS28 ($p < 0.001$), BASDAI ($p < 0.001$), PsAQoL ($p < 0.001$), HAQ ($p < 0.001$)), HAQ-S ($p < 0.001$), HAD anksiyete ($p < 0.001$), HAD depresyon ($p < 0.020$), FACIT ($p < 0.001$) ve FIRST ($p < 0.001$) skorları aksiyal tutulumu olan kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede kötü bulundu (Tablo 1). Bununla birlikte, SF-36 fiziksel komponent skoru ($p < 0.001$), SF-36 komponent bileşen skoru ($p < 0.001$) ve PASI skoru ($p < 0.005$), aksiyal tutulumu olan erkek hastalarda kadınlara göre istatistiksel olarak daha kötü idi. Multiple lojistik regresyon analizinde spondilit gelişmesinde risk faktörü olan etkenler değerlendirildi. Emosyonel rol kısıtlanması, SF-36 mental komponent skoru, yorgunluk, cinsiyet, hassas eklem sayısı, sedimantasyon ve HAQ skorunun risk faktörü olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Sonuç: Bu çalışmada, aksiyal PsA'lı hastalarda hastalık yükünün cinsiyete göre anlamlı bir farklılığa sahip olduğu gösterilmiştir. Aksiyal tutulumu olan PsA'lı kadın hastalar, erkek hastalardan daha yüksek hastalık aktivitesi, fiziksel sakatlık, fonksiyonel kısıtlanma ve daha yüksek depresyon ve anksiyete riski taşımaktadır. Ayrıca yorgunluk skorunun, cinsiyetin ve HAQ skorunun risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır. Bu verilere dayanarak yorgunluğun ve cinsiyetin etkisi göz önüne alınarak kadın hastalarda aksiyal PsA'nın klinik takibinde ve daha etkili tedavisi için yeni yaklaşımlara gereksinim olduğunu öngörmekteyiz.

Kaynaklar:
1-Feld J, Chandran V, Haroon N, Inman R,Gladman D. Axial disease in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a critical comparison. Nat Rev Rheumatol. 2018 Jun;14(6):363-371.
2- Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD. Gender difference in disease expression, radiographic damage and disability among patients with psoriatic arthritis. Ann Rheum Dis. 2013 Apr;72(4):578-82.
3- Nas K, Capkin E, Dagli AZ, Cevik R, Kilic E, Kilic G, Karkucak M, Durmus B, Ozgocmen S; Anatolian Group for the Assessment in Rheumatic Diseases (ANGARD). Gender specific differences in patients with psoriatic arthritis. Mod Rheumatol. 2017 Mar;27(2):345-349

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, aksiyal spondilit, cinsiyet, fonksiyonel kapasite, yaşam kalitesi

Tablo1. Aksiyal tutulumlu PsA'lı hastaların hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi

Parametreler		Erkek (n=169)	Kadın (n=251)	p
Spondilit (+)	VAS ağrı skoru	5 2-6	5 4-7	**0.001**
	Yorgunluk derecesi	5 3-6	6 5-8	**<0.001**
	ESH	13 7-23	20 12-33	**<0.001**
	DAS28	2,94±1,1	3,53±1,12	**<0.001**
	BASDAI skor (0-10)	3,91±1,89	4,79±1,94	**<0.001**
	BASMI skor	2 1-4	2 1-3	0.509
	BASFI skor (0-10)	3,5 2,2-5	3,5 2,1-5,1	0.861
	PsAQoL skor	4 0-10	9 4-14	**<0.001**
	HAQ skor	0,3 0-0,6	0,4 0,1-0,8	**0.002**
	HAQ-S skor	0,5 0-1	0,67 0,17-1,33	**<0.001**
	HAQ ortalaması	0,4 0,08-0,81	0,63 0,19-1,08	**<0.001**
	Fiziksel Fonksiyon	68,7±23,54	58,61±25,26	**<0.001**
	Fiziksel Rol Kısıtlanması	75 25-100	25 0-100	**<0.001**
	Vücut Ağrısı	67,5 55-77,5	55 42,5-77,5	**0.001**
	Genel Sağlık	47,72±20,55	40,38±19,72	**<0.001**
	Vitalite	42,07±16,47	34,4±16,68	**<0.001**
	Sosyal Fonksiyonlar	75 50-87,5	62,5 50-75	**0.001**
	Emosyonel rol kısıtlanması	100 0-100	66,67 0-100	**0.002**
	Mental Sağlık	61,47±17,93	55,08±18,75	**0.001**
	SF-36 Fiziksel Komponent skoru	60,09±23,08	49,4±22,53	**<0.001**
	SF-36 Mental Komponent skoru	58,68±21,2	49,83±21,5	**<0.001**
	HADS Anksiyete skor	6,1±4,03	7,84±4,51	**<0.001**
	HADS Depresyon skor	6,27±4,29	7,3±4,52	**0.020**
	FACIT skor	16,96±9,96	22±10,73	**<0.001**
	FIRST skor	1 0-3	4 2-6	**<0.001**
	PASI toplam skor	2,1 0,8-4	1,2 0-3	**0.005**
	VKI	27,87±4,05	30,09±5,63	**<0.001**
	Hastalık süresi	8 3-15	8 4-15	0.446

PsA: psoriatik artrit; BASDAI: Bath AS hastalık aktivite indeksi; PASI: psöriyazis alanı ve şiddeti indeksi; VAS: görsel analog skala; BASMI: Bath AS metroloji indeksi; BASRI: Bath AS radyoloji indeksi; BASFI: Bath AS fonksiyonel indeksi; SF-36: Kısa Form-36; PsAQol: PsA yaşam kalite indeksi; HAQ: sağlık değerlendirme anketi; VKİ: vücut kitle indeksi; DAS28: Hastalık aktivite skoru 28; HADS: hastane anksiyete ve depresyon skoru; FACIT: yorgunluk ölçeği. FIRST:Fibromyalji Tarama Testi .

Tablo 2. Spondilit değişkeni üzerine multiple logistic regression analysis ve bağımsız risk faktörleri.

Değişken	β	SE of β	p	OR	95.0% CI for OR
Sosyal Fonksiyonlar	-0,015	0,012	0,210	0,985	0,962 - 1,009
Emosyonel rol kısıtlanması	-0,025	0,009	**0,003**	0,975	0,958 - 0,992
SF-36 Mental Komponent skoru	0,059	0,028	**0,036**	1,061	1,004 - 1,122
Anksiyete skor	0,056	0,053	0,288	1,058	0,953 - 1,174
FIRST skor	-0,074	0,084	0,380	0,929	0,788 - 1,095
BASMI skor	-0,139	0,076	0,069	0,870	0,750 - 1,011
Yorgunluk	1,364	0,611	**0,026**	3,912	1,181 - 12,955
Cinsiyet	0,649	0,319	**0,042**	1,914	1,024 - 3,578
Hassas Eklem Sayısı	0,044	0,016	**0,005**	1,045	1,013 - 1,078
ESH	0,020	0,009	**0,029**	1,020	1,002 - 1,039
Periferal artrit	0,677	0,377	0,072	1,968	0,940 - 4,118
HAQ-S skor	-0,754	0,239	**0,002**	0,471	0,294 - 0,753
Sabit değişken	0,613	1,216	0,614	1,846	

DAS28: Hastalık aktivite skoru 28; BASMI: Bath AS metroloji indeksi; HAQ: sağlık değerlendirme anketi-Spondiloartropati; FIRST: Fibromyalji Tarama Testi .

S-102 Aksiyel Spondiloartropatili Hastalarda İlaç Tedavisinin Solunum Fonksiyon Testleri ve Kardiyovasküler Uyum Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Kontrollü Bir Çalışma

Esra Mustafa[1], Gürkan Yılmaz[2], Yeşim Kurtaiş Aytür[1], Şebnem Ataman[3], Ayşe Peyman Yalçın[3]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]T.C. Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kütahya
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Aksiyel spondiloartropati; esas olarak aksiyel iskeletin etkilendiği bir grup kronik inflamatuvar romatizmal hastalık için şemsiye bir terimdir. Aksiyel spondiloartropati özellikle erken evrelerde ağrı ve tutukluluğa neden olan sakroiliak eklemlerde ve omurgada aktif inflamasyonun varlığıyla ve spinal mobilitenin ciddi şekilde kısıtlanması ve fonksiyonel bozukluk ile sonuçlanan yeni kemik formasyonu ile karakterizedir. Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)/European League Against Rheumatism (EULAR) önerilerine göre, aksiyel spondiloartropatide ilk basamak tedavi; hasta eğitimi ve egzersiz ile birlikte NSAİİ ilaçları içermektedir. NSAİİ ile ilk basamak tedaviye yanıtsız aksiyel spondiloartropatili hastalarda anti-TNF tedaviler şu an için mevcut olan etkili tek tedavi ajanlarıdır. ASAS önerilerine göre, aksiyel spondiloartropati için sınıflandırma kriterlerini karşılayan ve NSAİİ kullanımına rağmen yüksek hastalık aktivitesi olanlar anti-TNF tedavileri için adaydır. Ankilozan spondilitli hastalar sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında yüksek oranda plöropulmoner tutulum ve akciğer fonksiyon anormallikleri sergiler. Solunum fonksiyon testlerinde %18-57 sıklıkta restriktif tipte kısıtlanma saptanmıştır. Ankilozan spondilitli hastalarda solunum fonksiyon parametrelerinde ve kardiyovasküler uyumda (aerobik kapasite) kısıtlılık olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Bu kısıtlılığın düzeyinin, bazı araştırmalarda, hastalık aktivite parametrelerinin hepsi ile korele olmayabileceği gösterilmiştir. TNF blokerlerinin, hastalık aktivitesini baskılamanın yanı sıra, aktif inflamatuvar spinal hastalığı olan hastaların kardiyovasküler uyum düzeylerini de iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı; aksiyel spondiloartropatili hastalarda, sadece nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç alan grupla karşılaştırmalı olarak, anti-TNF ilaçların solunum fonksiyonları ve kardiyovasküler uyum üzerine etkinliğini incelemektir.

Gereç-Yöntem: ASAS kriterlerine göre aksiyel spondiloartropati tanısı konan, hastalık aktivite düzeyine ile SUT kurallarına göre NSAİİ veya anti-TNF ilaç başlanmış olan, dahil edilme kriterleri karşılayan 45 gönüllü hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik bilgileri kaydedilmiştir. Başlangıçta ve tedavinin 3. ayının sonunda hastaların eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), CRP, Bath Ankilozan Spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAI), fonksiyonel indeksi (BASFI), metrolojik indeksi (BASMI), entezit indeksi (MASES), göğüs ekspansiyonu ölçülerek kaydedilmiştir. Solunum fonksiyon testleri (VC, FVC, FEV1, FEV1/FVC, FEF 50-75, PEF, MVV), tredmilde yapılan kardiyopulmoner egzersiz testi (KPET) ile kardiyovasküler uyum düzeyi (VO2pik) ile test parametreleri (egzersiz testi süresi, MET değeri) kaydedilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen 45 hastanın 28'ine NSAİİ, 17'sine anti-TNF ilaç başlanması uygun görülmüştü. Her iki gruptaki hastaların sosyodemografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Tedavi sonrası her iki grupta da BASDAİ değerlerinde azalma saptanmış, anti-TNF grubunda NSAİİ grubuna göre daha fazla azalma gözlenmiştir ($p<0,01$). Tedavi sonrası anti-TNF grubunda MASES, BASMI, BASFI değerlerinde düşme saptanmıştır ($p=0,005$, $p<0,05$, $p<0,01$), göğüs ekspansiyonunda artış saptanmıştır ($p<0,01$). Solunum fonksiyon testlerinden vital kapasitede (VC), tepe akım hızında (PEF) her iki grupta da tedavi sonrası artış saptanmış olup, gruplar arası farklılık saptanmamıştır. Tedavi sonrası NSAİİ grubunda VO2pik değerinde farklılık görülmezken, anti-TNF grubunda VO2pik' de artış saptanmıştır ($p<0,05$), ancak değişim iki grup arasında istatistiksel anlamlılık düzeyine erişmemiştir.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları aksiyel spondiloartropatili hastalarda anti-TNF ve NSAİ ilaçların bazı solunum fonksiyon testlerinde, sadece anti-TNF ilaçların VO2pik değerinde artış sağladığını ve anti-TNF ilaçların NSAİ ilaç grubuna göre BASFI, BASMI, BASDAİ değerlendirmelerinde daha fazla iyileşmeye yol açtığını göstermektir.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartropati, ilaç tedavisi, kardiyovasküler uyum

S-103 Ankilozan Spondilit Olan Hastalarda Sigara Kullanımı ve Sigara Kullanımı ile İlişkili Faktörler

Gökşen Gökşenoğlu, Derya Buğdaycı

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı ankilozan spondilit tanısı olan hastalarda sigara kullanımını değerlendirmek ve sigara yükü (paket/yıl) ile yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi, spinal mobilite ve demografik veriler arasındaki ilişkiyi araştırmaktı.

Gereç-Yöntem: Polikliniğimize başvuran, Modifiye New-York veya ASAS tanı kriterlerine göre AS tanısı almış toplam 87 hasta (57 E, 30 K) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal gibi demografik verileri ve boy, kilo, vücut kitle indeksi, sigara kullanım öyküsü, sigara yükü (paket/yıl), haftalık çalışma saati kaydedildi. Hastalık aktivitesi BASDAİ ve ASDAS, fonksiyonel durum BASFİ, spinal mobilite BASMİ, yaşam kalitesi ASQoL ile değerlendirildi. Hastalar sigara kullanmayan, bırakmış ve kullanan olarak 3 gruba ayrıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 44,03±10,86 (25-70) yıldı. Hastaların 32'si (36.8%) sigara kullanmıyor, 39'u (44.8%) kullanıyor ve 16'sı (18.4%) bırakmıştı. Sigara kullanmayan grubun hastalık süresi 81,53±52,97 ay, kullananların 101,95±71,69 ay, bırakanların ise 161,31±132,24 aydı. Sigara kullananların sigara yükü 16,62±11,70 paket/yıl iken bırakmış olanların 22,53±19,71 paket/yıldı. Gruplar arasında BASDAI, BASFI, BASMI, ASYK, ASDAS ve VAS skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$). Sigara yükü (paket/yıl) ile yaş, hastalık süresi, ağrı (total) ve BASMI arasında pozitif korelasyon bulundu ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada AS olan hastaların yarısına yakın bir kısmı sigara kullanmaktaydı. İlerleyen yaş ve hastalık süresi, genel ağrı şiddeti ve spinal mobilite artmış sigara yükü ile ilişkili bulundu. AS'li hastalarda sigaranın bırakılması için gerekli uyarılar ve yardımların yapılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, sigara, spinal mobilite, ağrı

S-104 Psöriyatik Artrit Tanılı Hastalarda Polifarmasi Sıklığı, İlişkili Faktörler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Didem Erdem, Halise Hande Gezer, Sevtap Acer Kasman, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızın amacı, psöriyatik artrit (PsA) tanılı hastalarda polifarmasi sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Romatoloji polikliniğinde takipli, CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konulmuş olan hastalar alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiş ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Hastalık aktivitesini değerlendirmede DAPSA (Disease Activity in PSoriatic Arthritis) ve BASDAİ kullanılmıştır. Fiziksel dizabilite değerlendirilmesinde Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) kullanılmıştır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde PSAQoL (Psöriatik Artrit Yaşam Kalitesi Soru Formu) ve kısa form 36 (SF-36) kullanılmıştır. Polifarmasiyi değerlendirmek için hastaların kullanmakta olduğu ilaçlar, ilaç sayısı ve ilaç grupları kaydedilmiştir. İki veya daha fazla sayıda ilaç kullanımı polifarmasi olarak kabul edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analizde ortalama, ortanca, standart sapma, aralık ve yüzde dağılımlarla değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farkı değerlendirmede Ki-kare testi kullanılmıştır. Polifarmasi ile yaş, hastalık süresi, hastalık aktivitesi, fonksiyon, yaşam kalitesi ve komorbid hastalık sayısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Polifarmasi ile ilişkili faktörleri değerlendirmede lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analitik değerlendirmelerde $p<0.05$ anlamlılık sınır değeri olarak alınmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi için SPSS (statistical package for social sciences for Windows 20.0) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 66 PsA tanılı hastanın (22 erkek, 44 kadın) yaş ortalaması 49.74 (SS: 12.36) ve ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 29.37 (SS: 4.70) olarak saptanmıştır. Median hastalık süresi 36 ay (min-max: 3-384), ortalama tanı yaşı 45.68 (SS: 13.04)'dir. Hastaların %77,3'ünde en az bir komorbid hastalık mevcut olup ortalama komorbid hastalık sayısı 1.89 (SS: 1.58)'dir. Hastaların %81,8'inde polifarmasi saptanmıştır. Hastaların kullanmakta olduğu ortalama ilaç sayısı 3.30 (SS: 2.20)'dir. Hastaların %42,4'ü NSAİ ilaç, %54,5'i sentetik DMARD, %12,1'i biyolojik ajan, %10,6'ı kortikosteroid kullanmaktadır.
Polifarmasisi olan hastalarla olmayan hastalar arasında cinsiyet dağılımı açısından fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kullanılan ilaç sayısı ile yaş (rho: 0.585, $p<0.005$), tanı yaşı (rho: 0.454, $p<0.005$), VKİ (rho: 0.380, p: 0.002) ve komorbid hastalık sayısı (rho: 0.608, $p<0.005$) arasında anlamlı korelasyon saptanmışken hastalık süresi, şiş ve hassas eklem sayısı, DAPSA ve BASDAİ skorları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).
Kullanılan ilaç sayısı ile ilişkili faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde hastalık süresi ve komorbid hastalık sayısının polifarmasi üzerine etkisi saptanmamışken, yaş polifarmasi olasılığını anlamlı olarak arttırmaktadır (P: 0.029, OR: 1.096, 95% IC: 1.009-1.191). Kullanılan ilaç sayısı ile HAQ ve PsAQoL skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). İlaç sayısı ile SF-36 alt skorlarından fiziksel fonksiyon (rho: -0.298, p: 0.015) ve genel sağlık (rho: -0.291, p: 0.018) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Psöriyatik artrit tanılı hastalarda polifarmasi sıktır. Polifarmasi hastalık süresi, hastalık aktivitesi ve fiziksel dizabilite ile ilişkili değilken, SF-36'nın fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alt skorları ile ilişkilidir. İleri yaş polifarmasinin prediktörüdür.

Anahtar Kelimeler: Polifarmasi, psöriyatik artrit, yaşam kalitesi

S-105 Psöriasisli Hastalarda Sakroiliit Sıklığı

Mehtap Aykaç Çebiçci[1], Çağlar Karabaş[1], Ali Koç[2]

[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri
[2]T.C.Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kayseri

Amaç: Bu çalışmanın amacı bel ağrısı şikayeti olan psöriasisli hastalarda radyografi ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme ile sakroiliit sıklığını belirlemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Ocak 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji polikliniğinde en az 1 yıldır psöriasis tanısıyla takip edilen, 18-55 yaş arası bel ağrısı şikayeti olan 53 hasta alındı. Hastalar inflamatuar bel ağrısı açısından ASAS (The Assessment of Spondyloarthritis International Society) kriterlerine göre Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanı tarafından sorgulandı. Sakroiliak eklem tutulumunu değerlendirmek için hastalardan anteroposterior pelvis grafisi ve sakroiliak MR istendi.Hastaların sakroiliak grafi ve MR'ları aynı radyolog tarafından değerlendirildi.Sakroiliak grafide eklem tutulumu modifiye New York skorlama metoduna göre değerlendirildi. Erozyonlara bağlı sakroiliak eklem yüzeyindeki düzensizlikler, fokal ve diffüz skleroz, eklem aralığında daralma sakroiliit olarak değerlendirildi. Sakroiliak MR semikoronal oblik planda STIR, T1W, yağ baskılı FSET1W sekanslarda değerlendirildi. STIR sekansında subkondral hiperintensite, T1W sekansında hipointensite kemik iliği ödemi ve enflamasyon olarak, T1W ve STIR sekanslarında subkondral hipointensite fibrozis/skleroz olarak tanımlandı.MR görüntülmede bu bulguları olan hastalarda sakroiliit tanısı konuldu ve sakroiliit sıklığı belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 53 hastanın ortalama yaşı 43,13±10,0 yıl ve hastalık süresi 12,28±10,0 yıl olarak bulundu. Hastaların demografik verileri ve laboratuar değerleri Tablo1'de verilmiştir. 53 hastanın 21'inde inflamatuar bel ağrısı tesbit ettik.(%39,6). Radyografide 15 hastada(%28,3) sakroliiit saptanırken, sakroiliak MR'da 26 hastada(%49,1) sakroiliit saptadık. Hastaların radyografi ve MR verileri Tablo 2'de verilmiştir.Hastalık süresi ile sakroiliit varlığı arasında korelasyon bulunmazken, yüksek CRP(C reaktif protein) düzeyleri ile sakroiliak MR'da sakroiliit varlığı arasında anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç: Psöriasis tanısıyla takip edilen hastalarda özellikle bel ağrısı şikayetinin varlığında sakroiliak eklem tutulumunun sık olduğunu saptadık. Sakroiliak MR görüntüleme ile bu oranın radyografiye oranla belirgin yüksek olduğunu ve sakroiliitin yüksek CRP düzeyleri ile ilişkili olduğunu tesbit ettik. Bel ağrısı şikayeti olan psöriasisli hastalarda CRP yüksekliği mevcutsa sakroiliitin daha sık olduğunu ve hastalarda erken tanı ve tedavi için sakroiliak MR görüntülemenin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Psöriasis, sakroiliit, bel ağrısı

Hastaların demografik özellikleri ve laboratuar değerleri

Yaş (yıl)	43,13+10
Cinsiyet (%)	
Kadın	40(%75,4)
Erkek	13(%24,6)
Hastalık süresi(yıl)	12,28+10
Sedimentasyon	17,15(2,0-79,0)
CRP	10,16(2,8-68,1)

Hastaların radyografi ve sakroiliak MR'da sakroiliit verileri

	Sakroiliit (+)	Sakroiliit(-)
Radyografi(%)	15(%28,3)	38(%71,7)
Sakroiliak MR(%)	26(%49,1)	27(%50,9)

S-106 Psöriyatik Artrit Tanılı Hastaların Çalışma Durumları ve İş Verimliliği ile İlişkili Faktörler

Didem Erdem, Halise Hande Gezer, Sevtap Acer Kasman, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çalışmamızın amacı, psöriyatik artrit (PsA) tanılı hastaların çalışma durumlarının belirlenmesi ve iş verimliliği ile ilişkili faktörlerin araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Romatoloji polikliniğinde takipli, CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konulmuş olan hastalar ardışık olarak alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Hastalık aktivitesini değerlendirmede DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis) ve BASDAİ kullanılmıştır. Fiziksel dizabiliteyi değerlendirmede Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) kullanılmıştır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde PSAQoL (Psöriatik Artrit Yaşam Kalitesi Soru Formu) kullanılmıştır. Depresyon ve anksiyete Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hastaların yorgunluk düzeyi ve sabah tutukluğunun şiddeti Visual Analog Skala (VAS) üzerinden değerlendirilmiştir. İş engelliliğini değerlendirmek için hastalara; çalışıp çalışmadığı, hastalığı nedeniyle işten ayrılma, hastalığı nedeniyle erken emekli olma, hastalığı nedeniyle işini değiştirme olup olmadığı sorulmuştur. Çalışan ve çalışmayan grup arasında yaş, hastalık süresi, hastalık aktivitesi ve fonksiyon açısından fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Çalışan hastalarda iş verimini değerlendirmede İş Verimi ve Faaliyetlerinde Bozulma Anketi: Psöriatik Artrit (WPAI:PsA) kullanılmıştır. WPAI anketi ile absenteeism (işe devamsızlık süresi), presenteeism (işte bozulmuş/azalmış etkinlik) ve genel iş verimliliği kaybı yüzdesi (absenteeism+presenteeism) belirlenmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analiz yapılmıştır. Grupların ortalamalarını karşılaştırmak için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İş verimliliği ile hastalık aktivitesi, fonksiyon, yaşam kalitesi, yorgunluk, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Tüm analitik değerlendirmelerde $p<0.05$ anlamlılık sınır değeri olarak alınmıştır. Çalışmanın istatiksel analizi için SPSS (Statistical package for social sciences for Windows 20.0) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 60 PsA tanılı hastanın (22 erkek, 38 kadın) yaş ortalaması 48.13 (SS: 11.53) olarak saptanmıştır. Median hastalık süresi 36 (min-max: 3-384) ay, ortalama tanı yaşı 44.73 (SS. 12.71)'dir. Hastaların % 63.33'i çalışmıyor olarak saptanmıştır. Çalışmayan hastaların %57.89'nun ev hanımı, %23.68'inin emekli ve tüm hastaların %11.66'nın işsiz olduğu belirlenmiştir. Hastalığı nedeniyle erken emekli olan hasta saptanmamıştır. Hastaların %3.3'ü hastalığı nedeniyle işten ayrıldığını, %6.7'i hastalığı nedeniyle iş değiştirdiğini, %10'u hastalığı nedeniyle çalışma saatinin azaldığını bildirmiştir. Çalışan ve çalışmayan grup arasında hastalık süresi, DAPSA, BASDAİ ve HAQ skorları açısından anlamlı fark saptanmamışken ($p>0.05$), çalışmayan grubun yaş ortalaması daha yüksektir ($p<0.005$). Çalışan hastaların %63.3'ünde absenteeism görülmemiştir. Ortalama presenteeism yüzdesi 36 (SS: 30.79), ortalama iş verimliliği kaybı yüzdesi 41 (SS: 34.06) olarak saptanmıştır. WPAI: PsA alt skorları ile yaş, hastalık tanı yaşı, hastalık süresi, DAPSA skorları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Presenteeism ve iş verimliliğinin kaybı ile sırasıyla yorgunluk (rho:0.639, p:0.001; rho:0.607, p:0.003), sabah tutukluğunun şiddeti (rho:0.424, p:0.049; rho:0.484, p:0.023), HAQ skoru (rho:0.532, p:0.011; rho:0.551, p:0.008), PsAQoL skoru (rho:0.481, p:0.023; rho:0.510, p:0.015), HAD depresyon (rho:0.650, p:0.001; rho:0.634, p:0.002) ve HAD anksiyete ölçeği (rho:0.486, p:0.022; rho:0.527, p:0.012) arasında istatistiksel olarak anlamlı orta korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Psöriyatik artrit hastalarda iş verimliliğinin azalmasına neden olabilmektedir. İş etkilenmesinin derecesi yorgunluk, sabah tutukluğu, fiziksel dizabilite, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Çalışmanın hasta popülasyonunda işsizlik oranı %11.66'dır. Bu bir ön çalışmadır ve daha geniş hasta popülasyonunda iş verimliliğinin değerlendirilmesi amacıyla devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş engelliliği, iş verimliliği, psöriyatik artrit

S-107 Ankilozan Spondilitli Hastalarda Nöropatik Ağrı; Hastalık Aktivitesi, Yorgunluk, Yaşam ve Uyku Kalitesi ile İlişkisi

İbrahim Uludoğan

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) yetişkin yaş grubu kronik bel ağrısının en önemli nedenlerinden biri olup, istirahat ile agreve olan, hareketle azalan enflamatuar nitelikte nosiseptif bel ağrısı ile karakterize romatolojik bir hastalıktır. Nöropatik ağrı (NA), nosiseptif ağrıdan farklı olarak ağrıyı ileten yolaklarda meydana gelen patolojik değişiklikler sonucu oluşur. Bunun sonucunda gelişen hassasiyete bağlı olarak oluşan yanıcı, batıcı, zonklayıcı ve karıncalanma-uyuşma hissi şeklinde özellikleri taşır. Son zamanlarda nosiseptif ağrıda nöropatik bir bileşeninin de rol aldığı ortaya konmuştur. Kronik bel ağrısının sebeplerinden birisi olan AS tanılı hastalarda nöropatik ağrı varlığını, nöropatik ağrının hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite, yorgunluk, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Hastanemiz Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran, AS tanılı olup kronik bel ağrısı mevcut olan, 18-64 yaş arası 58 hasta çalışmaya dahil edildi. PainDETECT skoruna göre hastalar nöropatik ağrısı olan ve nöropatik ağrısı olmayan grup olarak ikiye ayrıldı. Sonrasında iki grup arasında sosyo-demografik özellikler, hastalık süresi ve aktivitesi, uyku kalitesi, yorgunluk ve yaşam kalitesi açısından kıyaslama yapıldı.

Bulgular: 58 kişilik hasta grubundan 18 hastanın painDETECT skoru 13 ve üzeri idi. Nöropatik ağrısı olan grup ile olmayan grubun BASDAİ, ASDASCRP, BASFİ, MAF, PUKİ puanları karşılaştırmasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Yaş ve hastalık süresi iki grup arasında anlamlı farklı idi. Tüm hasta grubu incelendiğinde hastalık aktivitesi,yaşam kalitesi, yorgunluk, uyku kalitesinin birbirleri ile korele olduğu görüldü.

Sonuç: AS' de kronik ağrıda enflamatuar nitelikte nosiseptif ağrı yanında nöropatik ağrı da olduğu literatür ile uyumlu bulundu. Nöropatik ağrının hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, yorgunluk ve hastanın fonksiyonel duruma olan etkisi kanıtlanamadı. Çalışmamızın daha detaylı olarak planlanmış ve daha fazla hasta sayısı ile ele alınacak çalışmalara ışık tutacağı kanısındayız

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, nöropatik ağrı, yaşam kalitesi, yorgunluk, uyku kalitesi

S-108 Lomber Disk Hernili Adolesanlarda Klinik ve Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları

Duygu Çubukçu

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir

Amaç: Yetişkin lomber diskopatiyle ile ilgili bilgiler klinisyenlerce çok iyi bilinmesine karşın adelosan lomber diskopati farkındalığı azdır. Bu nedenden dolayı adelosan lomber diskopatili olgularımızın risk faktörlerini, klinik ve MRG bulgularını araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine Ocak 2017 -Aralık 2018 tarihleri arasında bel ağrısı yakınması ile başvuran ve LDH tanısı alan 25 adolesan (11-18 yaş) olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların sistem değerlendirmesi ve laboratuar testleri normaldi. Hastaların yaş, boy ve kiloları kaydedildi. Vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Tüm olguların olası risk faktörleri, başvuru sırasındaki şikayetleri, semptomların süresi, fizik muayene bulguları, paravertebral kas spazmı, görsel analog skala (GAS) kullanarak ölçülen ağrı düzeyleri, femur ve siyatik sinirler için gerilme testleri, motor, duyu ve refleks muayenesi bulguları kaydedildi. Olguların manyetik rezonans görüntülerindeki lomber disk herniasyon tipleri, düzeyleri ve herniasyonların yönelimleri tespit edildi. Disk herniasyon tipleri bulging, protrüzyon, ekstrüzyon ve sekestrasyon; herniasyon yönleri santral ve lateral olarak gruplandı. Çalışmanın istatistiksel analizleri için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı.

Bulgular: 17 kız, 8 erkek olgu değerlendirmeye alındı. Olguların yaş ortalaması 15.92±1.68 (11-18 yaş) VKİ ortalaması 23.56± 1.93 (19,50-27,50) idi. Ailede birinci derece yakınlarında %52,0 oranında lomber disk hernisi izlendi. Olguların 5 tanesinde spor yaralanması, 4'ünde ağır yük kaldırma hikayesi, 7'sinde fiziksel travma mevcuttu. Hastaların hepsinde bel ağrısı şikayeti varken, yayılan siyatik ağrının eşlik ettiği bel ağrısı 5 vakada vardı. Bel görsel analog skala (GAS) ortalaması 7,3±1.03; semptom süresi 7.96 ay ±3.32 (1-12 ay) idi. Fizik muayenede; 16 olguda paravertebral kas spazmı, 5 olguda skolyoz, 6 olguda hipermobilite, 14 olguda hamstring kas gerginliği,11 olguda pozitif düz bacak kaldırma testi, 6 olguda femoral germe testi, 4 olguda hipoestezi, 1 olguda azalmış aşil refleks ve motor defisit saptandı. Olguların manyetik rezonans görüntüleri incelendiğinde olguların %32 (n=8) bulging, % 64'ünde (n=16) protrüzyon % 4'ünde (n=1) ekstrüzyon mevcuttu. 11 (% 44) olguda L5-S1, 7 (%24) olguda L4-5, 1 (% 4) olguda L1-2, insidansın çok daha yüksek olduğu yetişkin nüfusun aksine, sadece 5 (% 20) olguda iki ardışık seviyede (L4-5 ve L5-S1) disk herniasyonu izlendi. Protrüzyon görülen olguların % 64'ünde santral protrüzyon, %32'inde lateral protrüzyon vardı. 1 olguda L5-S1 disk herniasyonu ile birlikte grade 1 anterolistezis mevcuttu. Motor defisit olan bir olgu beyin cerrahisi bölümüne yönlendirildi, diğer olgular konservatif yöntemler ile tedavi edildi.

Sonuç: Lomber disk herniasyonunun adolesan çağında da gözlenebileceği unutulmamalıdır. Belirtiler ve semptomlar bu yaş grubunda atipiktir ve genelde yayılan bacak ağrısına veya nörolojik defisit belirtilerine neden olamaz. Bu farklılıklar; adolesanlarda tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Lomber disk hernisi, adolesan, manyetik rezonans görüntüleme

S-109 Psöriatik Artrit Tanılı Hastalarda Komorbiditeler İle Demografik, Klinik ve Fonksiyonel Özellikler Arasındaki İlişki

Didem Erdem[1], Kemal Nas[2], Nilay Şahin[3], Halise Hande Gezer[1], Mehmet Tuncay Duruöz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sakarya
[3]Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir

Amaç: Çalışmamızın amacı, Psöriatik Artrit (PsA) tanılı hastalarda komorbiditeler ile demografik, klinik ve fonksiyonel özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı konulmuş olan hastalar alınmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik bilgileri ile komorbid durumları sorgulanmıştır. Fiziksel dizabilite değerlendirilmesinde Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde PSAQoL (Psöriatik Artrit Yaşam Kalitesi Soru Formu) kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analizde ortalama, ortanca, standart sapma, aralık ve yüzde dağılımlar değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklar Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Grupların ortalamalarını karşılaştırmak için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Hastalarda komorbid durumların sıklığı araştırılmış ve komorbidite sayısı ile HAQ ve PsAQoL arasındaki ilişkiyi değerlendirmede Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi (VKİ)'nin komorbidite üzerine etkilerini belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analitik değerlendirmelerde $p<0.05$ anlamlılık sınır değeri olarak alınmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi için SPSS (statistical package for social sciences for Windows 20.0) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 131 PsA tanılı hastanın (91 kadın, 40 erkek) yaş ortalaması 48.37 (SS: 12.25)'dir. Hastaların ortalama tanı yaşı 42.13 (SS: 14.28), ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 29.37 (SS: 5.43) olarak saptanmıştır. Hastaların %26,9'u sigara içmektedir. Hastaların %77,9'unda en az bir komorbid durum varlığı saptanmış olup, ortalama komorbid hastalık sayısı 2.49 (SS: 2.22)'dir. En sık komorbid hastalıklar gastrit/peptik ülser (%28,2), hipertansiyon (%26), anemi (%22,9), migren/baş ağrısı (%22,1), psikiyatrik hastalıklardır (%21,4). Diyabet hastaların %17,2'inde, hiperlipidemi %18,8'inde, hipotiroidi %17,6'ında, karaciğer hastalıkları %17,7'inde, astım %13'ünde, nefrolitiazis %9,2'inde, koroner arter hastalığı %8,6'ında ve osteoporoz %6,3'ünde saptanmıştır. Tüberküloz 1 hastada, kanser 2 hastada ve hepatit B/C 3 hastada saptanmıştır. Üveit ve inflamatuvar barsak hastalığı hastaların %5,5'inde saptanmıştır. Komorbid durumlar PsA tanılı kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak daha fazla saptanmışken ($p<0.005$), ailede öyküsü varlığı ve sigara içme durumuna göre gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Komorbid hastalığı olan grupta olmayanlara göre ortalama yaş (p: 0.039) ve VKİ (p: 0.029) anlamlı olarak daha yüksek saptanmışken, tanı yaşı ve hastalık süresi açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Eşlik eden hastalık sayısı ile yaş (rho: 0.253, p: 0.004) ve vücut kitle indeksi (rho: 0.297, p: 0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf korelasyon bulunmuşken, hastalık süresi ile korelasyon saptanmamıştır ($p>0.05$). Lojistik regresyon analizine göre yaş ve VKİ'nin komorbidite üzerine etkisi saptanmamışken, kadın cinsiyet komorbidite olasılığını anlamlı olarak arttırmaktadır (p: 0.001, OR: 5.028, 95% IC: 1.993-12.689). Komorbid hastalık sayısı ile HAQ (rho: 0.415, $p<0.005$) ve PsAQoL (rho: 0.488, $p<0.005$) skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: PsA'da en sık gastrik şikâyetler, hipertansiyon, anemi ve migren komorbid hastalık olarak saptanmıştır. Yaş, VKİ ve kadın cinsiyet, komorbid hastalık sayısı ile koreledir. PsA'da fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi komorbid hastalık sayısı ile anlamlı oranda azalmaktadır. Erken sonuçlarını değerlendirdiğimiz çalışmamız devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Komorbidite, psöriatik artrit, yaşam kalitesi

S-110 Biyolojik DMARD Kullanan ve Kullanmayan Aksiyel Spondiloartritli Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ve Klinik Özellikler İle İlişkisi

Tuba Güler

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Aksiyel Spondiloartrit (aks SpA), sakroiliak eklemler ve omurgada inflamasyona yol açarak yeni kemik oluşumu ve ankiloza neden olabilen bir grup inflamatuar hastalığı kapsamaktadır. Bu hastalardaki inflamatuar ağrı, fonkiyonel yetersizlik, kötü yaşam kalitesi hastalardaki artmış depresyon ve anksiyeteye zemin oluşturmaktadır. Biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD)'la hastalık aktivitesinde azalma, fonksiyonda ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanabilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız biyolojik DMARD kullanan ve kullanmayan hastalarda depresyon ve anksiyete görülme sıklığını araştırmak ve hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Aksiyel Spondiloartrit Sınıflama Kriterleri (ASAS)'ne göre aks SpA tanısı alan biyolojik DMARD kullanan 20 hasta (11 Kadın, 9 Erkek; ortalama yaş 47,6±12,1), steroid olmayan anti-inflamatuar ilaç (NSAİİ)kullanan 30 hasta (14 kadın, 16 erkek; ortalama yaş 41,5±13,8) çalışmaya alındı. Hastalarda hastalık aktivitesi Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS) ile; fonksiyonel durum Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI); yaşam kalitesi kısa-form SF 12 ile; depresyon Beck Depresyon Ölçeği ile; anksiyeteleri Beck Anksiyete Ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Biyolojik DMARD kullanan ve kullanmayan hastalarda depresyon sıklığı sırasıyla %45, %50 (p:0,71); anksiyete sıklığı sırasıyla %60,%40 (p: 0,69) izlendi. Hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi değerlendirmesinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. İki grupta anksiyete ve depresyon hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum ile ilişkili bulundu.

Sonuç: Biyolojik DMARD kullanan ve kullanmayan aks SpA'lı hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığı açısından fark gözlenmemiştir. Bu durum iki grup arasında hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, yaşam kalitesinde farklılık olmaması nedeniyle olabilir. Çalışmamızda aks SpA'lı hastalarda kullanılan tedaviden bağımsız olarak depresyon ve anksiyete hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve fonksiyon ile ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartrit, anksiyete, biyolojik tedavi, depresyon

Tablo 1.Biyolojik DMARD kullanan ve kullanmayan hastaların klinik özellikleri, depresyon ve anksiyete sıklığı

	Biyolojik tedavi kullananlar	Biyolojik tedavi kullanmayanlar	p
Yaş	47,6±12,1	41,5±13,8	0,09
Cinsiyet	K 11 E 9	K 14 E 16	0,387
VKİ	30,4±6,4	26,7±6,5	0,02
Hastalık süresi	9,9±7,4	6,9±6,4	0,07
Komorbid hastalıklar var %	%35	%20	0,19
BASFI	2,7±2,5	3,4±2,6	0,26
ASDAS	3,7±2,1	3,5±1,2	0,78
CRP	8,1±10,07	11,6±25,6	0,53
SF-12	38,8±9	36,4±10,2	0,41
Beck anksiyete ölçeği	9,4±5,09	11,2±7,4	0,6
Beck depresyon ölçeği	9,25±6,7	12,06±9,6	0,29
Anksiyetesi olan hasta (%)	60	40	0,69
Depresyonu olan hasta (%)	45	50	0,71

VKİ: Vücut kitle indeksi BASFI:Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi ASDAS:Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru SF 12: Kısa form-12 Sağlık Ölçeği

S-111 Kronik Ürtikerde Anti-dsDNA Antikoru Varlığı ile Romatizmal Hastalık ve Otoimmünite İlişkisi

Kemal Erol[1], Ragıp Ertaş[2]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Kayseri
[2]Kayseri Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Kayseri

Amaç: Kronik ürtiker kaşıntı ve kabarıklıkla seyreden, hastaların %40-60'ının etyolojisinde otoimmünite bulunan zorlayıcı bir hastalıktır. Çalışmamızın amacı etyolojideki otoimmünitede ANA ilişkisi tespit edilen kronik ürtikerde anti-dsDNA antikoru ilişkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Kronik ürtiker polikliniğinde takip edilen hastaların sosyodemografik ve klinik verileri kaydedildi. Anti dsDNA antikoru istendi (ELISA yöntemi ile titresi >25 olanlar pozitif kabul edildi). Klinik ve laboratuvar verilerle anti-dsDNA ilişkisi uygun istatistiksel yöntemlerle karşılaştırıldı. Anti-dsDNA (+) olan hastalar, hastaların kliniğine kör bir romatolog tarafından (KE) değerlendirildi.

Bulgular: Hastanemiz kronik ürtiker polikliniğine başvuran 127'si kadın (%79.9) 159 hasta ardısıra çalışmaya alındı. Hastaların 35 'inde (%22) anti-dsDNA antikoru pozitifti. Pozitif olanların ortanca değeri 36 (IQR: 28.38-65) (normal değer<25) idi. Ürtikeryal döküntü olmaksızın saf anjioödem olan 2 hasta vardı, 1'inde anti dsDNA pozitifti. ANA boyanma paternleri ile anti-dsDNA pozitifliğinin ilişkisi yoktu (p>0.05). Hipertansiyon, diyabet, astım ve hipotiroidi varlığı ile anti-dsDNA pozitifliği ilişkili değildi (p>0.05). İlaç alerjisi mevcudiyeti ve atopi varlığı ile de ilişkisi yoktu (p: 0.526 ve 0.985 sırası ile). Anti-dsDNA (+) hastalarda romatolojik değerlendirme sonucunda 1 hastada Sjögren Sendromu, 1 hastada Romatoid Artrit, 4 hastada da farklılaşmamış bağ doku hastalığı tespit edildi. Anti dsDNA (-) olanlarla romatolojik hastalık bulunması açısından fark yoktu.

Sonuç: Kronik ürtikerde anti-dsDNA pozitifliği artmıştır, bu artış ANA varlığı ile de ilişkilidir. Ancak bu artış düşük titrededir ve romatizmal hastalıklar ile ilişkili değildir. Kronik Ürtikerde anti-dsDNA pozitifliği patogenezdeki otoimmünite ile ilişkili gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Otoimmünite, anti-dsDNA, kronik ürtiker

Tablo 1. Anti dsDNA ile Klinik Verilerin Karşılaştırılması-1

	Anti dsDNA (+)ve; n (%)	P değeri
KÜ / KÜ+FÜ (n:74/85)	17 (%23) / 18 (%21)	0.579
Kadın / Erkek (n:127/32)	25/10	0.158
ANA (+) olanlar (n:62)	21 (%29)	0.004
Sigara kullanan (n: 39)	7 (%17.9)	0.438
Aile Öyküsü olanlar / olmayanlar (n:28/129)	7/28	0.124

KÜ: Kronik ürtiker; FÜ: Fiziksel ürtiker; ANA: anti nukleer antikor

Tablo 2. Anti dsDNA ile Klinik Verilerin Karşılaştırılması-2

	Anti-dsDNA (-)	Anti-dsDNA (+)	p değeri
Yaş; ortalama (ss)	38.4 (14.6)	44.89 (15.3)	0.011
Hastalık başlangıç yaşı; ortalama (ss)	33 (14.9)	37 (15.6)	0.052
Hastalık süresi; ay; ortanca	33	36	0.795
CRP değeri mg/l; ortanca	3.28	3.3	0.663
IgE; ortanca	91.5	88.9	0.904

S-112 Omuz Ağrılı Hastalarda Nöropatik Ağrı Varlığının Tedavi Sonuçlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Merve Efe Durmuş, Mehtap Aykaç Çebiçci, Çağlar Karabaş

T. C. Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri

Amaç: Omuz ağrısı %2,5 görülme sıklığı ile üçüncü en yaygın kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Omuz ağrılı hastaların bir kısmında geçmeyen,inatçı omuz ağrısı görülmektedir. Literatürde santral sensitizasyonun omuz ağrılı bazı hastalardaki inatçı ağrılarda rol oynadığını savunan yayınlar bulunmaktadır.Çalışmamız omuz ağrılı hastalarda nöropatik ağrı varlığını saptamak ve bunun tedavi etkinliği ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışma için Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon(FTR) polikliniğine başvuran fizik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme sonucunda impingement tanısı alıp FTR programı (Hotpack 20'; TENS (100hz/konv)20, terapötik ultrason 7' 1,5watt/cm2, egzersiz) düzenlenen hastalar değerlendirildi.Son 3 ay içinde omuz eklemine steroid,PRP enjeksiyonu yapılanlar, omuz cerrahisi geçirenler,servikal disk hastalığı olanlar, üst ekstremitede tuzak nöropatisi olanlar, nöropatik ağrı tedavisi, antidepresan kullananlar çalışmaya dahil edilmedi.18-75 yaş arası,son 3 aydır omuz ağrısı olup impingement tanısı alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 hasta çalışmaya alındı. Hastalar FTR tedavi programı öncesinde Pain Detect anketine göre nöropatik ağrısı (NA) olanlar (n=25)ve NA olmayanlar(n=25) olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastalara hiperaljeziyi değerlendirmek için; etkilenen omuz, etkilenmeyen omuz ve etkilenmeyen taraf tibialis anterior bölgesinden algometre ile basınç-ağrı eşiklerinin (PPT) ölçümü yapıldı. Her iki gruba FTR programı öncesinde ve bitiminde Visual analog scale (VAS), Eklem Hareket Açıklığı Ölçümü,kısa form Mc Gill ağrı anketi, Quick DASH, Constant ve Hasta global tedavi değerlendirme anketleri ile SF 36 genel yaşam kalitesi anketi uygulandı

Bulgular: Her iki grupta VAS, kısa form Mc Gill ağrı anketi,Constant ve Quick-DASH skorlarında tedavi sonrası anlamlı iyileşme görüldü ($p<0.001$;Tablo 1). Gruplar arası karşılaştırmada ise NA olmayan gruptaki iyileşme NA olan gruptan istatistiksel olarak anlamlı fazlaydı ($p<0.005$;Tablo 2). SF - 36 sonuçlarına baktığımızda; ağrı alt grubu hariç diğer alt gruplarda nöropatik ağrı olmayan omuz ağrılı hastalarda düzelme saptanmıştır. Nöropatik ağrı olan omuz ağrılı hastalarda ise SF- 36'nın hiç bir parametresinde iyileşme saptanmamıştır($p>0.05$;Tablo 3)Nöropatik ağrısı olan ve olmayan her iki grupta gruplar arası algometre değerleri karşılaştırıldığında; tüm bölgelerde istatistiksel açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$)

Sonuç: Omuz ağrılı hastalarda nöropatik ağrı varlığında FTR tedavi programına cevabın nöropatik ağrısı olmayan hastalara göre daha az olduğunu saptadık. Bu nedenle omuz ağrılı hastaların tedavi programları düzenlenirken nöropatik ağrı varlığının değerlendirilmesinin önemli olduğunu ve tedavi sonuçları üzerine etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Nöropatik ağrı, omuz ağrısı, yaşam kalitesi

Grupların kısa form Mc Gill ağrı anketi, Constant Skoru ve Q-DASH skorları

	NA+ TÖ mean ± SD	NA+ TS mean ± SD	p*	NA- TÖ mean ± SD	NA- TS mean ± SD	p*
MG-DB	19,76 ± 5,30	15,56 ±5,95	p<0,001	14,52 ± 4,42	7,0 ± 3,73	p<0,001
MG-AB	5,04 ± 1,98	15,56 ±5,95	p<0,001	3,76 ± 2,14	1,68 ± 1,28	p<0,001
MG-TAB	24,80 ± 6,60	19,40 ± 7,51	p<0,001	17,84 ± 6,75	8,64 ± 4,55	p<0,001
Anketin yapıldığı anda hissedilen ağrı	7,28 ± 0,73	6,08 ± 1,52	p<0,001	6,92 ±1,22	3,24 ± 1,45	p<0,001
Toplam ağrı şiddeti	3,28 ± 0,61	2,68 ± 0,69	p<0,001	3,00 ± 0,70	1,56 ± 0,58	p<0,001
Constant Skoru	45,32± 12,63	51,04± 12,22	p< 0,002	52,88± 13,02	65,64 ±12,5	p<0,001
Q-DASH Anketi	66,78± 11,14	60,76± 12,31	p<0,001	55,67± 14,79	38,25 ± 17,0	p<0,001

** İstatistiksel analizler Paired t testine göre yapılmıştır, NA: Nöropatik Ağrı, n:hasta sayısı DB: duyusal boyut AB: Affektif Boyut TAB: toplam Ağrı Boyutu*

Gruplar arası kısa form Mc Gill ağrı anketi, Constant Skoru ve Q-DASH skorlarının karşılaştırılması

		TÖ	TS	FARK	p
MG-DB	NA +	19,76 ± 5,30	15,56 ±5,95	4,2 ± 4,47	p =0,008
MG-DB	NA -	14,52 ± 4,42	7,0 ± 3,73	7,52 ± 4,03	p =0,008
MG-AB	NA +	5,04 ± 1,98	5,04 ± 1,98	1,12 ± 1,26	p = 0,018
MG-AB	NA -	3,76 ± 2,14	3,76 ± 2,14	2,08 ± 1,49	p = 0,018
MG-TAB	NA +	24,80 ± 6,60	19,40 ± 7,51	5,40 ± 5,44	p = 0,022
MG-TAB	NA -	17,84 ± 6,75	8,64 ± 4,55	9,20 ± 5,89	p = 0,022
Anketin yapıldığı anda hissedilen ağrı	NA +	7,28 ± 0,73	6,08 ± 1,52	1,20 ± 1,19	p<0,001
Anketin yapıldığı anda hissedilen ağrı	NA -	6,92 ±1,22	3,24 ± 1,45	3,60 ± 1,40	p<0,001
Toplam ağrı şiddeti	NA +	3,28 ± 0,61	2,68 ± 0,69	0,60 ± 0,57	p<0,001
Toplam ağrı şiddeti	NA -	3,00 ± 0,70	1,56 ± 0,58	1,44 ± 0,58	p<0,001
Constant Skoru	NA +	45,32± 12,63	51,04± 12,22	-5,72 ± 8,4	p<0,005
Constant Skoru	NA -	52,88± 13,02	65,64 ±12,5	-12,76 ± 7,93	p<0,005
Q-DASH Anketi	NA +	66,78± 11,14	60,76± 12,31	6,02 ± 8,10	p<0,001
Q-DASH Anketi	NA -	55,67± 14,79	38,25 ± 17,0	17,42 ± 9,10	p<0,001

İstatistiksel analizler Student - T testine göre yapılmıştır, NA: Nöropatik Ağrı, n:hasta sayısı GS: Genel Sağlık FF: Fiziksel Fonksiyon FRG: Fiziksel rol güçlüğü ERG: emosyonel rol güçlüğü SF: Sosyal Fonksiyon MS: Mental Sağlık

S-113 Subakromial Sıkışma Sendromu Olan Hastalarda Düşük Yoğunluklu Lazer Tedavisi ve Ultrason Tedavisinin Etkileri: Randomize Kontrollü Pilot Çalışma

Ekin İlke Şen, Nalan Çapan, Sina Arman, Naran Tseveendorj, Elçim Yılmaz, Dilşad Sindel, Aydan Oral

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

Amaç: Bu çalışmada subakromiyal sıkışma sendromlu hastalarda düşük enerjili lazer ve ultrason tedavilerinin ağrı ve fonksiyonel durum üzerindeki etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Aralık 2017-Ekim 2018 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda değerlendirilerek klinik olarak tanı konulmuş subakromial sıkışma sendromu olan, çalışma kriterlerine uyan, 48 hasta üç gruba randomize edildi. Birinci gruba düşük yoğunluklu lazer; ikinci gruba ultrason 1 MHz, 1,5 W/cm^2 ile kontinue olarak uygulandı; üçüncü grup kontrol grubu olarak belirlendi. Tüm hastalara soğuk uygulama ve ev egzersiz programı (ROM, germe, skapular stabilizör kasları güçlendirme egzersizleri) verildi. Lazer ve ultrason tedavileri haftada beş gün toplam üç hafta 15 seans olacak şekilde uygulandı. Hastaların demografik bilgileri, semptom süresi ve medikal tedavileri kaydedildi. Tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ay ve 3. ay takiplerde vizüel analog skala (VAS) ile istirahat, aktivite, gece ağrısı; Omuz Ağrı ve Disabilite ölçeği (OADÖ) ile ağrı ve disabilite değerlendirmesi yapıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı. Bağımlı değişkenlerin (grup-içi) karşılaştırmasında Wilcoxon signed rank testi, bağımsız grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, anlamlılık saptandığı durumlarda post hoc analiz olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: İstatistiksel analize dahil edilen toplam 44 hastanın (lazer grubu, n=15; ultrason grubu, n=15; kontrol grubu, n=14) yaş ortalaması 53,1 ± 11,2 yıl, %68,2'si kadın olarak saptandı. Ortalama semptom süresi 14,3 ± 30,1 ay idi. Lazer, ultrason ve kontrol grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1. ay ve 3. ay OADÖ ile değerlendirilen ağrıda anlamlı azalma saptandı ($p<0,05$). Lazer ve ultrason gruplarında kontrol grubuna göre OADÖ ile değerlendirilen ağrıda tedavi öncesine göre 1. ayda anlamlı azalma saptandı, ancak tedavi öncesine göre 3. ay takiplerde ise anlamlı farklılık izlenmedi. Lazer, ultrason ve kontrol grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1. ay ve 3. ay OADÖ ile değerlendirilen disabilitede anlamlı azalma saptandı ($p<0,05$). Gruplar arasında 1. ay ve 3. ay takiplerde OADÖ ile değerlendirilen disabilite açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Lazer ve ultrason grubunda tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1. ay ve 3. ay istirahat ağrısında anlamlı azalma saptanırken, kontrol grubunda anlamlı değişiklik mevcut değildi. Her üç grupta tedavi öncesine göre tedavi sonrası 1. ay ve 3. ay takiplerde aktivite ağrısı ve gece ağrısında anlamlı azalma saptandı ($p<0,05$). Lazer ve ultrason grubunda kontrol grubuna göre tedavi sonrası 1. ay takipte aktivite ağrısında anlamlı azalma saptanırken, 3. ay takipte gruplar arasında aktivite ağrısı açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Gruplar arasında 1. ay ve 3. ay takiplerde istirahat ağrısı ve gece ağrısı açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları değerlendirildiğinde subakromiyal sıkışma sendromlu hastalarda düşük yoğunluklu lazer ve ultrason tedavisinin ağrı üzerinde erken dönemde etkili olduğu, fonksiyonel aktivite üzerinde ultrason ve lazer tedavilerinin ev egzersiz programına benzer etkileri olduğu saptanmıştır. Daha fazla hasta sayısı ile yapılacak çalışmalarda saptanacak sonuçlar tedavi protokollerinin belirlenmesinde ve klinik pratik kullanımda yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, egzersiz, lazer, subakromial sıkışma sendromu, ultrason

S-114 Efficacy of Fluoroscopy-Guided Triple Shoulder Injection For Older Patients with Nonspecific Shoulder Pai

İsa Cüce[1], Savaş Şencan[2], Fatmagül Ülkü Demir[3], Ali Koç[4], Mustafa Çalış[5]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Adiyaman University Training and Research Hospital, Adiyaman, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Pain Medicine, Faculty of Medicine, Marmara University, Istanbul, Turkey
[3]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kayseri City Hospital, Kayseri, Turkey
[4]Department of Radiology, Kayseri City Hospital, Kayseri, Turkey
[5]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Pain Medicine, Faculty of Medicine, Erciyes Unıversity, Kayseri, Turkey

Objective: Nonspecific shoulder pain is a common complaint in older adults that impairs physical function by restricting the range of joint movement, and causing severe pain. The study evaluated the effects of fluoroscopy-guided triple shoulder injection i.e. injection into glenohumeral (GH) joint, subacromial (SA) space, and acromioclavicular (AC) joint on pain, and the function, and the range of motion in older patients with nonspecific shoulder pain.

Materials-Methods: A total of 43 patients who were aged 65 years and older and diagnosed with nonspecific shoulder pain were included in this prospective, non-randomized clinical trial; 65.1% of the patients were female and mean age was 70.2 ± 5.0. Under fluoroscopic guidance, a mixture of methylprednisolone and bupivacaine was injected into the GH joint, SA space and AC joint. Patients were evaluated as per the Numeric Rating Scale for Pain (NRS-Pain), the Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), and the active range of motion (AROM)) at baseline, and again, at 3 and 12 weeks after the injection.

Results: The mean NRS-Pain score (± SD) of the 43 patients decreased from 8.2 ± 1.4 at baseline to 3.4 ± 2.5 at 1 h after injection (P < 0.0001). A statistically significant improvement was detected in NRS-Pain, SPADI, and AROM at 3 and 12 weeks after injection compared with baseline (Table 1). The change in SPADI score from baseline was higher than the minimal detectable change in 67.4% of patients at 12 weeks. The SPADI score at baseline was positively correlated with post-injection SPADI score at 3 weeks.

Conclusion: In older patients with nonspecific shoulder pain, fluoroscopy-guided triple shoulder injection provides significant improvements in pain and physical function with low complication rates during the 12-week follow-up.

Keywords: Aged, fluoroscopy, ınjections, shoulder pain

Table 1 Changes in NRS-Pain, Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) and AROM at 3 and 12 weeks after injection compared to baseline

Outcome measure	Baseline–3 weeks difference	p value	Baseline–12 weeks difference	p value
NRS-Pain	5.2 ± 2.6	< 0.0001	4.8 ± 3.4	< 0.0001
Total SPADI	37.8 ± 26.3	< 0.0001	34.7 ± 28.5	< 0.0001
AROM flexion	- 23.8 ± 12.9	< 0.0001	- 25.6 ± 15.7	< 0.0001
AROM abduction	- 24.3 ± 16.9	< 0.0001	- 24.6 ± 20.6	< 0.0001
AROM ext. rot	-14.9 ± 12.9	< 0.0001	- 16.7 ± 16.4	< 0.0001

NRS, Numeric Rating Scale; SPADI, Shoulder Pain and Disability Index; AROM active range of motion; ext. rot; external rotation.

S-115 Ankilozan Spondilit Hastalarında Metabolik Sendrom ile D Vitamini ile Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Mazlum Serdar Akaltun[1], Özlem Altındağ[2], Neytullah Turan[2], Ali Aydeniz[2], Ali Gür[2], Savas Gürsoy[2]

[1]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kahramanmaraş
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Ankilozan spondilit (AS), aksiyel iskelet ve sakroiliak eklem tutulumu ile karakterize, kronik, progresif inflamatuar bir hastalıktır. AS hastalarında hem sistemik inflamasyon varlığı hem de diğer kardiyak risk faktörlerinin varlığı nedeniyle ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalık riski artmıştır. Kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkili bir dizi risk fatörlerinden olan metabolik sendrom (MetS), yaygın bir halk sağlığı problemidir. Temel görevi kemik metabolizmasının dengesini sağlamak olan Vitamin D'nin vücutta bir çok fonksiyonu bulunmaktadır. Son yıllarda Vitamin D düzeyinin insülin düzeyi, ateroskleroz gibi bir çok durum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Literatürde AS hastalarında MetS gelişiminde Vitamin D'nin rolü ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı AS hastalarında Vitamin D düzeyi ile MetS gelişimi arasında ilişki varlığını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Romatoloji polikliniğine Ocak 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran, AS tanılı 67 hasta dahil edildi. Ankilozan spondilit hastaları Modifiye New York kriterlerine göre seçildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, göbek çevresi, sistolik kan basıncı gibi parametreleri hasta dosyalarından değerlendirilerek not edildi. Son 3 ay içerisinde açlık kan glukozu, HDL kolesterol, Trigliserid, ESR, C-Reaktif Protein ve Vitamin D değeri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Metabolik sendrom tanısı National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel (NCEP/ATP III) 5 kriterinden 3 veya daha fazlasını karşılayan hastalara konuldu.Hastalık aktivitesi Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ile yaşam kalitesi Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği(AS-QoL) ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 55'i (%82,1) erkek, 12' si (%17,9) kadın idi. Ortalama yaş 36,79±9,47 yıl, ortalama hastalık süresi 7,14±5,50 yıl idi. Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 23'ü (%34,3)Hastalık Modifiye Edici İlaç (DMARD) kullanırken, 44'ü (%65,7) Anti-TNF tedavi almaktaydı. Çalışmaya dahil edilen 67 AS hastasının 23'ünde (%34,3) metabolik sendrom mevcuttu. MetS ile cinsiyet, ilaç kullanımı, HLA-B 27 pozitifliği arasında anlamlı ilişki saptanmadı. MetS varlığı ile Vitamin D grupları arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p<0,05$) (Tablo 2) ve ilginç bir şekilde MetS olan hastaların tamamında Vitamin D düzeyi 30'un altındaydı. MetS tanısı olan hastaların MetS olmayanlara göre VKI, Trigliserid düzeyi, bel çevresi, açlık glukozu anlamlı olarak Yüksek Olarak Saptandı ($P<0,05$). Mets Tanısı Olan Hastalarda Hdl Düzeyi Ve Vitamin D Düzeyleri MetS olanlara göre anlamlı derecede düşük saptandı ($p<0,05$). Her iki grup arasında yaş, tanı süresi, ESR, CRP, BASDAI, ASQOL, Sistolik ve Diastolik KB arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışmada AS hastalarında MetS sıklığının arttığını ve bunun Vitamin D ile ilişkili olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, kardiyovasküler risk, metabolik sendrom, vitamin d

S-116 Serebral Palsili Çocuk Olgularda Yutma Fonksiyonunun Ultrasonografik Değerlendirmesi

Avnı Merter Keçeli[1], Zeliha Ünlü[2]

[1]TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Radyoloji Bölümü, Konya
[2]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Yutma bozukluğu gelişmiş serebral palsili (CP) ve sağlıklı çocuklarda, yutmanın oral ve faringeal faz değişikliklerinin ultrasonografi (US) ile dinamik olarak değerlendirilmesi.

Gereç-Yöntem: Olguların yaşı, boyu, kilosu ve vücut kitle indeksleri (VKİ) kaydedildi. Tüm olgular oturur şekilde, mandibula orta hatta yerleştirilen 3MHz konveks transduser ile incelendi. Oturamayan CP'li çocuklar ebeveyne yaslanarak semisupin pozisyonda değerlendirildi. Boyun, US ile tanımlanabilen mandibula simfizisi ile hyoid kemik (MH), hyoid kemik ile tiroid kartilaj (HT) arasında iki bölgeye bölündü. Transduser mandibula altına yerleştirilmişken, her iki bölgenin arasındaki uzaklık dinlenme ve yutkunma sırasında ölçüldü. Yutma işlevi, asprasyon riski nedeni ile tüm çocuklarda oral sıvı verilmeden, yutkunma fazında değerlendirildi. Dinlenme sırasında longitudinal planda orta kesiminde dilin kalınlığı ölçüldü. Aynı alanda, aynı dönemde dilin kas tabakasından Share Wave Elastografik ölçümleri yapıldı. Yutma sırasında MH ve HT düzeylerinde pencere değişim hızı, saniyedeki görüntü sayısı şeklinde kaydedildi.

Bulgular: Sıvı, katı ya da her iki materyeli yutmada sıkıntısı olan hasta grubunda 16, kontrol grubunda 20 sağlıklı çocuk vardı. Yaş ortalaması hasta grubunda 45 ay, kontrol grubunda 70 ay idi. Hasta olgularının 9'u erkek, 7'si kızdı. Kontrol grubunun 11'i erkek, 9'u kızdı. VKİ değerlerine göre katılımcılar arasında obez ya da aşırı zayıf çocuk olmadığı görüldü. Olguların cinsiyeti, boy, kilo ve VKİ'leri ile dinlenme ve yutma sırasında MH ve HT uzaklık ölçümleri, dil elastografik değerleri arasında anlamlı bağlantı yoktu. Dil kalınlığının ve elastografide dil sertlik derecesinin CP'li grupta anlamlı derecede yüksek olduğunu görüldü. Hasta grubunda HT pencere değişim hızının uzadığını saptandı. Bu bulgu yutma süresinin uzadığını göstermekteydi. Diğer uzaklık ve süre ölçümlerinde istatistiksel farklılık olmadığı görüldü.

Sonuç: Yutma sorunu olan CP'li olgularda, yutma işlevinin oral ve faringeal fazları invaziv olmayan, sedasyon gerektirmeden uygulanabilen bir yöntem olan US ile değerlendirilebilir. Elastografik ölçümler ile dil sertliği derecesi ölçülebilir. Tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmalar ile tedavi etkinliği değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: CP, yutma, ultrasonografi, elastografi

S-117 Subakromiyal Sıkışma Sendromlu Hastalarda Santral Sensitizasyon

Bahadır Elitez, Ümit Seçil Demirdal, Ayhan Aşkın, Aliye Tosun

Izmir Katip Celebi University, Atatürk Training and Research Hospital, Physical Medicine and Rehabilitation Clinic, Izmir, Turkey

Amaç: Subakromiyal sıkışma sendromu (SSS), glenohumeral eklem çevresindeki yapıların kompresyonuyla ilişkili bir dizi semptom, muayene bulgusu ve radyolojik bulguyu kapsayan bir hastalıktır. SSS omuz ağrılarının en sık nedenidir. Santral sensitizasyon (SS) ise, santral sinir sisteminde nöral sinyal amplifikasyonu ile ağrı hipersensitivitesi oluşmasıdır. Birçok çalışmada SS varlığının kas-iskelet sistemi fonksiyonları üzerine etkisi incelenmiştir. Özellikle bel ağrılı hastalarda, whiplash yaralanmalarında ve diz osteoartritinde SS varlığını destekleyen yayınlar mevcuttur. Çalışmamızdaki amacımız kronik unilateral SSS tanılı hastalarda SS varlığını araştırmak ve SS ile fonksiyonel durum arasındaki ilişkiyi incelemektir

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 18-70 yaş aralığında kronik SSS tanısı almış 23 hasta(hasta grubu) ve yaş-cinsiyet uyumlu 23 sağlıklı gönüllü (kontrol grubu) dahil edildi. SS'nu değerlendirmek amaçlı mekanik basınç algometresi kullanılarak ağrılı deltoid kası ortasından (kontrol grubu için dominant taraf), ağrısız deltoid kası ortasından (nondominant taraf) ve ağrısız deltoid kası ile aynı taraftaki tibialis anterior kası ortasından Basınç Ağrı Eşiği (BAE) ölçümleri yapıldı. Ayrıca katılımcılara SS değerlendirmek için Santral Sensitizasyon Envanteri (SSE), Ağrı Duyarlılık Anketi (ADA), fonksiyonel durumu değerlendirmek amacı ile Kol, Omuz ve El Sorunları Hızlı Anketi (QuickDASH) ve Omuz Ağrı ve Disabilite İndeksi (OADİ), yaşam kalitesini değerlendirmek için Kısa Form 36 (SF-36) uygulandı.

Bulgular: Hastaların ağrılı omuz, ağrısız omuz ve tibialis anterior bölgesi BAE ölçümleri ortalaması; kontrol grubunun dominant taraf, nondominant taraf ve tibialis anterior bölgesi ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük saptandı (sırasıyla $p = 0,049$; $p = 0,005$; $p = 0,025$). ADA skorları, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p < 0,001$). Ağrısız / nondominant taraf BAE ölçümleri ile SSE skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptanırken ($p = 0,047$), ağrılı / dominant taraf BAE ölçümleri ile ADA skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı ($p = 0,006$). Tüm bölgelerdeki BAE ölçümleri ile QuickDASH ve OADİ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı. Tüm bölgelerdeki BAE ölçümleri ile SF-36 FF, FR, BA ve GS alt bileşen skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Hem ağrılı bölgede hem de ağrısız uzak bölgelerde de BAE düşüklüğünün saptanması kronik unilateral SSS'lu hastalarda SS mekanizmaları aracılığıyla gelişen generalize ağrı hipersensitivitesi ile ilişkilidir. ADA, kronik mekanik kas ve iskelet sistemi ağrılarında santral sensitizasyonu değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli bir ölçek olabilir. Unilateral kronik SSS'lu hastalarda SS varlığı daha kötü bir üst ekstremite fonksiyonel durumu ile ilişkilidir. Santral sensitizasyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle kronik SSS'lu hastaların tedavi programlarında SS varlığını araştırmak ve tedavi seçeneklerini yeniden gözden geçirmek faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Subakromiyal sıkışma sendromu, santral sensitizasyon, omuz

S-118 Tetik Parmak Hastalarında Ultrason Eşliğinde Steroid Enjeksiyonunun Fonksiyonel Sonuçları

Cemile Sevgi Polat, Şule Şahin Onat, Ender Erden

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Tetik parmağı olan hastalara yapılan ultrason eşliğinde steroid enjeksiyonunun fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 28 tetik parmak hastası, 32 parmak alındı. Demografik verileri kaydedildi. Anamnezde ağrı, takılma ve kilitlenme sorgulandı. Ek hastalıkları, eşlik eden problemler, etiyolojileri değerlendirildi.Wolfe evrelemesine göre evrelendirildi. Logic 5-12 Mhz cihazının linner probu ile direkt-in plane yöntemle dinamik olarak tutuklanmanın olduğu tendon kısmının üzerine 20 mg metilprednizilon ve 1 ml %2'lik prilokain enjeksiyonu yapıldı. Hastalar enjeksiyon öncesi ve enjeksiyondan 4 hafta sonra dokuz delik testi, Jamar dinamometresi ve DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 8 erkek, 20 kadın hasta alındı. Yaş ortalamaları 55±10.4 idi. 25 hasta (%89.3) unilateral, 3'ü (%10.7) multilateraldi. Hastaların 3'ü (%10.7) sadece ağrıyla, 9'u (%32.1) ağrı ve takılma hissi, 16'sı (%57.1) ağrı, takılma hissi ve kilitlenmeden şikayetçiydi. Hastaların 12'sinde (%42.6), 11'de (%39.3) diabetes mellitus, 1'de (%3.6) romatoid artrit, 1'de (%3.6) gut hastalığı vardı. Etiyolojide 16'sının (%57.1) aşırı kullanım, 10'nun (%35.7) idiopatik, 2'sinin de (%7.1) travma vardı. Hastaların 4'ü (%14.3) evre 1, 8'i (%28.6) evre 2, 16'sı (%57.1) evre 3 idi. Enjeksiyondan önce ve sonraki değerlendirme sonuçları Tablo 1'de verildi.

Sonuç: Tetik parmak tedavisinde ultrason eşliğinde steroid enjeksiyonu fonksiyonel kazanımda oldukça başarılı bir yöntemdir. Çünkü ultrasonun kullanımı ilacın hedefe ulaşmasında çok iyi bir kılavuzdur.

Anahtar Kelimeler: Tetik parmak, ultrason, steroid enjeksiyonu, fonksiyonel

Enjeksiyondan önce ve sonraki fonksiyonel sonuçlar

	Enjeksiyon Öncesi	Enjeksiyon Sonrası	p
Dokuz delik testi (Sağ)	29.6±6.5	26.8±7.5	0.034
Dokuz delik testi (Sol)	32.6±8.01	28.7±6.4	0.042
Jamar (Sağ)	54.4±30.2	59.1±32.3	0.04
Jamar (Sol)	43.06±22.8	51.3±30.2	0.032
DASH	42.0±21.4	19.9±20	0.0001

S-119 Diyabetik Hastalarda Polinöropati ve Karpal Tünel Sendromu Tanısında Ultrasonun Elektrofizyolojiye Göre Tanıdaki Yerinin Araştırılması

Mehmet Ağırman[1], İlker Yağcı[2]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız, diyabetik hastalarda karpal tünel sendromu (KTS) ve diyabetik polinöropati (DPN) tanısında ultrason (US) ve sinir iletim çalışmalarının özgüllük ve duyarlılığını karşılaştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 68 diyabetik hasta ve 14 sağlıklı kontrol dahil edilid. Diyabetik hastalar klinik olarak normal, karpal tünel sendromu (KTS), polinöropati (PNP) ve PNP-KTS olmak üzere dört gruba ayrıldı. Yine aynı hasta ve kontrol gruplarının mediyan sinir kesitsel alanları (mm2) hamatum kemiği, psiform kemik, radyo-ulnar eklem, ön kol distal 1/3, ön kol proksimal 1/3 ve mediyal epikondil seviyelerinden ölçüldü. Ulnar sinir kesitsel alan ölçümleri radyo-ulnar eklem, ön kol distal 1/3, ön kol proksimal 1/3 ve mediyal epikondil seviyelerinden yapıldı. Ayak bileği seviyesinden de tibiyal ve peroneal sinirlerin kesitsel alan ölçümleri yapıldı. Bulgular gruplar arası ve elektrofizyoloji sonuçlarına göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Diyabetik KTS ve DPN hastalarında mediyan sinirin kesitsel alanı hamatum çentiği, pisiform kemik ve radio-ulnar eklem seviyesinde artmıştı. Bilateral ulnar sinir ulnar epikondil seviyesi >8 mm2 üzeri olması durumunda PNP'yi diğer gruplardan %75 duyarlılık ve %71,43 özgünlük ile ayırt edebildiği gösterilmiştir. KTS tanısında median sinir pisiform kemik seviyesinde >10 mm2 en yüksek derecede tanısal değerde bulundu.

Sonuç: Diyabetik polinöropati ve KTS tanısında ucuz, tekrarlanabilen ve elektrofizyolojiye oranla daha az rahatsız edici olan ultrasonun tanıda yararlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ultrason, polinöropati, karpal tünel sendromu

S-120 İdiopatik Granülomatöz Mastitli Hastalarda Klinik ve Laboratuar Bulguları İle Fibromiyalji Sıklığı

Murat Toprak[1], Nurşen Toprak[2]

[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van
[2]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Van

Amaç: İdiopatik granülomatöz mastit (IGM) memenin nadir görülen inflamatuar bir hastalığıdır. Kortikosteroidler (KS) ve immunsupresif ajanlar cerrahi dışındaki tedavi seçenekleridir. Bu çalışmada kliniğimizde takip edilen IGM hastalarının klinik, laboratuar özelliklerini ve fibromiyalji (FMS) sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine başvuran 34 IGM hastası ve 25 sağlıklı gönüllü prospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, otoantikorlar, aldıkları tedaviler ile tedavi sonuçları kaydedildi. Tüm hastalar FMS açısından ayrıntılı sorgulandı.Ayrıca hastalar hastane anksiyete-depresyon ölçeği ve FACIT ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 30,41 ± 14,06 (23-43) idi, demografik ve klinik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların BMI değeri 26,89 ± 3,58. Lezyon çoğunlukla sağ tarafta (% 41,2), hastalık süresi 20,64 ± 22,30 ay idi. Hastaların 18 (%52,9)'inde ANA, 4 (%11,8)'ünde ENA, 6 (%17,6)'sında ise CCP pozitif idi. Hastane anksiyete skoru 11,05 ± 4,71, depresyon skoru 11,11 ± 4,90, FACIT yorgunluk skoru 23,52 ± 11,13 idi. 20 (%58,8) hastada FMS pozitif idi ve bu oran diğer romatizmal hastalıklardaki gibi yüksekti.

Sonuç: İdiyopatik granülomatöz mastit hastalığı romatoloji pratiğinde göz ardı edilen bir hasta grubunu oluşturmaktadır. Çalışmamızda hastaların otoantikor düzeyleri ve fibromiyalji sıklığını yüksek bulduk. Bu konuda geniş hasta serilerini içeren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik granülomatöz mastit, fibromiyalji, anksiyete, depresyon

S-121 D Vitamini Kullanım Sıklığı 25-OH D Vitamini Düzeyini Etkiler mi?

Sevtap Badıl Güloğlu

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kars

Amaç: D vitamini takviyesi için farklı çalışmalarda günlük ya da haftalık farklı dozlar önerilmiştir. Bu çalışmanın amacı, hem genel sağlık durumu hem de fiziksel fonksiyon üzerine olumlu etkileri bilinmekte olan D vitamininin günlük ve haftalık kullanımlarının 25-OH vitamin D3 düzeyi üzerine etkilerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran, herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, 20-65 yaş aralığında, serum 25-OH vitamin D3 düzeyi <20 ng/ml olan 133 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar 25-OH vitamin D3 düzeyi <10 ng/ml ve 10-20 ng/ml olan hastalar olmak üzere 2 gruba ayrıldı. 25-OH vitamin D3 <10 ng/ml olan hastalar da kendi arasında 2 gruba ayrıldı ve 2 grubun da aldığı toplam doz eşit olmak üzere bir gruba günde peroral (po) 15000 IU, diğer gruba 10 günde bir toplam 3 doz po 150000 IU vitamin D3 verildi. 1 aylık tedavi sonrası hastaların 25-OH vitamin D3 düzeyi tekrar ölçüldü. 25-OH vitamin D3 düzeyi 10-20 ng/ml olan hastalar 2 gruba ayrıldı ve 2 grubun aldığı toplam doz eşit olacak şekilde bir gruba 40 gün süreyle günde po 7200 IU vitamin D3, bir gruba da 20 gün arayla toplam 2 doz po 150000 IU vitamin D3 verildi. 40 gün sonra 25-OH vitamin D3 düzeyi tekrar ölçüldü.

Bulgular: Çalışma toplam 130 hasta ile tamamlandı (ort yaş 48,8±11,7; 122 kadın, 8 erkek). Çalışmaya 3 hasta devam edemedi (1 hastaya ulaşılamadı, 2 hasta şehir değişikliği nedeniyle kontrole gelemedi). 25-OH vitamin D3 <10 ng/ml olup günlük tedavi verilen grupta 31, 10 günde bir tedavi verilen grupta 29 hasta; 25-OH vitamin D3 10-20 ng/ml olup günlük tedavi verilen grupta 37, 20 günde bir tedavi verilen grupta 33 hasta vardı. Gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından fark yoktu. Günlük ya da aralıklı tedavi alan gruplar arasında tedavi öncesi serum 25-OH D3 düzeyleri açısından fark yoktu. Tedavi ile tüm gruplarda serum 25-OH vitamin D3 ve fosfor düzeyinde anlamlı olarak düzelme mevcuttu (tüm p değerleri<0,05). Tedavi sonrası serum kalsiyum, parathormon, alkalen fosfataz düzeylerinde anlamlı değişiklik saptanmadı (p>0,05). Serum 25-OH vitamin D3 düzeyi<10 ng/ml olan hastalarda 10 günde bir tedavi alan grupta, 25-OH D3 düzeyi 10-20 ng/ml olan hastalarda ise günlük tedavi alan grupta tedavi sonrası 25-OH D3 düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,042, p=0,010). Tedavi ile 25-OH D3 düzeyindeki artış açısından yapılan fark analizinde D vitamini 10-20 ng/ml olan hastalarda günlük tedavi alan grupta fark anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,03). D vitamini artış düzeyi ile beden kitle indeksi ve menopoz durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Bu çalışmada 25-OH vitamin D3 düzeyi < 10 ng/ml olan grupta 10 günde bir tedavi, 10-20 ng/ml olan grupta günlük tedavi daha etkili bulunmuştur. Tedavi sonrası serum 25-OH vitamin D3 düzeyindeki artış açısından değerlendirme yapıldığında günlük tedavi ile daha iyi sonuçlar alındığı görülmüştür. Bu konuda daha fazla sayıda hasta ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: D vitamini, serum 25-OH vitamin D3 düzeyi, tedavi sıklığı

S-122 Ankilozan Spondilitli Erkek Hastaların Simfizis Pubisindeki Radyolojik Değişiklikler İle Hastalık Aktivite Parametrelerinin Karşılaştırılması

Arif Bilen[1], Mustafa Reşorlu[2], Coşkun Zateri[1], Hatice Reşorlu[1]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Ankilozan Spondilit (AS), Spondilartropati konseptinin prototipi olup etyolojisi net olarak aydınlatılamamıştır. Genç yaşta başlayan, ağırlıklı olarak erkeklerde görülen, kronik, progresif, multisistemik ve inflamatuar bir romatizmal hastalıktır. Bu hastalığın aktivitesini belirlemede ve takibinde kullanılan çeşitli laboratuar, klinik ve radyolojik değerlendirme yöntemleri mevcuttur. Ankilozan Spondilit, karakteristik olarak sakroiliak eklemleri tutar. Ancak simfizis pubisin de bu hastalıkta etkilendiği görülür. Çalışmamız AS'li erkek hastalarda simfizis pubis tutulum prevalansını belirlemeyi ve bu tutulumun klinik hastalık aktivitesi ve omurgadaki diğer radyolojik bulgularla ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğinde tedavisi sürdürülen ve 01.01.2016-20.09.2017 tarihleri arasında polikliniğimize kontrole gelen Ankilozan Spondilit tanılı 73 erkek hasta dahil edildi. Retrospektif yürütülen çalışmada takip edilen hastaların dosya bilgilerinden demografik verileri, genetik durumu (HLA-B27), hastalıkla ilgili klinik parametreleri, sakroiliak eklem grafisi ve omurga direkt grafileri incelendi. Klinik değerlendirmede; hastalık aktivitesi için Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), spinal mobilite için Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI) ve fonksiyonel durum değerlendirmesinde Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) ile omurga VAS skoru kullanıldı. Servikal ve lomber lateral omurga radyografileri değerlendirilerek Modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Spinal Skoru (M-SASSS) hesaplandı. Simfizis pubis değişiklikleri; 0 (hasar yok), 1 (ince düzensizlik ve / veya subkondral skleroz), 2 (erozyon), 3 (kısmi ankiloz), 4 (total ankiloz) olarak derecelendirildi. Tüm grafiler aynı radyolog tarafından değerlendirildi. Hastaların simfizis pubis tutulum sıklığı belirlendi ve bu tutulumun, klinik ve radyolojik parametrelerle olan ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda AS tanılı 73 erkek hasta yer aldı. Çalışma grubunun yaş ortalaması 41,2±11,8 yıldı. Hastalık süresi ortalaması 14,7±9,7 yıl, tedavi süresi ortalaması 8,7±6,5 yıldı. Toplamda 27 hastada evre 1, 8 hastada evre 2 ve 10 hastada evre 3 olmak üzere hastaların 45'inde (%61.7) radyolojik olarak simfizis pubis tutulumu görülürken, 28 (%38.3) hastada tutulum saptanmadı. Simfizis pubis tutulumu olan (evre1-4) hastaların yaş ortalaması (43,9±12,6) tutulum olmayan (evre 0) hastaların ortalamasından (36,9±9,0) daha yüksekti ve aradaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (p=0.026). Simfizis pubis tutulumu olan hastaların M-SASSS ortalaması (15,9±11,9), tutulum olmayan hastaların ortalamasından (8,4±7,4) daha yüksekti ve simfizis pubis tutulumu ile M-SASSS arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif korelasyon tespit edildi (p=0.002). Her iki grubu kıyasladığımızda; simfizis pubis tutulumu olan hastaların BASDAİ ve BASMİ ortalamaları (sırasıyla 3,2±2,3 ve 2,3±2,1), tutulum olmayanların ortalamasından (sırasıyla 3,1±2,0 ve 1,7±2,3) daha yüksekti ancak istatistiksel açıdan anlamlı oranda değildi (sırasıyla p=0,973 ve p: 0,105).

Sonuç: Erkek AS hastalarında simfizis pubis tutulum oranı %61.7 olarak bulundu. Simfizis pubis tutulumu ile yaş ve M-SASSS skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Bu sonuçlar, simfizis pubis tutulumunun AS hastalığının ortak bir bulgusu olduğunu ve hastalık aktivitesini değerlendirmede kullanılabilecek bir parametre olduğunu düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, modifiye stoke ankilozan spondilit spinal skoru, simfizis pubis

S-123 Düşük Yoğunluklu Pulse Ultrason Tedavisinin Onarılmış Rat Tendonlarında TGF-β, Kollajen Düzeyi, Histoloji, Biyomekanik ve Fonksiyona Etkisi

Alperen İnceoğlu[1], Füsun Şahin[1], Nuray Akkaya[1], Nusret Ök[2], Çağdaş Yörükoğlu[2], Gülçin Abban Mete[3], Şakir Akgün[4]

[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Denizli
[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embrioloji Anabilim Dalı, Denizli
[4]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İLTAM LAB, Denizli

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Aşil tendon hasarı oluşturulan ratlarda uygulanan düşük yoğunluklu pulse ultrason (low intensity pulsed ultrasound-LİPUS) tedavisinin tendon iyileşmesinde büyüme faktörleri, kollajen üretimi, histolojik, biyomekanik ve yürüme analizi ile saptanan fonksiyon üzerine etkilerini saptamaktır.

Gereç-Yöntem: Kırk Wistar Albinus cinsi erkek rat çalışmaya dahil edildi. Ratlar iki tedavi grubuna randomize edildi ve her grupta 20 rat yer aldı. Grup 1'deki ratlara Aşil tendon cerrahisi ve sonrasında LİPUS tedavisi uygulandı. Grup 2'deki ratlara Aşil tendon cerrahisi ve sonrasında sham US tedavisi uygulandı. LİPUS tedavisi dozu 1 MHz 1:5 pulse modda 0,3 watt/cm2 olacak şekilde uygulandı. Tedavi cerrahi sonrası birinci gün başlanıp ardışık 15 gün boyunca uygulandı, tedavi bitiminde ratlar sakrifiye edilerek tendonlar çıkarıldı. Değerlendirme parametreleri; Col1A, Col3A, TGF-β ekspresyonu (PCR ile), histolojik analiz (BONAR skorlaması ile), tendon dayanıklılığının tespiti için biyomekanik test, fonksiyonel değerlendirme için yürüme analizi (Aşil Fonksiyonel İndeks (AFİ) ile cerrahi öncesi ve tedavi sonrası 2 değerlendirme) olarak belirlendi. Yapılan Power analizde her bir değerlendirme parametresi için 6 rat tendonunun yeterli olduğu saptandı; her bir gruptan 6 rat tendonu gen ekspresyonu, 6 rat tendonu histolojik analiz, 8 rat tendonu da biyomekanik değerlendirme için kullanıldı. Yürüme analizi cerrahi öncesi ve sakrifiye edilmeden önce tüm ratlara uygulandı. Çalışma için "Deney Hayvanları Etik Kurulundan" onay alındı.

Bulgular: Tedavi sonrasında grupların karşılaştırılmasında TGF-β1 ekspresyonunda LİPUS grubunda sham US grubuna göre iyileşme eğilimi görülürken bu iyileşme istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,065). COL3 ekspresyonunda LİPUS grubunda sham US grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptanırken, COL1 ekspresyonu sham US grubunda LİPUS grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fazla bulundu. Histolojik analiz için bakılan Bonar skorlamasında LİPUS grubunda sham US grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptandı. Biyomekanik değerlendirmede bakılan kopma gücünde LİPUS grubunda sham US grubuna göre iyileşme eğilimi görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p=0,053). Fonksiyonel değerlendirme için uygulanan yürüme analizinde; değerlendirme parametresi olan AFİ'de LİPUS grubunda sham US grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptandı. Çalışmamızda AFİ ile değerlendirme parametrelerinin ilişkisi korelasyon analizi ile incelendiğinde AFİ farkı ile Bonar skorlaması arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Çalışmamız Aşil tendon hasarı sonrası uygulanan LİPUS tedavisinin tendon iyileşmesinde büyüme faktörü, kollajen üretimi, histolojik, biyomekanik ve fonksiyonel sonuçlarının birlikte değerlendirildiği ve LİPUS tedavisi ile yürüme analizinde olumlu sonuçların alındığı ilk çalışmadır. Ayrıca tendon onarımı sonrası fonksiyonel iyileşmenin histolojik iyileşme ile korele olduğunu da gösteren ilk çalışmadır. Sonuç olarak Aşil tendon tamiri sonrası erken dönemde uygulanacak LİPUS tedavisi ile tendon iyileşmesinde olumlu sonuçlar alınabileceği, LİPUS tedavisinin Aşil tendon hasarı sonrası erken dönemde rehabilitasyon programına dahil edilmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: LİPUS, aşil tendonu, TGF-β, tendon iyileşmesi, kopma gücü

S-124 Aile Sağlığı Merkezinde Romatizmal Hastalıklar ve Kronik Ağrının Görülme Sıklığı

Yıldız Yardımcı, Derya İren Akbıyık

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Romatizmal hastalıklar ve kronik ağrı aile hekimlerinin sıklıkla ve henüz tanısı ayrışmadan önce karşılaştıkları durumlardır. Bu çalışmada, hastaların yaşam kalitesinde bozulmalara, işgücü kaybına ve aile içi uyum zorluklarına neden olan bu hastalık grubunun bir aile sağlığı merkezinde görülme sıklığı ve aile hekimlerinin tanı çeşitliliği gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Ankara'da bir aile sağlığı merkezine son üç yıl içinde başvuran ve romatizmal hastalık tanısı ile ya da kronik ağrı ile izlenen hastalar geriye dönük olarak taranmıştır. Hastaların en sık aldıkları tanı kategorileri, bu nedenlerle polikliniğe başvuru sayıları

Bulgular: Üç yıl içerisinde 39900 hasta muayenesi tamamlanmış olan aile sağlığı merkezinde en sık rastlanan tanı Romatoid Artrit (N:51 kişi) idi. Romatoid artritli bu 51 hastanın 132 kez poliklinik başvurusu yapmış olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun dışında gut artriti, ankilozan spondilit, polimyozit ve gonartroz, SLE, kronik bel ağrısı gibi tanılar görülmekteydi. Romatizma hastalıklar ve kronik ağrılı hastaların diğer tanı gruplarına göre daha çok sayıda poliklinik başvuruları olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Aile hekimleri çalıştıkları ASM populasyonuna birinci basamak sağlık hizmeti sunarken kronik ağrı ve romatizmal hastalık grubundan pek çok farklı hastalıkla karşılasmaktadırlar. Çok yönlü yaklaşım gerektirmesi nedeni ile romatizmal hastalıklar ve kronik ağrı aile hekimleri için önemli bir çalışma alanı olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle farklı artrit ve ağrılı durumların yönetiminde aile hekiminin ayırıcı tanı konusunda donanımlı olması, hastanın yaşam kalitesini ve psikososyal boyutunu da kapsayan bir tedavi protokolünü yönetebilmesi gerekmektedir. Çalışma, halen aile hekimliği uzmanlık eğitimi çalışma alanına dahil edilmemiş olan romatolojinin öncelikli olarak hangi boyutları ile eğitime dahil edilmesinin gerektiğine dair bir tartışma başlatacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, romatizmal hastalıklar, kronik ağrı

S-125 Plantar Fasiiti Olan Hastalarda Proloterapi Tedavisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Klinik ve Ultrasonografik Çalışma

Başak Mansız Kaplan, Barış Nacır, Seçil Pervane Vural, Burcu Duyur Çakıt, Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara

Amaç: Plantar fasiit topuk ağrısının en sık sebebi olup tanısı sıklıkla klinikle koyulan bir durumdur. Ultrasonografik olarak proksimal plantar fasianın kalınlığının artması (>4mm) ve hiperekojenitenin olması tanıya yardımcıdır. Tedavide istirahat, germe egzersizleri, kilo kaybının yanında nonsteroidal anti inflamatuar ilaçlar, fizik tedavi yöntemleri, tabanlık kullanımı yer almaktadır. Steroid enjeksiyonu bu tedavilere yanıt vermeyenlerde tercih edilebilir ancak steroid enjeksiyonu hem patoloji temelli tedavi değildir, hem de yağ yastıkcığı atrofisi ve plantar fasia rüptürü gibi nadir de olsa ciddi yan etkilere sebep olabilmektedir. İşte bu aşamada yani konservatif tedavilere yanıt vermeyen hastalarda steroid enjeksiyonu yerine uygulanabilecek başka enjeksiyon tedavileri literatürde yer almaya başlamıştır. Biz bu çalışma ile plantar fasiitli hastalarda dekstroz proloterapi tedavisinin etkinliğinin araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvurmuş, en az 3 aydır topuk ağrısı olan, ultrasonografi ile ölçülen plantar fasia kalınlığı >4mm olan ve bugüne kadar uygulanmış konservatif tedavi yöntemlerinden fayda görmemiş, daha önce enjeksiyon tedavisi uygulanmamış plantar fasiitli hastalar dahil edildi. Tedavi uygulaması olarak hazırlanan proloterapi solüsyonu hastanın tabanında 5 ayrı bölgesine uygulandı. Tedavi öncesi, tedavi sonrası 1. ve 3. ayda hastalar klinik ve ultrasonografik olarak değerlendirildi. Ağrıyı değerlendirmek için vizüel analog skala (VAS), yine ağrı ile beraber yetersizlik ve aktiviteyi değerlendirmek için Ayak Fonksion İndeksi (AFI) kullanıldı. Ultrasonografik olarak ise kalkaneusun inferior ucundan itibaren proksimal plantar fasia ölçümü yapıldı.

Bulgular: Çalışma plantar fasiiti olan 30 hasta ile tamamlandı. Hastaların ortalama yaşı 46,7 ± 9,3 yıl, ortalama vücut kitle indeksi 30,8 ± 3,2 kg/m² idi. Ortalama semptom süresi 9,4 ± 4,7 aydı. VAS değerlerinde tedavi öncesine göre (9,3 ± 1,1) 1. ay (1,2 ± 1,5) ve 3. ayda (0,9 ±1,3) istatistiksel olarak düzelme görüldü ($p<0,01$). AFI puanlarında da tedavi öncesine göre (208,9 ± 45,3) 1. ay (20,0 ± 28,9) ve 3. ayda (14,4 ±23,1) istatistiksel olarak düzelme saptandı ($p<0,01$). Proksimal plantar fasia kalınlığı ise tedavi öncesi 5,1 ± 0,7 mm, 1. ayda 3,7 ± 0,2 mm, 3. ayda 3,5 ± 0,3 mm olarak ölçüldü. Ultrasonografik iyileşme istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,01$).

Sonuç: Plantar fasiiti olan hastalarda dekstroz proloterapi tedavisi hem klinik hem de ultrasonografik olarak etkin bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Plantar fasiit, dekstroz proloterapi, plantar fasia, ultrasonografi

S-126 Tetik Parmak Hastalarında El Becerisi, Kavrama Gücü ve Fonksiyonların Değerlendirilmesi ve Hastalık Şiddeti İle İlişkisi

Cemile Sevgi Polat[1], Didem Sezgin Özcan[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tetik parmak ya da stenozan fleksör tenosinovit, fleksör tendonda ve tendon kılıfında inflamasyon ve hipertrofi sonucu A1 pulley seviyesinde oluşan daralmanın neden olduğu bir hastalıktır. Bu daralma sonucunda, etkilenen parmakta ağrı, şişlik, hareketlerde kısıtlılık, parmak hareketi ile atlama hissi ve ileri evrelerde kontraktürler oluşmakta ve sonuç olarak fonksiyon kayıpları ortaya çıkabilmektedir. Çalışmamızın amacı tetik parmak hastalarında el becerisi, kavrama gücü ve fonksiyonlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve tetik parmak hastalık şiddetinin bu parametrelere olan etkisini değerlendirmekti.

Gereç-Yöntem: 30 tetik parmak hastası ve 30 yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı kontrol çalışmamıza dahil edildi. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri sorgulandı. Tetik parmak hastaları Quinnel evrelemesine göre 4 evrede incelendi. El becerisinin performansa dayalı olarak değerlendirilmesinde 9 delikli çivi testi (NHPT), el kavrama gücünün değerlendirilmesinde Jamar el dinamometresi, üst ekstremite aktiviteleri ve fonksiyonelliğinin değerlendirilmesinde ise Kol, omuz ve el sorunları anketi (DASH) kullanıldı.

Bulgular: Tetik parmak hastalarında yaş ortalaması 54,52±9,18 (31-71) iken kontrol grubunda 53,08±8,3 (39-68) idi (p=0,73). Tetik parmak grubunda sağlıklı kontrollere göre 9 delikli çivi testi ve DASH değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptanırken, Jamar el dinamometre sonuçları anlamlı olarak daha düşük bulundu (Tablo1). Tetik parmaklı hastaların 5(%16,7)'i evre 1, 9(%30)'u evre 2 ve 16(%53,3)'sı evre 3 idi. Ortalama hastalık süresi 5,2±3,2 aydı. Tetik parmak etyolojisinde hastaların 16(%53,3)'sında fazla kullanım, 11(%36,7)'inde idiyopatik ve 3(10)'ünde travma bulunmaktaydı. Tetik parmak hastaları evrelerine göre 3 gruba ayrıldığında 9 delikli çivi testi ve DASH değerleri evre 3 grubunda evre 1 ve 2'ye göre daha yüksek saptanırken, Jamar el dinamometre sonuçlarında gruplar arasında farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Sonuç: Tetik parmak hastalığı, el becerisi, kavrama gücü ve fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmamız ayrıca hastalık şiddetinin artmasının, el becerisi ve fonksiyonlarını erken evrelere göre daha fazla azalttığını ortaya koymuştur. Tetik parmak hastalığında efektif tedavi yöntemlerinin geciktirilmeden hastalığın erken dönemlerinden itibaren yapılması günlük yaşam aktivitelerine olan olumsuz yansımaları azaltabilecektir.

Anahtar Kelimeler: El becerisi, kavrama gücü, stenozan fleksör tenosinovit, üst ekstremite fonksiyonu

Tetik parmak hastaları ve sağlıklı kontroller arasında el becerisi, kavrama gücü ve üst ekstremite fonksiyonları açısından yapılan karşılaştırmalar

	Tetik parmak grubu n=30	Sağlıklı kontrol n=30	p
NHPT (sn)	30(21-54)	22,1(18-26,9)	<0,001
Jamar dinamometre(kg)	17,01(5,6-38,3)	27,89(27,8-55,7)	0,006
DASH	33,9(8,3-88,3)	0(0-3,3)	<0,001

NHPT: 9 Delikli çivi testi DASH: Kol, omuz ve el sorunları anketi

Tetik parmak evrelerine göre el becerisi, kavrama gücü ve üst ekstremite fonksiyonlarının değerlendirilmesi

	Evre 1 n=5	Evre2 n=9	Evre3 n=16	p
NHPT, sn	25(21-27)	24(22-33)	34(26,5-54)	0,03*
Jamar dinamometre,kg	17.91(14,7-25.6)	16,6(12,4-31,3)	17,5(5,6-38,3)	0,84
DASH	21,1(8,3-33,9)	28(12-47,7)	47,8(23,2-88,3)	0,04*

*NHPT: 9 Delikli çivi testi DASH: Kol, omuz ve el sorunları anketi *: Evre 3 ile evre 1 ve evre 2 arasında yapılan karşılaştırmalarda p<0,05*

S-127 Karpal Tünel Sendromunda Vitamin B12'nin Median Sinir Elektrofizyolojisine Etkileri-Ön Çalışma Sonuçları

Betül Yavuz Keleş, Burcu Önder

İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Santral ve periferik sistemin fonksiyonlarının en iyi şekilde yerine getirilmesinde birçok vitamin ve minerale ihtiyaç duyulmaktadır. Bu vitaminlerden en önemlilerinden biri de Vitamin B12'dir. (1). Bu çalışmanın amacı karpal tünel sendromu (KTS) olan hastalarda, vitamin B12 düzeylerini belirlemek ve vitamin B12'nin elektrofizyolojik testler üzerine etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi elektromyelografi laboratuvarına 1.08.18-01.01. 19 tarihleri arasında başvurmuş hastalardan elektrofizyolojik testlerle KTS tanısı almış hastaların dosyaları tarandı. Sinir iletim çalışmalarını etkileyebilecek komorbiditesi (nörolojik, endokrinolojik veya metabolik hastalıklar…vs) olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, etkilenen taraf, elektrofizyolojik çalışmanın yapıldığı zamanda bakılmış olan serum vitamin B12 düzeyi ve eşlik eden hastalıkları kaydedildi. Hastaların median ve ulnar sinir motor ve duyu iletim çalışmaları da kaydedildi. Hastalar serum vitamin B12 düzeylerine göre normal (>200pg/mlt) ve yetersiz (<200pg/mlt) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların elleri, elektrofizyolojik bulgularına göre minimal, hafif, orta ve ağır düzeyde KTS şeklinde sınıflandırıldı (2). İki grubun demografik özellikleri ve elektrofizyolojik parametreleri karşılaştırıldı. Yine serum vitamin B12 düzeyi ile median sinirin motor distal latansı, distal motor amplitüdü, ön kol hızı, duyu amplüdü ve duyu iletim hızı arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Bu çalışmaya altmış dokuz hastanın, yüz on sekiz eli dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 47 ± 7,07 yıldı. Serum vitamin B12 düzeyi, hastaların %29'unda yetersiz düzeydeydi. Hastaların %7,2'sinde, vitamin B12 hipervitaminözü vardı. Hastaların %27,1'inde minimal, %34,7'sinde hafif, %31,3' ünde orta ve %5,9'unda ağır düzeyde karpal tünel sendromu vardı. İki grubun yaş ortalamaları ve karpal tünel sendromu şiddetleri benzerdi. Yine iki grubun arasında median sinir motor ve duyu sinir iletim çalışmalarında bakılan parametreler açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p<0,05$). Vitamin B12 düzeyleri ile median sinir motor distal amplitüdü, distal latansı, ön kol hızı, duyu amplitüdü ve duyu iletim hızı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gözlenmedi ($p<0,05$).

Sonuçlar: Bu çalışmanın sonucunda KTS olan hastalarda, serum vitamin B12 düzeyi ile median sinir motor ve duyu iletim çalışmaları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Vitamin B12, median sinir, sinir iletim çalışmaları

S-128 Aile Sağlığı Merkezinde Romatizmal Hastalıklara Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ve Aile Hekimlerinin Çok Boyutlu Rolleri

Yıldız Yardımcı, Derya İren Akbıyık

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kronik ağrılı durumlar ve romatizmal hastalıklar aile hekimleri için farklı tanı kategorileri içinden ayrıştırması zor, eşlik eden psikiyatrik durumlar ve hastayı psikososyal açıdan olumsuz etkilemesi, duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarının da eşlik etmesi gibi nedenlerle geç tanı alan, tedavi ve izlemi komplike olan durumlardır. Bu çalışmada bir aile sağlığı merkezine başvuran romatoloji ve kronik ağrı hastalarında depresyon/anksiyete komorbiditesi gözden geçirilmiştir.

Yöntem: Ankara'da bir aile sağlığı merkezine son üç yıl içinde başvuran ve romatizmal hastalık tanısı ile ya da kronik ağrı ile izlenen hastalar depresyon ve/veya anksiyete eş tanıları açısından geriye dönük olarak taranmıştır.

Bulgular: Seçilen süre içinde muayenesi yapılmış olan 39900 hastadan Romatoid artrit tanısı alan hastaların %25'ine, Ankilozan spondilit ve Behçet hastalığı tanısı alanların da %21'ine depresyon ve anksiyetenin eşlik ettiği görülmüştür. Kayıt dışı antidepresan kullanımı ya da aile hekimliği dışından reçete alımı göz önünde tutulduğunda bu oranın çok daha yükseklere çıkmasını beklemek yerinde olur.

Sonuç: Aile hekimleri romatizmal hastalıkların psikososyal etkilerini en yakından görme ve takip etme fırsatına sahip gruptur. Hastalık ve ağrının tetikleyebileceği uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik durumlar hastalığın tanı ve tedavisini komplike hale getirmektedirler. Bu açıdan bakıldığında aile hekimlerinin eşlik eden psikiyatrik hastalıkları gözden kaçırmamaları ve tüm süreci hep birlikte yönetecek donanımda olmaları beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, romatizmal hastalıklar, depresyon, anksiyete

S-129 Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Verenlerinde Uyku, Duygu Durum Profili ve Bakım Veren Yükünün Değerlendirilmesi

İlknur Can[1], Hasibe Tekşan[2], Ayşe İzgi[2]

[1]T.C Sağlık Bakanlığı Şemdinli Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği, Hakkari
[2]T.C Sağlık Bakanlığı Şemdinli Devlet Hastanesi, Psikososyal Destek Birimi, Hakkari

Amaç: Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zorlu bir süreçtir. Bu süreçte gerek hastada gerek bakım verende ruhsal ve bedensel etkilenmeler görülebilir. Çalışmamızda evde bakım ihtiyacı olan hastaların bakım verenlerinde uyku ve duygu durumu profilindeki değişiklikleri aynı yaş grubundaki bakım vermeyen kontrollerle karşılaştırmayı ve bakım verenlerin yükünü değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: 18-45 yaş aralığında evde bakım ihtiyacı olan bireylere bakım veren 122 gönüllü ve benzer demografik özelliklere sahip bakım vermeyen 50 gönüllüye duygu durumunu değerlendirmek için Duygu Durum Profili ve uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PUKİ) testleri uygulanarak elde edilen veriler gruplar arasında karşılaştırılacaktır. Bunun yanında bakım veren gönüllülere bakım verme yükü anketi (Zarit) uygulanarak sonuçlar değerlendirilecektir.

Bulgular: Her iki grup benzer demografik özellikler göstermekte idi. Bakım veren grupta PUKİ total 4,6±2,6 kontrol grubunda 4,0±1,8 olup anlamlı farklılık yoktu (p:0,371). Duygu durum profili total değerlendirilmesinde ve alt gruplarda gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Bakım veren yükü ölçeği ortalama skoru 34,5±10,4 olup 122 bakım verenin; %0,8 inde yüksek, % 26,2 orta, %68' i hafif düzeyde bakım yükü tespit edildi. Bakım verenlerin %4,9 ' unda bakım yükü tespit edilmedi. Yapılan korelasyon analizinde PUKİ ile bakım veren yükü arasında (r:0,062, p:0,004*), Duygu durum profili total skoru arasında (r:0,436, p<0,001**) ve Duygu durum profili alt ölçeklerinden gerginlik-anksiyete (r:0,386, p<0,001**), depresyon-kader (r:0,358, p<0,001**), öfke-saldırganlık (r:0,369, p<0,001**), yorgunluk-atalet (r:0,350, p<0,001**), konfüzyon (r:0,369, p<0,001**) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardı. Bakım veren yükü ile Duygu durum profili alt ölçeklerinden gerginlik-anksiyete (r:0,244, p:0,007*), depresyon-kader (r:0,429, p<0,001**), öfke-saldırganlık (r:0,328, p<0,001**), yorgunluk-atalet (r:0,525, p<0,001**), konfüzyon (r:0,394, p:0,001*) ve toplam (r:0,409, p<0,001**) arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon vardı.

Sonuç: Beklenenin aksine bakım verenlerin uyku kalitesi ve duygu durum profili kontrol grubuyla benzer bulunurken, bakım verenlerin %0,8 inde yüksek, % 26,2 orta, %68' i hafif düzeyde bakım yükü tespit edildi. Bununla beraber yapılan korelasyon analizinde uyku bozukluğu ve bakım veren yükü ile duygu durum profilini toplam skoru ve gerginlik-anksiyete, depresyon-kader, öfke-saldırganlık, yorgunluk-atalet, konfüzyon, alt ölçekleri pozitif yönde ilişkili idi. Aynı zamanda uyku kalitesi ile bakım veren yükü arasında anlamlı ilişki vardı.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım gerektiren hastalar, bakım verme yükü, duygu durumu, uyku kalitesi

S-130 Karpal Tünel Sendromunda Kuru İğnelemenin Ağrı, Kas Gücü ve Fonksiyonellik Üzerine Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Vaka Serisi

Fatih Bağcıer[1], Sevilay Cücen Batıbay[2]

[1]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Kars
[2]Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Karpal tünel sendromu (KTS), median sinirin karpal tünel içerisinde kompresyonu sonucu gelişen bir tuzak nöropatisidir. Konservatif tedavi yaklaşımları arasında non-steroid antienflamatuar ilaç kullanımı, steroid enjeksiyonu, splint uygulanması, sinir ve tendon kaydırma egzersizleri ve fizik tedavi modaliteleri yer almaktadır. Literatürde idiyopatik KTS vakalarında median sinirdeki ödemin nedeninin bir kısmının sinirin anatomik seyri boyunca aktif miyofasiyal ağrı sendromu bölgeleri olabileceği düşünülmüş ve bir çalışmada kronik KTS'li hastalarda biseps kası ve pronator kaslarınındaki miyofasyal tetik noktaların (MTP) iskemik kompresyon tedavisinden fayda gördüklerini göstermişlerdir. Biz de çalışmamızda karpal tünelde yer alan tendonların kaslarındaki MTP'nin kuru iğneleme yöntemi ile tedavisinin tedaviye yanıtsız KTS' li hastalarda ağrı, kas gücü ve fonksiyonellik üzerine etkisini değerlendirmeyi planladık.

Metod: Kars Harakani Devlet Hastanesi FTR polikliniğine Eylül 2018 – Ekim 2018 tarihleri arasında başvuran, daha önceden EMG ile hafif-orta düzey KTS tanısı almış ve medikal tedavi ve istirahat splinti kullanmış olup şikayetleri devam etmekte olan KTS'li hastalardan FDS, FDP, FPL kaslarındaki aktif MTP'lerin varlığı olan hastalara uygulanan kuru iğneleme tedavisinin etkinliği retrospektif olarak değerlendirildi. Kuru iğneleme, David Simons ve ark. tariflediği miyofasyal tetik noktaların lokalizasyonları baz alınarak uygulandı. Hastalara 1 hafta arayla olmak üzere 3 seans kuru iğneleme tedavisi uygulandı. Lokal seyirme yanıtı elde edilene kadar iğne, duruma göre geri çekilerek, duruma göre ilerletilerek modüle edildi. Hasta ciddi bir rahatsızlık hissetti ise uygulamaya ara verildi. Uygulama esnasında Seirin marka 0,3*30 mm'lik akupunktur iğneleri kullanıldı. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, subjektif ağrı şiddeti kaydedildi. Algometre ile MTP'lerdeki basınç ağrı eşiği değerlendirilmesi, Jamar El Dinamometresi ile el ve parmak kavrama kuvvetinin değerlendirilmesi yapıldı. Hastaların semptomatik ve fonksiyonel değerlendirmeleri için Boston anketi kullanıldı.

Sonuçlar: Çalışmada 2'si erkek, 12'si kadın toplam 14 hasta değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşları 46,7±2,96 yıl, ortalama semptom süreleri 4,6±1,49 ay, ortalama BKİ 26,6±3,08 kg/m2 idi. Tedavi öncesi VAS skoru 5,85±0,66 iken tedavi sonrası 3,1±0,78 olup istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p<0,0001$). FDS, FDP, FPL kaslarındaki basınç ağrı eşiği algometrisi ölçümlerinde tedavi sonrası anlamlı artış gözlendi ($p<0,0001$). El ve parmak kavrama kuvvetinde ise tedavi sonrası anlamlı artış gözlenmedi ($p>0,05$). hBoston semptom şiddet ve fonksiyon kapasite skorlarında ise anlamlı artış gözlendi ($p<0,0001$).

Tartışma: KTS ile ilişkilendirilen birçok etiyolojik faktör ve risk faktörü vardır. Literatürde median sinirdeki ödemin medyan sinirin seyri boyunca miyofasiyal ağrı sendromu bölgeleri olabileceğini öne sürülmüştür. Bazı yazarlar da median sinir anatomik seyrinde çok sayıda bölgede kompresyon veya sıkışmanın olabileceğini düşünmüşlerdir. Bir kastaki aktif MTP'lerin kısmi kontraksiyona neden olduğu bilinmektedir bu da daha yüksek oksijen ve glikoz tüketimi ile sonuçlanır. Ancak gece boyunca, kan akışının çok daha az olmasıyla, kas dokusuna oksijen ve glikoz desteği azalır ve laktik asit birikir ve kontraksiyona neden olur. Dolayısıyla gece boyunca median sinir daha fazla irrite olur ve hasta elde artan uyuşma, ağrı ile uyanır. Kolun sallanması ile kan akımı artar, laktik asit elimine olur ve kas yapılarının kısmi relaksasyonu ile median sinir daha az irrite olur. Sonuç olarak ağrı ve uyuşma şikayetleri azalır. Bu da KTS tedavisinde miyofasyal tetik nokta varlığında kuru iğnelemenin tedavide kullanılabileceği kanaati doğurmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, miyofasyal ağrı sendromları, tetik nokta

S-131 Effect of Acupuncture on Carpal Tunnel Syndome

Fatma Gülçin Ural[1], Gökhan Tuna Öztürk[2]

[1]Yıldırım Beyazıt University Medical School, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ankara
[2]Ankara Physical Medicine and Rehabilitation Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ankara

Objective: The aim of this study was to explore the acupuncture effect on the cross-sectional area (CSA) of the median nerve at the wrist in patients with carpal tunnel syndrome (CTS) and, additionally, to identify whether clinical, electrophysiological, and ultrasonographic changes show any association

Materials-Methods: Forty-five limbs of 27 female patients were randomly divided into two groups (acupuncture and control). All patients used night wrist splint. The patients in the acupuncture group received additional acupuncture therapy. Visual analog scale (VAS), Duruöz Hand Index (DHI), Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) questionnaire scores, electrophysiologic measurements, and median nerve CSAs were noted before and after the treatment in both groups.

Results: VAS, DHI, Quick DASH scores, and electrophysiological measurements were improved in both groups. The median nerve CSA significantly decreased in the acupuncture group, whereas there was no change in the control group.

Conclusion: VAS, DHI, Quick DASH scores, and electrophysiological measurements were improved in both groups. The median nerve CSA significantly decreased in the acupuncture group, whereas there was no change in the control group.

Keywords: Acupuncture, carpal tunnel syndrome, ultrasound

S-132 Antikor Negatif Skleroderma: Olgu Sunumu

Meltem Karacaatlı[1], Halise Hande Gezer[2], Didem Erdem[2], Mehmet Tuncay Duruöz[2]

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

Amaç: Skleroderma damarlar, deri, sinovya, iskelet kası ve iç organlarda değişik etkilere yol açan inflamasyon veya fibrozis ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Patogenezi net olarak bilinmemektedir, ancak vaskülopati ve immun aktivasyonu hastalığın gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Tanıda otoantikorların varlığı önemlidir. Olguların %90'ından fazlasında ANA pozitifliği saptanır. ANA ve ENA paneli negatifliği ile seyreden skleroderma vakalarında gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu sıklığının arttığı bildirilmektedir. Bu olguda antikor negatifliği ile seyreden ve GİS tutulumu ön planda olan bir vakayı sunmaktayız.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta, 4 yıl önce eklem şişliği ve sabah tutukluğu şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Muayenesinde fotosensitivite, malar rash ve artrit saptanan hastada sistemik lupus eritematosus düşünülerek hidrosiklorokin (400 mg/gün) başlanmış. Takipleri sırasında yutma güçlüğü ve kilo kaybı (3 ayda 10 kilogram) gelişen hasta tarafımıza başvurdu. Hastanın romatolojik sorgusunda raynaud fenomeni, ağız kuruluğu ve bir tane abortus öyküsü (3 haftalık) mevcuttu. Hastanın yapılan değerlendirmesinde sklerodaktili, telenjiektazi ve raynaud fenomeni bulguları saptandı. Hastaya kapilleroskopi yapıldı, tüm tırnaklarda genişlemiş kapiller ağ, dev kapiller ve kapiller tomurcuk bulguları saptandı. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta lob medialinde 5 mm çaplı düzensiz sınırlı, subplevral nodül ve perikardiyal kalınlaşma görüldü. Solunum fonksiyon testleri FVC %108, FEV1 %97, DLCO %77 şeklindeydi. Hastaya yapılan üst GİS endoskopisinde antral gastrit, mide korpusunda 4 mm boyutunda polipoid kitle ve özofagus alt ucunda hiperemi saptandı. Polipoid kitleden alınan biyopside doğal oksintik mukoza saptandı ve özofagus alt ucunda hafif derecede özofajit görüldü. Hastanın özofagografisinde gastroözofagial bileşkede kontrast madde geçişinde yavaşlama ve distal özofagusta kontrast madde retansiyonu görülmüştür. Ph manometri testi normal sınırlardadır. Ekokardiyografisinde hafif mitral yetmezlik görüldü. Hastanın bakılan otoantikorlarında herhangi bir pozitiflik saptanmadı. ACR/EULAR 2013 klasifikasyon kriterlerine göre değerlendirildiğinde 9 üzerinde puan alan hastanın hidroksiklorokin (400 mg/gün) tedavisine devam edilip, mevcut tedavisine asetilsalisilik asit (100 mg/gün) ve sukralfat (2 g /gün) eklenmiştir.

Sonuç: Sistemik sklerozis tanısında otoantikorların pozitifliği kriterler arasındadır. Hastaların %90'ında ANA, %70-80'inde anti-sentromer, %40'ında ise anti-Scl 70 (topoizomeraz 1) pozitifliği görülür. Salazar ve arkadaşlarının yaptığı 3249 skleroderma hastasını içeren çalışmada hastaların %93.6'sında ANA pozitif saptanmıştır, bu çalışma grubunda ENA pozitifliğine bakılmamıştır. Hudson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 874 skleroderma hastası yer almış olup bu hastaların %1.7'sinde ANA ve ENA'nın birlikte negatif olduğu görülmüştür. Alt gruplara yönelik Salazar ve arkadaşlarının yaptığı çalışma verilerinde antikor negatif skleroderma hastalığında malabsorbsiyon ve gastroözofagial reflü hastalığının antikor pozitif gruba göre daha sık olduğu görülmüştür. Otoantikorların pozitifliği skleroderma tanısında önemli bir kriter beraber olmakla beraber, antikor negatifliği ile beraber seyreden sklerodermanın varlığını da göz önünde tutmak gerekir. Bu hasta grubunda özellikle GİS tutulumu açısından yakın takip gereklidir.

Kaynaklar:
Salazar GA, Assassi S, Wigley F, et al. Antinuclear antibody-negative systemic sclerosis. Semin Arthritis Rheum. 2014;44(6):680-6.

Hudson M, Satoh M, Chan JY, Tatibouet S, Mehra S, Baron M, et al. Prevalence and clinical profiles of 'autoantibody-negative' systemic sclerosis subjects. Clin Exp Rheumatol. 2013

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal tutulum, otoantikor negatifliği, skleroderma

S-133 Demanslı Bir Hastada Düşme Sonrası Başlayan Bel Ağrısının Malignite ile Sonuçlanması

Nurçe Çilesizoğlu, Fazıl Kulaklı

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Giresun

Amaç: Demans, beyni etkileyen bozuklukların neden olduğu belirtiler bütününü tanımlar. Demans hastalarının şikayetleri yakınları tarafından genellikle önemsenmemekte ve mevcut hastalıklarına bağlanmaktadır. Bu bildiride düşme hikayesi olan kronik bel ağrılı bir demans hastasında saptanan şüpheli malignite durumunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 79 yaşında bayan hasta, bel ve sırt ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 3 ay kadar önce düşme hikayesi olan hastanın düşmesi yakınları tarafından görülmemiş. Sonrasında acil serviste değerlendirilen hastanın yapılan değerlendirmesinde herhangi bir patoloji saptanmamış ve analjezik tedaviler ile taburcu edilmiş. Ağrıları azalmayan hastanın şikayetleri demans hastası olduğu için pek önemsenmemiş ve birkaç aydır hareket kısıtlılığı da başlamış. Ağrıları devam eden hasta bu nedenle polikliniğimize getirildi. Yapılan değerlendirmede mekanik-inflamatuar ağrı ayırımı net yapılamadı ancak hastanın son birkaç aydır 10 kg kaybettiği, iştahsız olduğu ve gece atlet değiştirecek kadar terlemeleri olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenede yeterli kooperasyon kurulamadı ancak hastanın dört ekstremitesinde de aktif hareketleri mevcuttu, eklem hareket açıklıkları normaldi, derin tendon refleksleri normoaktifti. Travma hikayesi olan hastanın çekilen grafisinde L1-L2-L3 vertebralarda yükseklik kayıpları olması sebebi ile tedavisinin düzenlenmesi ve etyolojik araştırma yapılması açısından yatışı yapıldı. Osteoporoz açısından hastaya zoledronik asit tedavisi başlandı. Laboratuar tetkiklerinde eritrosit sedimantasyon hızı ve CRP değerleri yüksek tespit edilen hastanın anemisi de mevcuttu. Brusella testleri ve protein elektroforezi normal olan hastanın diğer tüm laboratuar değerleri de normal tespit edildi. Çekilen servikal ve torakal mrg'de T5-8-11 ve L1-2-3 vertebralarda belirgin yükseklik kaybı tespit edildi ve kontrastlı MRG istenmesine karar verildi. Yükseklik kaybı olan tüm vertebralarda aynı zamanda belirgin heterojen kontrast tutulumu olması nedeniyle yüksek oranda metastaz şüphesi olduğu radyoloji uzmanları tarafından raporlandı ve primerinin araştırılması amacıyla hasta onkoloji servisine yönlendirildi, ancak hasta takibinin başka bir şehirde yapılmasını talep ettiği için ileri araştırma amaçlı olarak onkoloji bölümüne başvurması gerektiği belirtilerek taburcu edildi. Süreç ile ilgili hasta yakınlarına ulaşılamadığından bilgi alınamadı.

Sonuç: Demans olan hastaların iletişim sorunlarının olması ve yeterli kooperasyon kurulamaması, bazı önemli hastalıkların tanısının gecikmesine yol açabilmektedir. Demans hastalarında ve kooperasyon kısıtlılığı yapabilecek diğer hastalıklarda, hastaların şikayetlerinin önemsenmesi gerektiğini ve sorulabilecek birkaç önemli soru ile ciddi hastalıkların tespit edilebileceğinin akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Demans, bel ağrısı, osteoporoz, malignite

S-134 Lomber Transforaminal Epidural Enjeksiyonu Takip Eden Herpes Zoster Vakası

İpek Saadet Edipoğlu, Savaş Şencan, Serhad Bilim, Osman Hakan Gündüz

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

Amaç: Transforaminal epidural steroid enjeksiyonları (TFESE), günümüzde konservatif tedavi yöntemleriyle yanıt alınamayan lomber spinal stenozlu hastalarda yaygın olarak uygulanan etkili bir tedavi seçeneğidir. Buna karşın bazı hastalarda enjeksiyon sırasında yapılan kortikosteroidin immun sistemi zayıflatabileceği ve buna bağlı fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıkabileceği endişesi mevcuttur (1). Çünkü sistemik glukokortikoidler doz bağımlı şekilde fagosit fonksiyonları üzerine inhibitör etki gösterirler. Bunun sonucu olarak viral, bakteriyel ve fungal patojenlerin enfeksiyon oluşturma riski artar.

Olgu: Polikliniğimize başvurdu. Hastaya klinik, fizik muayene ve lomber MRG sonrası lomber spinal stenoz tanısı konuldu. Ek hastalığı olmayan hastanın laboratuvar sonuçları normal idi. Ağrı değerlendirilmesinde VAS (Vizüel analog skala) skoru 7 olan hastaya sağ L5 ve S1 TFESE planlandı. Subpediküler yaklaşımla uygulanan TFESE sırasında 10 mg bupivakain, 80 mg triamsiolon asetat ve 1cc serum fizyolojik karışımı her iki foramene eşit şekilde bölünerek yapıldı. Enjeksiyon sırasında ve sonrası 1. saat kontrolünde herhangi bir komplikasyona rastlanmayan ve VAS skoru 0'a gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi. Enjeksiyondan 3 hafta sonra hastanın yüz bölgesinde yanma hissi şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ trigeminal sinirin V2 ve V3 dal dermatomlarına uyan alanlarda tipik herpetik döküntüler ortaya çıktığını saptadık. İvedi şekilde gerçekleştirilen dermatoloji konsültasyonu herpes tanımızı ve tipik herpetik lezyonları onaylamıştır. Gönderdiğimiz Herpes Simpleks virüsü (HSV) DNA için Polymerase Chain Reaction (PCR) testi de pozitif gelmiştir. Hastanın tedavisine asiklovir 3x400mg 10 gün için başlanmıştır. İlaç tedavisinin ile hastanın cilt lezyonları tamamen kaybolmuş ve herpese bağlı kliniği gerilemiştir. Ancak 4. Aydaki kontrollerinde tam iyileşmenin olmadığı ve zonklama tarzında nöropatik ağrılarının olduğu postherhepetik nevralji kliniğinin geliştiği gözlemlendi.

Sonuç: Bu veriler ışığında, LSS hastalarına TFESE uygulamasın sonrasında steroid kullanımıma bağlı gelişebilecek fırsatçı enfeksiyonlara karşı dikkatli olunması gerektiği kanaatini taşıyoruz. Literatürde benzer herpes ataklarını bildiren vaka sunumları az da olsa mevcuttur (1,2). İlerleyen yaşla birlikte karşılaşma olasılığı artan herpes virüsünün uzun süre latent kaldığı ve immunsupresyona neden olan herhangi bir durumla karşılaşıldığında tekrar ortaya çıkabileceği akılda bulundurmak gerekir. Bundan dolayı, yaşlı hastalarda TFESE uygulamalarında daha düşük dozlarda steroid ya da sadece lokal anestezik içeren ilaç seçiminin daha uygun bir yaklaşım olacağını düşünüyoruz.

Referanslar

1) Parsons SJ, Hawboldt GS. Herpes zoster: a previously unrecognized complication of epidural steroids in the treatment of complex regional pain syndrome. J Pain Symptom Manage. 2003 Mar;25(3):198-9.
2) Makkar JK, Singh NP, Rastogi V. Herpes zoster: are selective nerve root injections the treatment or the cause? Pain Physician. 2010 Mar-Apr;13(2):196-8

Anahtar Kelimeler: Lomber transforaminal epidural enjeksiyonu, herpes zoster, lomber disk hernisi

S-135 Hemiplejik Hastada Üriner ve Fekal İnkontinans Nedeni Olarak Diyabetik Nöropati

Kevser Gümüşsu, Cansu Özkan, Belgin Erhan

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Üriner inkontinans hemiplejide sık görülen bir durum olsa da fekal inkontinans oldukça nadir görülmektedir. Bu olgu sunumunda bir hemipleji hastasında fekal inkontinansın nedeni araştırıldı ve diyabetik otonom nöropatinin sebep olduğunu bulundu.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta 7 ay önce sağ parietal lob periventriküler derin beyaz cevherde ve ponsta laküner enfarkt sonucu gelişen sol hemipleji nedeni ile rehabilitasyon için yatırıldı. Sol kolda ve bacakta güçsüzlük, yürüyememe, idrarını ve gaitasını tutamama şikayeti mevcuttu. Anamnez ayrıntılı sorgulandığında serebrovasküler olaydan önce idrar-gaita kontrolünde kısmen kayıp olduğu ve hemipleji sonrası inkontinansın arttığı öğrenildi. 10 yıl önce tanı konmuş diabetes mellitus dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde kooperasyonu tamdı, konuşma ve yutma normaldi. Yatakta dönme ve desteksiz oturma vardı, ayağa kalkma ve yürüme yoktu. Sol üst ekstremite Brunnstrom (BS) evre 5, sol el BS evre 5, sol alt ekstremite BS evre 4'tü. Spastisitesi yoktu. Üriner ve fekal inkontinansı mevcuttu. Hastanın sol alt ve üst ekstremitesinde patolojik refleksler pozitif ve yüzeyel duyusu azalmış olarak değerlendirildi. Günlük yaşam aktivitelerinde ileri derecede bağımlı idi (Barthel skoru 35). Yatışından 4 hafta sonra hasta walker ile ambule hale geldi. Rektal muayenede anal bölgede hipoestezi, anal tonusta azalma, istemli anal kontraksiyonda kuvvetsizlik mevcuttu. İdrar tutamama ve günde 6 kereyi bulan dışkılama şikayeti nedeniyle bezlenmekteydi. Tetkiklerinde ikinci motor nöron tutulumu olabileceği düşünülerek çekilen lumbosakral manyetik rezonans görüntülemede kaudal lezyon saptanmadı. Radikülopati ve nöropati ayırıcı tanısı için çekilen elektromiyografide ise özellikle alt ekstremiteyi tutan duysal ve motor liflerin birlikte etkilendiği ağır aksonal polinöropati saptandı. Üriner sistem ultrasonografisinde benign prostat hipertrofisi dışında bulgu saptanmadı. Batın bilgisayarlı tomografisi normal sınırlardaydı. Hastamızın kooperasyonunun normal olması ve inkontinansın önceden de varolması etiyolojinin serebrovasküler olay olmadığını düşündürdü.

Sonuç: İnme sonrası üriner ve fekal inkontinans nöral yolakların bozulmasından çok immobilite, kognitif bozukluklar ve fonksiyonel bağımlılık ile ilişkilidir. İnme hastalarının çoğunda bilişsel farkındalık ve mobilite artarsa üriner ve fekal inkontinans iyileşmektedir. Mobilitede iyileşmeye rağmen fekal inkontinans devam ettiği için etiyoloji araştırıldı. Hastamızda 10 yıldır diyabet öyküsü mevcuttu. Diabetes Mellitus gibi sinir hasarı yapan sebepler fekal inkontinansın nadir sebeplerindendir. Otonom nöropatinin komponenti olan bu durum "diyabetik kontrol edilemeyen diyare" olarak isimlendirilir. Vakamızda nörolojik rehabilitasyon hastalarında fekal inkontinans etiyolojisinde nadir görülen diyabetik otonom nöropatiye dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Hemipleji, diyabetes mellitus, inkontinans, otonom nöropati

S-136 Enfeksiyöz Patolojileri ve Kristal Artropatiyi Taklit Eden Yabancı Cisim Sinoviti Olgusu

İlker Fatih Sarı

Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Giresun

Amaç: Monoartrit ayırıcı tanısı geniş kapsamlı hastalıkları içeren klinik bir durumdur. Ayırıcı tanı listesi çok uzun olmakla birlikte enfeksiyon, travma, kristale bağlı artrit ve potansiyel kronik inflamatuar artritlerin başlangıç formu en yaygın görülen dört durumdur. Bu bildiride, diken batması sonrasında 1. metatarsofalangeal (MTF) eklem ve çevresinde akut gelişen şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve ağrısı olan, ayırıcı tanıda yumuşak doku enfeksiyonunun, enfeksiyöz artritin ve kristal artropatinin öncelikli düşünüldüğü yabancı cisim sinoviti olan nadir görülen bir olguyu sunmayı planladık.

Olgu: 30 yaşında kadın hasta sağ ayak başparmak ve ayak sırtında şişlik, kızarıklık, ısı artışı, ağrı ve yürümede zorlanma şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 1 ay önce sağ ayağına diken batmasından 4-5 saat sonrasında bu şikayetleri başlayan hasta ortopedi ve enfeksiyon bölümüne başvurmuş. Çekilen ayak grafisinde sağ ayak başparmak çevresinde yumuşak doku şişliği dışında bir patoloji saptanmamış. Hastaya selülit nedeniyle non-steroidal antiinflamatuar ilaçlara ek olarak muhtelif antibiyotik tedavileri verilmiş. Hastanın 1 ay içinde şikâyetlerinde azalma olmamış, şikâyetleri gün içinde süreklilik arz etmiş. Hastanın hikayesinde olay öncesi diken batması dışında travma, geçirilmiş bir enfeksiyon, ailede romatolojik hastalık hikayesi yoktu. Ayrıntlı romatolojik sorgulaması normaldi. Bilinen bir sistemik hastalığı ve soygeçmişinde bir özelliği olmayan hastanın fizik muayenesinde sağ ayak 1. MTF eklem çevresinde daha belirgin olmak üzere, ayak dorsumunda şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve belirgin hassasiyet mevcuttu. Eklem çevresi tüm yönlerde basmakla hassastı, istirahat ve hareketle ağrılıydı. Visual analog skoru (VAS) istirahatte 7, aktivite sırasında 9'du. Laboratuvar bulgularında beyaz küre:7730, sedimantasyon hızı 29 mm/saat, C- Reaktif Protein: 0.07 mg/dl, Ürik asit: 3.31 mg/dl. Ayak grafisinde yumuşak doku şişliği dışında bir patolojik bulgu yoktu. Hastanın sağ ayak kontrastlı manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) 1.metatars komşuluğunda kas yapılarda sinyal artışı, 1. MTF eklemde efüzyon saptandı. Sinoviyal sıvı analizinde makroskobik bakıda inflamatuar karakterde izlenen sıvının kültür sonucunda üreme olmadı. Daha önce yumuşak doku enfeksiyonu ön tanısıyla çeşitli antibiyotik tedavisi alan ve tedaviye yanıt vermeyen hastaya metilprednizolon 16 mg 1X1, kolşisin 2X1 tedavisi başlandı. Tedavinin 4. gününde ağrıları belirgin düzelen, şişliği azalan hastanın istirahat VAS:0, Aktivite VAS:3'tü. 5. günde tekrar başparmağında şişlik ve kızarıklık gelişen hastanın ağrısı yoktu. Hasta ultrasonografi (USG) eşliğinde tekrar ponksiyon yapılmak üzere girişimsel radyoloji bölümüne yönlendirildi. USG ile yapılan değerlendirmede hastanın sağ ayak 1. MTF eklem düzeyinde cilt altı yağlı dokuda ve eklem çevresinde yaygın heterojenite saptandı. Bu alanda ciltten yaklaşık 1 cm derinlikte 7 mm uzunlukta lineer eko dikkati çekmiş olup yabancı cisim? olarak değerlendirildi. Diken batma hikâyesi de olan hasta yabancı cismin çıkarılması için ortopedi bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: Akut monoartritin ayırıcı tanısı geniş olmakla birlikte, bu bulguyla gelen hastalara penetren travma hikayesi sorgulanmalıdır. Hekim, yaralanması yüzeysel görünse bile eklem boşluğuna yakın bir delici yaralanma sonrası eklem tutulumundan şüphe etmelidir. Radyografi veya ileri inceleme yöntemleri yabancı cisim tespitinde yardımcı olabilmekle birlikte, yabancı cisim her zaman tespit edilemeyebilir. Yapılan çalışmalarda USG'nin tahta yapısındaki parçaların tespitinde sensitivitesi %85-95 oranında değişmektedir. Erken ve uygun şekilde tedavi edilmeyen yabancı cisim sinoviti eklem ve çevresindeki dokunun ciddi şekilde tahrip olmasına neden olabilir. Bu yüzden bu bildiride olduğu gibi akut monoartrit ile gelen hastalarda yabancı cisim sinovitini ayırıcı tanıda düşünmek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İnfeksiyöz artrit, kristal artropati, monoartrit, yabancı cisim sinoviti

S-137 Kronik Bel Ağrılı Hastada Brusellar Spondilodiskit: Olgu Sunumu

Ahmet Karakoyun[1], Yalkın Çalık[2]

[1]Aksaray Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aksaray
[2]Bolu İzzet Baysal FTR Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu

Amaç: Bruselloz dünya geneline yayılmış, kas-iskelet tutulumu ön planda birçok organ ve sistem tutulumuna yol açan bir hastalıktır. Klinikte kronik, progresif ve yavaş ilerleyen formu ile omurga, sakroiliyak ve periferik büyük eklemlerin etkilendiği kas-iskelet tutulumu sık görülür. Sırt-bel ve eklem ağrıları gibi genel semptomlarla seyreden, osteoartiküler tutulumun en sık görülen klinik durumlarından biri olan brusellar spondilodiskit, omurgayı tutan diğer hastalıklarla karışabilir. Çalışmamızda, yaklaşık 5 aydır bel ağrısı şikayeti ile çeşitli kliniklerde tedavi edilen brusellar spondilodiskit tanısı konan bir olgu sunuldu.

Olgu: Yaklaşık 5 aydır bel ağrısından şikayet eden 39 yaşındaki kadın, bu şikayeti için nöroloji ve ortopedi kliniklerinde yapılmış rutin tetkik ve tedaviye rağmen iyileşme olmadığı ve giderek artan bel ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde vücut ısısı 38.1° C, vücut ağırlığı 65 kg, boy 162 cm idi. Bel ve kalça hareketleri her yöne ağrılıydı. Bel ağrısı bacaklara doğru yayılıyordu. Hasta yorgunluk ve kilo kaybı tarif etmişti. Hastanın pastörize olmayan süt, süt ürünleri tüketimi öyküsü mevcuttu. Hastanın kan testlerinde; wbc 6590/ mm3, CRP 11.5mg/L Hb, 10.8 g/dl ve eritrosit sedimantasyon hızı 36 mm /saat idi. Kan biyokimyası, ASO ve RF değerleri negatif, Rose bengal testi pozitifti. Standart tüp aglütinasyon testi sonuçları 1/1280 (pozitif) idi. Hastadan lomber MRI istendi. MRI'de; L4-L5 vertebra korpuslarında hipointensite, bu seviyede intervertebral disk mesafesinde azalma, vertebral disk aralığına bakan vertebral yüzeylerde kortikal düzensizlik ve kontrast tutulumu saptandı. Bu bulgular spondilodiskit ile uyumlu bulundu (Şekil-1). Hastaya brusellar spondilodiskit tanısı konuldu. daha sonra enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edildi. Hastaya medikal tedavi olarak doksisiklin, streptomisin ve rifampisin başlandı. Hastanın iki hafta sonraki kontrollerinde şikayetleri belirgin derecede azalmıştı. Hastanın şikayetleri tamamen düzelip radyolojik düzelme sağlanana dek tedavisine devam edilmesi planlandı.

Tartışma: Bruselloz; başlıca semptom ve bulguları ateş, halsizlik, terleme, eklem ağrıları, bel ve sırt ağrısı ve kilo kaybı ile kendini gösteren enfeksiyöz bir hastalıktır. Çeşitli sistemleri tutmakla beraber, en sık görülen kas-iskelet sistem komplikasyonu, genellikle spondilodiskit şeklindedir. Çoğu zaman, lomber vertebralar etkilenir. Spondilodiskit, intervertebral diskin ve komşu vertebraların inflamasyonudur. Bu nedenle omurgayı tutan lomber diskopati, tüberküloz spondilit, metastatik lezyonlar ve spondilozisle karışabilir. Bu yüzden ayırıcı tanı çok önemli olmakla beraber hastalardan gerekli kan testleri, brucella aglütinasyon testleri ve MRI tetkikleri mutlaka yapılmalıdır. Brusellar spondilodiskitin tedavisinde sistemik bruselloza göre daha uzun süre tedavi gerekli olup, bu süre hastanın klinik durumuna ve görüntülemelerine bağlı olarak hastadan hastaya değişmektedir.

Sonuç: Bruselloz, erken tanı ve tedavi ile önlenebilir bir hastalıktır. Brusellar spondilodiskit ise tanısı pek çok nedenin aynı klinik tabloya sebep olabilmesi nedeniyle kolayca gözden kaçabilir. Bruselloz vücutta pek çok sistemi tutabildiği için ve özellikle endemik bölgelerde yaşayan insanlar için, ateş, halsizlik ve bel ağrısı gibi osteoartiküler bulguları olan hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Ayrıca spondilodiskite bağlı nörolojik komplikasyonlar, spinal cerrahi gereksinimi ve kalıcı sekeller sık görülebileceği için klinik tanının konması ve tedavinin gecikmemesi açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, brusella, spondilodiskit

S-138 A Rare Cause of Generalised Pain: Case Report of Osteopoikilosis and Fibromyalgia Coexistance

Volkan Yılmaz

S.B Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Objective: Osteopoikilosis (OPK) is known to be a sclerosing bony dysplasia of unknown etiology with multibl enostosis. Although it is a rare situation it may present with fibromyalgis syndrome (FMS)

Case: A 36 years old female patient presented our outpatient clinic suffering from generalised body pain particularly in both hands which increases with household tasksand joint stifness at hand joints up to a hour in the morning, fatigue and sleep disturbance. Her medical history was including primary hypertension and hypothyroidism. Her physical examination revealed no swelling or tenderness in hand joints, normal range of motion and sensorymotor findings. 14 of 18 points according to ACR diagnostic criteria including suboccipital muscle insertions, trapezius and suprspinatus muscles, second costochondral junctions, medial epicondyles, knees and gluteal regions were tender by deep palpation. Plain radiographies of both hands revealed no sign of fracture, dislocation or any other signs of joint disease. However we found incidentally mutible ovoid and spheric, sclerotic foci at radius and ulna epiphysis, carpal and metacarpal bones, proximal and distal epiphysis of the phalangeal bones. Biochemical examination including sritrocyte sedimentation rate (ESR), rheumatoid factor (RF), C-reactive protein (CRP), anti-nuclear antibody (ANA), anti double strand DNA (anti-ds-DNA), anti cyclic cytrulinized protein (anti CCP), serum urea, creatin, alanine and aspartate aminotransferase (ALT and AST), total protein and albümine, total and ionized caclcium, sodium, potassium, phosphorus, magnesium, alkaline phospahatase (ALP), vitamin D (25(OH)D3), tumor markers, parathormone, thyroid stimulating hormone (TSH) and throid hormones (T3 and T4) were normal. Duloxetin 30 mg/day was prescribed to patients with FMS diagnosis and range of motion exercises for both hands were recommended.

Conclusion: OPK may be presented with different rheumatological diseases. Coexistance with fibromyalgia is rare. However, in such conditions pain may be the leading symptom.

Keywords: Fibromyalgia, osteopoikilosis, pain

S-139 Göğüs Ağrısı Nedeniyle 3 Kez Koroner Anjiyografi Yapılan Hastada Nöralterapi ile Dramatik İyileşme; Olgu Sunumu

Mustafa Şengül[1], Sebahat Tekeli Şengül[2], Evren Yaşar[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Kardiyoloji polikliniklerine göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların önemli bir kısmını miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) kaynaklı non-kardiyak göğüs ağrısı şikayeti olan hastalar oluşturmaktadır. Bu tanı sıklıkla gözden kaçmakta ve hastalar koroner anjiyografi gibi hem maliyeti yüksek, hem de hastalar için büyük komplikasyon riski olan işlemlerin yapılmasına neden olmaktadır. Yazımızda göğüs ağrısı şikayetiyle kardiyoloji polikliniğinden kliniğimize yönlendirilen ve nöralterapi uygulanarak tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 66 yaşında bayan hasta kliniğimize 4 yıldır devam eden ve son 2 aydır artan göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ağrıları göğsünün özellikle sol kısmında yoğundu. Hasta bu şikayetlerle kardiyoloji polikliniğine defalarca başvurmuş ve hastaya 4 yıl içinde 3 kez koroner anjiyografi uygulanmıştı. Tüm koroner anjiografi sonuçları normal olarak gelen hasta göğüs ağrısı nedeniyle son 1 yıldır anti-anjinal (ranolazin 500mg 2x1, trimetazidin 35 mg 2x1) ilaçlar kullanıyordu. Hasta ara ara nonsteroid antienflamatuar ilaçlar kullandığını ve boyun bölgesine yönelik fizik tedavi aldığını fakat tüm bu tedavilerden fayda görmediğini söylüyordu. Hastanın hikayesinde 4 yıl önce sevdiği bir yakınını kaybettiği ve bu kayıp sonrası göğüs ağrısı şikayetlerinin arttığı öğrenildi. 40 yıl önce mide ülseri nedeniyle geçirilmiş bir operasyon hikayesi mevcuttu. Hastanın lokomotor sistem muayenesinde, üst ekstremite muayenesi normaldi. Boyun hareketleri her yöne rom sonu ağrılı kısıtlı idi. Bilateral trapezlerde gergin bantları mevcuttu. Sol ön göğüs duvarında pektoralis major ve interkostal kaslarda palpasyonla hassasiyeti mevcuttu. Kibler cilt kaydırma testi T1-T8 pozitif olarak değerlendirildi. Bel hareketleri açık her yöne rom sonu ağrılıydı. Nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın yapılan laboratuvar testlerinde anormallik saptanmadı. Hastanın ilk değerlendirmesinde Vizuel Analog Skalaya (VAS) göre göğüs ağısı şiddeti 9 olarak kaydedildi. Hastaya bu şikayetlerle nöralterapi başlandı. Tedavide lokal segmental ve operasyon skarına bozucu alan uygulamaları yapıldı. Enjeksiyonlar sırasında ve sonrasında herhangi bir yan etkiyle karşılaşılmadı. Hastaya uygulanan toplam 5 seans nöralterapi sonrasında hastanın VAS değeri 9'dan 1'e geriledi. Hastanın anti-anjinal ilaçları kesildi. Hastanın 1. ve 3. aydaki kontrollerinde iyilik halinin devam ettiği ve VAS değerlerinde artma olmadığı görüldü.

Sonuç: Olgumuzda elde ettiğimiz yüksek iyileşme düzeyleri non-kardiyak göğüs ağrısının tedavisinde nöralterapinin önemli bir yere sahip olabileceğini göstermektedir. Düşük maliyeti ve kolay uygulanması, yan etkisinin neredeyse hiç olmaması ve hızlı tedavi cevabı gibi nedenlerden ötürü non-kardiyak göğüs ağrısının tedavisinde nöralterapinin etkinliğinin araştırılması ve geniş çaplı özgün klinik araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Non-kardiyak göğüs ağrısı, koroner anjiyografi, nöralterapi

S-140 Acute Pseudo-Septic Arthritis; Developed Hours After First Hyaluronic Acid İnjection For Knee

Tuba Baykal, Serpil Savaş

Department Of Physical Therapy And Rehabilitation, Suleyman Demirel University, Isparta, Turkey

Objective: To report an atypical clinical manifestation of a rare complication of intra-artricular hyaluronic acid injections.

Case: Hyaluronic acid (HA) is one of the main components of synovial fluid. It is synthesized by the synovial membrane and secreted into the joint cavity. HA is a high-molar mass gycosamino glycan that gives the required viscosity to synovial fluid for its lubricant function. In osteoarthritis (OA), the molecular weight and concentraion of HA are reduced, engendering reduced fluid viscosity and elasticity. That is why, intra-artricular HA is one of the several theurapeutic agents for knee OA. While side affects -apart from inflammatory reactions and flares at the injection site- of intra-artricular HA injection are rare, there are cases of acute pseudo-septic arthritis, following HA supplementation. A-63-year old woman presented with right sided knee pain. She had a long- standing knee pain history with at least 4 years, particularly at the medial site of the right knee and exacerbating with standing and short time walking. In last 6 months, she had consulted two different external clinic, both of which confirmed stage 3-4 knee OA. Prior to her visit (approximately two months ago) to Physical Therapy and Rehabilitation Department of Medical Faculty of Suleyman Demirel University, she underwent platelet reach plasma (PRP) injection of right knee. Because of suffering from persistent pain, after physical examination, radiographic confirmation, ultrasonographic evaluation and no inflammatory signs of blood tests, we applied intra-artricular hyaluronic acid injection to her knee under aseptic conditions. After 4 hours of injection she consulted to an Orthopedics and Traumatology Department without our knowledge. She had been admitted and underwent an artroscopic surgery as to be considered septic arthritis with high inflammatory markers on blood tests, but not confirmed with blood and synovial fluid **cultures after surgery.**

Conclusion: In this report, our aim is to raise awareness of possibility of early developing of acute pseudo-septic arthritis within hours after intraartricular HA injections and also in the first injection without due to prior immune sensitization. This awareness can reduce the non-essential surgical approaches instead of non-invasive basic conservative treatments.

Keywords: Pseudo-septic arthritis, hyaluronic acid injections, knee osteoarthritis, complication

S-141 Nadir Görülen ve Tanısı Zor Olan Bir Hastalık, Sinoviyal Kondromatozis: Olgu Sunumu

Oya Ümit Yemişci[1], Selin Özen[1], Hamide Kart Köseoğlu[2]

[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[2]TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sinoviyal kondromatozis (SK) nadir görülen, benign, eklem, tendon kılıfı yada bursada görülen, subsinoviyal dokuda hiyalin kartilaj nodülleri ile karakterize bir tümördür. SK çoğunlukla, 30-50 yaşlar arasındaki erkeklerde görülür ve diz eklemini etkiler. Burada nadir görülen, ayrıcı tanısı zor olan bir SK vakası sunmaktayız.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta, üç aydır devam eden ve son bir ay içerisinde şiddetlenen sol kalça ve kasık ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Ağrısı sol kalçanın üstüne yatmakla ve hareketle artıyor iken, gece ağrısı ve sabah tutukluğu olmamış. Yakın tarihte tırnaklarında pitting ve saçta kepeklenme olan hastaya, skuamöz dermatit tanısı konmuş ve topikal kortikosteroid tedavisi başlanmış. Fizik muayenede, palpasyonla sol kasıkta hassasiyet mevcut olup, iç rotasyon ve abdüksiyon ağrılı idi. Eklem hareket açıklığında (EHA) kısıtlılık yoktu. Bel hareketleri doğaldı. Hafif antaljik yürüyüş paterni sergileyen hastanın, çekilen anteroposterior pelvis ve lateral kalça grafisinde patoloji saptanmadı. Hastaya konservatif tedavi uygulandı. Birinci ayın sonundaki kontrolünde şikayetleri devam etmekte idi ve kalça hareketlerinde kısıtlılık gelişmişti. Rutin kan tetkiklerinde, C reaktif protein 36.8mg/l saptandı. Anti nüklear antikor pozitif, romatoid faktör ve anti siklik Sitrüllinlenmiş peptid (anti CCP) negatif saptandı. HLA B 27 negatif, HLA B5 ise pozitif saptandı. Ekstraktabl nükleer antijenler paneli normaldi. İnflamatuvar spondiloartopati ve lumbal radikülopatiyi ekarte etmek üzere, lumbal ve kontrastlı sakroiliak magnetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi; patoloji saptanmadı. Kalça MRG de, sinovite bağlı olabilecek effüzyon saptandı. Hastanın tek taraflı baston ile mobilize olması önerildi. İntraartiküler sıvı aspiratı kültüründe üreme olmadı. Romatolojiye danışılarak, psöriatik artrit ön tanısı ile hastaya metotreksat ve sulfasalazin başlandı. Altı ay süren tedaviye ve intraartiküler steroid enjeksiyonuna rağmen, hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı. Kontrol kalça direkt grafisinde, femur başı çevresinde kalsifikasyonlar görülmesi üzerine, kalça bilgisayarlı tomografisi çekildi ve hastadan ultrason eşliğinde sinoviyal biyopsi alındı. Histopatolojik sonuçlar SK ile uyumlu geldi ve ilk başvurudan yaklaşık bir yıl sonra, hastanın sol kalçası disloke edilerek debridman cerrahisi yapıldı. Post op altıncı haftada, hasta sol kalçasına kısmi yük vererek fizik tedavi programına başladı. Hastanın kalça ağrısı şikayetleri geriledi. EHAlar iç rotasyonda minimal kısıtlılık haricinde açık idi.

Sonuç: Sinoviyal kondromatozis, tipik olarak konservatif tedaviye cevap vermeyen kalça ağrısı ve EHA kısıtlılığı şikayetlerine yol açabilir. Etiyopatogenezinde yer alan sinoviyal sıvıdaki biyokimyasal değişiklikler ve eklemdeki mekanik deformasyonlar, kıkırdak destrüksiyonuna ve kalıcı artritik değişikliklere yol açabilmektedir. Sinoviyal kondromatozis in erken safhalarında, tipik radyografik veya MRG bulgularının olmaması, tanı ve tedaviyi geciktirebilmektedir ki, bu durum vahim sonuçlara sebep olabilir.
Bu olgu, SK tanısı konulmasının zorluğunun altını çizmektedir. Sinoviyal kondromatozis in ayırıcı tanısında birçok ekstraartiküler - intraartiküler kalça patolojileri, mekanik ve inflamatuar bel patolojileri yer almaktadır. Olgumuz, sinoviyal kondromatozis nadir görülmesine rağmen, orta yaşlarda başlayan, inatçı kasık ağrısı ile gelen hastaların ayırıcı tanısında, SK nın da yer almasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sinoviyal kondromatozis, kalça ağrısı, sinovit, kalsifikasyon

S-142 Acupuncture Proved To Be More Effective Than Neural Therapy And Physiotherapy For A Patient With Fibromyalgia Syndrome, and Panic Attack: Case Report

Evren Kul Panza

Private Erdem Hospital, İstanbul

Objective: To see the effects of acupucture in Fibromyalgia syndrome, and panic attack.

Case: The patient was a woman of 36 years having Fibromyalgia syndrome (FMS). She was having overall muscle pain being mostly cervical; pain on her face under the eyes, sensation of 'burning', and hyperesthesia on her face accompained with headache for three years. She was complaining of her panic attacks, and anxiety as well.She had a chronical tiredness, and migrating pain all her body, and was feeling 'unrested' in the mornings. She had been using various analgesics, and lately an antidepressant also, but were useless.
She seemed to me a perfect candidate for acupuncture treatment because, she was having multiple complaints, most based on anxiety, chronical complaints based on pain, and hyperesthesia. However, the patient insisted me about having 'neural therapy'. Since neural therapy is a also another appropriate choice of treatment for FMS, I made 3 sessions of neural therapy to her(mainly quaddel); around the paracervical region, and in front, around the supraclavicular region, and behind mandibula. She had 8 sessions of physiotherapy as well. After 1 week, she stated a slight decrease(20-25%) on her pain, and hyperesthesia, and no change in her panic attack. So, I began acupuncture. A total of 6 acupuncture sessions was applied. After the 6th session, her complaints have passed. The VAS changed from 9/10 to 3/10. She stated that she was beginning to feel better, even after the 1st session, and the improvement continued gradually after each. All the acupuncture treatment period lasted for 1 month. In the past, she said that she was always scared to have panic attack, but now they disappeared completely. Also, in the physical examination: her range of motion of the neck was open, and painless. In the follow-up visit after 1 month, all the good results were persistent.
After 3 sessions of previous neural therapy together with physiotherapy, the decrease of pain was 25%, while after acupuncture it was like 67 %. Also even if the previous treatments did not help her panic attack, acupuncture did.

Conclusion: Acupuncture was found to be a more effective treatment for FMS, compared to neural therapy, and physiotherapy.

Keywords: Acupuncture, fibromyalgia syndrome, panic attack, neural therapy

S-143 Spontan Aşil Tendon Rüptürü,Tipik Semptomsuz

Seher Kara

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Spontan aşil tendon rüptürleri sık karşılaşılan durumlar değillerdir. Uzun süre sistemik kortrikosteroid kullanımına bağlı alt ekstremitede spontan aşil tendon rüptürleri gelişebilir.

Olgu: 57 yaş erkek hasta,18 yıllık romatoid artrit hastası.Polkliniğimize ilaç yazdırmak amaçlı başvurdu. Alınan anamnezde eklem ağrılarının medikal tedavi ile kontrol altında olduğunu belirten hastaya yapılan rutin fizik muayene sırasında aşil tendon bölgesinde boşluk palpe edildi.Hasta sponton aşil tendon rüptürü tanısı aldı.Hastamızda aşil tendon rüptünde olmasını beklediğimiz(ağrı,hareket kısıtlılığı,yürüme güçlüğü vb) semptomlar yoktu.

Sonuç: Hastalar bazı durumlarda hastada olmasını beklediğimiz tipik semptom ve bulguları taşımayabilir.Bu nedenle polklinik koşullarında ayrıntılı fizik muayene yapmak tanı koymada ve bazı tanıları geciktirmemede değerlidir.

Anahtar Kelimeler: Aşil tendonu, rüptür, steroid

S-144 Rituksimab Tedavisi Sonrasında Gelişen Febril Nötropeni Olgusu

Emine Dede[1], Yılmaz Savaş[1], İbrahim Koçak[2], Sami Hizmetli[1]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Rituksimab (RTX), selektif olarak CD20 (+) B hücreleri hedefleyen kimerik yapıda bir monoklonal antikordur. Klinik kullanımda çok iyi güvenlik profiline sahip olmasına rağmen nötropeni, ilacın idiyosenkrazik yan etkisidir. RTX uygulaması sonrası erken ve geç başlangıçlı olmak üzere 2 türlü nötropeni tanımlanmıştır. Bu olgu sunumu ile nadiren görülse de RTX'ın nötropeni ve potansiyel ciddi enfeksiyon riskine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 61 yaşında kadın; bilinen 15 yıldır diyabet ve HT tanılı hasta yaklaşık 10 yıldır romatoid artrit (RA) tanısı ile kliniğimizde takip edilmektedir. Tedavi sürecinde sırasıyla sentetik DMARD kombinasyonu, adalimumab ve tosilizumab tedavisine rağmen klinik takiplerde hastalık aktivasyonu gelişmesi üzere hastaya RTX 1000 mg infüzyonu planlandı. 1.kür uygulamadan bir hafta sonra ateş, ishal ve kusma şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın FM'de 39 °C ateş dışında özellik yoktu. Laboratuarda; lökosit sayısı 1670/mm³ (nötrofil:260/mm³), sedimantasyon 37 mm/saat, CRP 230 mg/dL idi. Hastaya hematoloji kliniği tarafından febril nötropeni tanısı ile yatış verildi. Filgrastim (Neupogen) 48 MU ve ampirik meropenem tedavisi başlandı. Tedavinin 3.gününde nötrofil sayısı >1000 mm³ olan hasta enfeksiyon hastalıklarına devredildi. Enfeksiyon odağı gastrointestinal sistem olarak değerlendirilen ve 10 gün iv meropenem + siprofloksasin antibioterapisi alan hastada enfeksiyon bulguları tamamen geriledi.

Sonuç: RTX uygulaması sonrası erken başlangıçlı nötropeni (EBN) nadiren görülmekte olup literatürde yalnızca yedi hastada raporlanmıştır. Nötrofiller CD20 eksprese etmezler, bu nedenle de RTX ilişkili nötropeninin nedeni tam anlaşılamamıştır. Geç başlangıçlı nötropeni (GBN) için anti-nötrofil antikorları ve granülosit büyüme inhibisyonu dahil çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür; ancak EBN için ortaya atılan görüş mevcut değildir. Olgumuz için geçerli olabilecek RTX'ın leflunamid ile birlikte kullanımının nötropeni riskini artırabileceği olasılığıdır. Nadiren görülse de RTX tedavisi sonrası gelişebilen nötropeni ve potansiyel ciddi enfeksiyon komplikasyonlarının farkında olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, rituksimab, nötropeni

S-145 Does Blocking Of TNF Alpha Prevent The Protective Effect Against Tumors? Case Series

Deniz Dülgeroğlu, Emel Ekşioğlu, Ajda Bal, Azize Serçe, Bilge Kesikburun, Yasemin Tombak, Feyza Çelikel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Objective: The risk of anti-TNF-α treatments leading to malignancy has not been clarified clearly. Small amounts of TNF, mediating various pro-tumor effects, can be detected in the micro-environment of many tumors.These include inflammatory cell migration, angiogenesis, tumor growth, metastasis, pleural effusion, and resistance to chemotherapy(1).High doses of TNF-α increase the necrosis of tumor cells, stimulate the antitumor immunity and trigger the tumor's vascular collapse.Therefore, TNF-α blockage may increase the risk of malignancy(2,3).In these case series, attention was drawn to malignancies occurred during the anti-TNF treatment of 5 patients.

Case1: EŞ, 60-year-old male had been started on salazopyrin (SLZ), methotrexate (MTX) 20 years ago with the diagnosis of PsA.In 2003, 300 mg/8-weeks infliximab (INF) was added to the treatment due to extensive skin lesions and increased joint pain.The patient, who was in remission, was diagnosed with acinar type prostate adenocarcinoma in 2013.INF was stopped.

Case2: FD, 50-year-old woman was diagnosed with PsA in 2010.Adalimumab (ADA) was given to the patient who received SLZ and NSAIDs.After a year, 15 mg/week MTX was added due to unresponsiveness to ADA.Etanercept (ETA) was started in 2012 due to an increase in clinical activity.She was followed up with a low disease activity until 2014.In 2015, a naevus seen in the left maxilla was excised by plastic surgery and its pathology was reported as lentigo maligna.ETA has been stopped.

Case3: AÇ, 61-year-old man, diagnosed with PsA in 2006.Using MTX and SLZ, the patient had to cut these medications due to side effects and ETA was started instead.Clinical activity was decreased in his 3-month follow up and he stayed in remission until 2015 with only ETA. In January 2015, the patient had a high-grade glial tumor in his brain.ETA treatment was discontinued.He received radiotherapy for 1 month and continued his treatment with chemotherapy.

Case4: ÖA, 39-year-old patient with AS for 11 years using NSAİİ started using ADA because of increased clinical activity.Due to ineffectiveness to ADA after 2 months, he started using Golimumab for the next 12 months.Because of side effects, we switched to ETA during 40 months.In the meantime, a total thyroidectomy was performed due to thyroid nodules. Thyroid papillary carcinoma is reported by pathology.ETA was stopped and treatment continues with SLZ and NSAIDs.

Case5: GK, 50-year-old woman with PsA diagnosis for 24 years.MTX was used at a dose of 15 mg/week for 4 months.When NSAIDs and SLZs were not enough, ADA was started in 2014.In 2017, total thyroidectomy was performed due to nodular goiter and its pathology was reported as a **papillary carcinoma.ADA was stopped.**

Conclusion: In recent years, the incidence of cutaneous squamous cell carcinoma has been reported to be increased in psoriasis patients with anti-TNF(4).In a meta-analysis, only 112 of 15539 patients in 32 studies had malignancy;There is no evidence of a relationship between anti-TNF agents and cancer risk (5).In the meta-analysis of Bongartz, the risk of malignancy increased (6).Although it is early to be clear about this issue, caution should be taken in both solid and hematological malignancies under the use of anti-TNF.

Keywords: Rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, anti-tumor necrosis factor alpha, malignancy

S-146 Romatoid Artrite Sekonder İmmünglobülin A Nefropatisi: Olgu Sunumu

Ercan Kaydok

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Niğde

Amaç: Romatoid atritte(RA) böbrek tutulumu sıklıkla göz ardı edilen bir tutulumdur. Bu sunumda sistemik semptomu olmayan RA'lı hafif proteinüri ve lökositüri saptanan hastanın immünglobülin A nefropatisi tanısı almasına giden süreci irdelemeye çalıştık.

Olgu: 22 yaşında bayan hasta, 5 aydır özellikle el-el bileği ve diz eklemlerinde ağrı ve son 2 aydır el pif ve mkf eklemlerinde şişlik ve 2 saate yakın süren sabah tutukluğu şikayeti mevcut. Muayenede her iki el bileği, 2-3-4. mkf ve 2.3.4.5. pif eklemleri ile sol dizde şişlik, sağ diz, her iki dirsek, diğer her iki el 1. 5. Mkf de hassasiyeti mevcuttu. Sistemik sorgulamasında ek şikayeti yoktu. Laboratuvar incelemesinde CRP:89; Sedimantasyon:86, RF:126 olduğu saptandı. İdrar tetkikinde 1+ protein ve 5-6 lökosit saptandı. Hastanın idrar kültürü, ANA, Anti Ds DNA ve ANCA tetkikleri istendi. 10 mg/gün prednizolon tedavisi başlandı. 10 gün sonraki kontrolünde istenen tetkileri normal gelen hastanın sedimantasyonu 69'ye, crp si 15'e düştü. İdrarda protein pozitifliğinin devam etmesi üzerine yapılan 24 saatlik idrarda protein değeri 560mg/dl çıktı. Hasta nefroloji ile konsülte edilerek yapılan renal biyopside bulgular İmmünglobülin A nefropatisiyle(İgAN) uyumlu geldi. Gebelik düşünen hastanın böbrek fonksiyonlarının normal seyretmesi ve proteinürisinin prednizolon tedavisine yanıt vererek 76mg/dl değerine kadar düşmesi nedeniyle ek tedavi planlanmadı. Hasta 1 yıllık takiplerinde proteinüri ve böbrek fonksiyonlarında ilerleme gözlenmedi.

Sonuç: Toplumdaki sıklığı %1 olan, RA en sık gözlenen inflamatuvar eklem hastalıklarından biridir. Hastaların %40 ında ekstraartiküler tutulumlarda gözlenebilir. RA'ya spesifik bir böbrek lezyonu yoktur. Ancak idrar anormallikleri ve böbrek disfonksiyonu sıktır. RA'lı hastalarda kronik böbrek yetersizliği (KBY) sıklığı değişik serilerde %5-50 arasındadır ve ölümlerin %20'si renal hasara bağlıdır. RA'da en sık görülen böbrek tutulumları; membranöz nefropati, amiloidoz, fokal mesangial proliferatif GN, romatoid vaskülit ve analjezik nefropatisidir. İmmunglobulin A Nefropatisi (IgAN), diffuz yaygın mezangial IgA birikimi ile karakterize mezanjio-proliferatif glomerülonefrit (GN) tir. Biyopsi çalışmalarında immunfloresan inceleme tekniği ile tanınmıştır. Tüm dünyada en yaygın primer GN, IgAN dir. Başlangıçda benign olduğu düşünülen IgAN hastalarının %25-50 sinde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) geliştiği bilinmektedir. Klasik olarak mezangiumda IgA birikimi ile birlikte asemptomatik mikroskobik hematüri veya tekrarlayan makroskobik hematüri atakları ile karakterizedir, ancak glomerüler hastalık klinik sendromlarının tümü ile seyredebilir. Sıklıkla idiyopatik olmakla beraber, çeşitli hastalıklara bağlı sekonder IgA nefropatisi gelişebilir (Tablo 1). Patogenezinde rol oynayan immünflöresan mikroskobideki karakteristik mezangial alanda granüler IgA ve C3 birikiminin, hastalığın alternatif yolla kompleman aktivasyonuna yol açan dolaşan immün komplekslerin birikiminden kaynaklandığını düşündürmektedir. IgA nefropatisinin tedavisinde yapılan çalışmalar proteinüriyi azaltmak ve GFH'ndaki ilerleyici kaybı engellemek için anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörlerinin ve anjiotensin reseptör blokerlerinin yararını desteklemiştir(Tablo 2). Son zamanlardaki çalışmalar proteinürisi günde 1 gramın üzerinde olan normal renal fonksiyonlu olgularda 6 aylık kortikosteroid tedavisininde yararlı olabileceğini düşündürmektedir. İlerleyici seyir gözlenen hastalarda kortikosteroidlerle kombine olarak siklofosfamid, azatioprin veya mikofenolat mofetil gibi ajanlar denenebilir, ancak sonuçlar çelişkilidir. RA'da sıklıkla patolojik idrar bulguları ve böbrek fonksiyon bozukluğu gözlenmektedir. Hematüri ve veya proteinüri geliştiğinde mezangial proliferatif GN ve IgA nefropatisi gibi tutulumlar, uzun süreli RA sırasında ortaya çıkan proteinüride amiloidoz akla gelmelidir. Kesin tanı için uygun hastalarda böbrek biyopsisi yapılmalıdır. RA takip sürecinde renal tutulum açısından kreatinin ve idrar tetkiki ile kontrol edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: IgA nefropatisi, proteinüri, renal tutulum, romatoid atrit

Tablo 1.Sekonder IgA nefroptisinin nedenleri

Henoch-Schönlein purpurası	HIV infeksiyonu	Toksoplazmozis
Seronegatif spondiloartropati/ Ankilozan spondilit	Romatoid Artrit	Reiter sendromu
Celiac hastalığı	Gluten enteropatisi	Dermatitis herpetiformis
Crohn hastalığı	Karaciğer hastalığı	Alkolik siroz
Tümörler	Siklik nötropeni	İmmün trombositopeni
Sklerit	Sicca sendromu	

Tablo 2. İmmünoglobulin A nefropatisi için kanıta dayalı tedaviler

KDIGO Önerisi	KDIGO Kanıt Seviyesi
Efektif	
ACE inhibitörü/ ATII Reseptör Blokerleri	1B(Önerilen-Orta)
Kortikosteroidler	2C(Önerilen-Düşük)
Şüpheli	
Balık Yağı	2D(Önerilen-Çok düşük)
Siklofosfamit	2D(Önerilen-Çok düşük)
Etkisiz(Kullanılmamalı!!)	
Azatiopirin ve Mikofenolat mofenil	2C(Önerilen-Düşük)
Tonsillektomi	2C(Önerilen-Düşük)
Antiplatelet ajanlar	2C(Önerilen-Düşük)

S-147 A Disastrous Side Effect of Tofacitinib Treatment in Rheumatoid Arthritis Patient; Necrotizing Fasciitis in Abdominal Wall

Yılmaz Savaş[1], Emine Dede[1], Mustafa Alperen Servi[2], Sami Hizmetli[1]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Division of Rheumatology, Cumhuriyet University Faculty of Medicine,Sivas, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Sivas,Turkey

Objective: Rheumatoid arthritis is a systemic inflammatory disease effecting synovial joints. Newly discovered potent oral medicine, namely tofacitinib, has become more popular in treatment of not only rheumatoid arthritis but also in other common diseases such as psoriasis, alopecia areata atopic dermatitis, vitiligo, inflammatory bowel disease, and hypereosinophilic syndrome. Tofacitinib is a potent selective janus kinase (JAK)1 and JAK 3, which leads to signal blocking for inflammatory cytokines of IL-2, IL-6, IL-7, IL-12. Although tofacitinib treatment seems to be effective and safe in rheumatoid arthritis patients, there may be several side effects in order of frequency; nasopharyngitis (19.1%), URTI (17.9%), bronchitis (12.6%), urinary tract infections (12.5%); but serious infections reported in 8.9% of patients. The serious infections include pneumonia, herpes zoster, cellulitis, gastroenteritis, and diverticulitis. In this case, we report a case of necrotizing fasciitis in diabetic rheumatoid arthritis patient who had been treated with tofacitinib since last 3 months.

Case: A 55-year-old female patient having history of hypertension and uncontrolled diabetes mellitus who has been regularly followed up for seropositive rheumatoid arthritis during last 11 years. She was treated with different combinations of DMARDs for 4 years, then treated with etanercept for two years, infliximab for one year, rituximab for 5 years, tocilizumab for 6 months. During tocilizumab treatment, she had complication of acute suppurative lymphadenitis treated with surgical drainage and antibiotherapy. After three months of tofacitinib treatment, disease activity was low. However, she admitted to emergency department with high fever, leukocytosis, intractable pain on left side of umbilicus just after 3 months of treatment with tofacitinib. Evaluation of scar tissue on abdomen by surgical department revealed the diagnosis of necrotizing fasciitis. She operated immediately, scar tissue debrided, proper intravenous antibiotherapy with piperacillin-,tazobactam, vancomycine, metronidazole, ceftriaxone, ampicillin sulbactam, and also local wound treatment with nitrofurazone and rifampicine has been applied. Beyond antibiotherapy, negative pressure wound therapy (NPWT) device for fast and effective wound closure started to be used for better treatment. The blood glucose level of patient also controlled in acceptable levels, of course with immediate cessation of tofacitinib and methylprednisolone treatments.

Conclusion: Necrotizing fasciitis is a devastating infection which can lead to death of patient immediately. Patients treated with tofacitinib should be controlled for any suspicious skin lesions which may have irreversible results. The uncontrolled blood glucose levels, older age, higher line of therapy, long duration of rheumatoid arthritis, and Asian-patients are under high risk of infections with tofacitinib treatment.

Keywords: Necrotizing fasciitis, tofacitinib, rheumatoid arthritis

S-148 Romatoid Artrit Tanılı Hastada Uzun Süre Glukokortikoid Tedavisinin Ani Kesilmesine Bağlı Gelişen Adrenokortikal Yetmezlik Olgusu

Şahin Kıratlı, Nedim Kaban, Umut Bakay, Gülcan Gürer

Adnan Menderes Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Romatoid artrit (RA); simetrik, eroziv sinovit ve bazen multisistem organ tutulumu ile karakterize etyolojisi bilinmeyen otoimmun bir hastalıktır(1). RA tedavisinde kullanılan ilaçlar nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroidler, sentetik hastalık modifiye edici ajanlar (sDMARD) ve biyolojik DMARD'lardan oluşmaktadır. Kortikosteroidler(KS), inflamasyon semptomlarını güvenilir ve hızlı bir şekilde azaltabildikleri için RA tedavisinde sıklıkla oral, intravenöz ve intraartiküler enjeksiyon şeklinde kullanılırlar. RA'da düşük doz KS, DMARD grubu ilaçların etkinliği ortaya çıkana kadar semptomatik amaçla 'köprü tedavisi' olarak kullanılmaktadır(2). Yan etki riskinin kullanılan dozla ilişkili olduğunu gösteren veriler sonucunda toksisiteyi azaltmak için genellikle düşük doz steroid tedavisi uygulanmaktadır. Düşük doz steroid tedavisi ile bile kutanöz atrofi, katarakt, glokom ve hafif glukoz intoleransı bildirilmiştir. Diğer muhtemel yan etkiler miyopati, hipotalamo-pituiter-adrenal aks (HHPA) disfonksiyonu (adrenokortikal yetmezlik) ve osteoporozdur. Bu bildiride; uzun süre glukokortikoid kullanımının ani kesilmesine bağlı olarak gelişen iyatrojenik adrenokortikal yetmezlik olgusu sunulmuştur.

Olgu: E.D. 61 yaşında kadın olgu, halsizlik, bulantı-kusma, baş ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu. Öyküsünde başka merkezde 38 yıldır RA tanısı ile takip edildiği, bu hastalık nedeniyle daha önce methotrexate, leflunomid, hidroksiklorokin, metilprednizolon, sülfasalazin, tofasitinib gibi romatizmal ilaçlar kullandığı ve son olarak tedavisine tofasitinib 5mg (6 yıldır/günde 2 kez), hidroksiklorokin 200 mg (7 yıldır/günde 2 kez) ve prednizolon 5 mg (5 yıldır/günde 2 kez) ile devam edildiğini belirtti. Olgu acil servise başvurmadan 2 hafta önce geçirdiği kaza nedeniyle sağ tibia da fraktür geliştiğini ve bu sebeple opere edildiğini ifade etti. Operasyondan sonra yara iyileşmesinin gecikmesi nedeniyle kendi isteği ile tofasitinib 5mg 2x1 ve prednizolon 5mg 2x1 tedavisini bıraktığını ve hemen sonrasında halsizlik, bulantı- kusma, başağrısı şikayetlerinin başladığını ve bu nedenlerle acil servise başvurduğunu ifade etti. Hastanın ek olarak kas iskelet sistemi yakınmaları da mevcuttu. Fizik muayenesinde; bilateral el bileği, metakarpofalangeal, proksimal interfalangeal eklemleri palpasyonla hassastı. Sistemik muayenede patolojik bir bulgu saptanmadı. Laboratuar incelemelerinde; Kreatinin; 1,49 mg/dl, Sodyum; 118mmol/lt,Spot Idrarda Sodyum; 47 mmol/lt, Potasyum; 3,22 mmol/lt, Klor; 79mmol/lt, Kan osmolalitesi; 245 mosm/kg,C-reaktif proteini; 6,2 mg/L, kan gazı incelemesinde: p02; 21,9 mmhg, pco2; 46,8 mmhg, Sodyum; 116 mmol/lt, Potasyum; 3,22 mmol/lt diğer biyokimyasal testleri normal sınırlardaydı. Çekilen ön-arka Akciğer grafisinde anormal bulgu saptanmadı. Renal ultrasound görüntülemesi: Her iki böbrekte parankim ekojenite artışı ve yer yer parankimal incelme(kronik parankimal hastalık?) olarak raporlandı. Mevcut bulgularla tarafımıza danışılan olgu; uzun süre glukokortikoid kullanımının ani kesilmesine bağlı iyatrojenik adrenokortikal yetmezlik olarak değerlendirildi ve endokrinoloji konsültasyonu önerildi. Adrenokortikal yetmezlik tanısı ile olguya endokrinoloji tarafından hidrokortizon 30 mg/gün tedavisi başlandı.1 hafta süreyle hidrokortizon 30 mg/gün tedavisi ile gözlem altında tutulan ve takiplerinde genel durumu iyileştiği saptanan olgu, 1 hafta sonra endokrinoloji polklinik kontrolü önerisi ile taburcu edildi. 1 ay sonra bizim romatoloji poliklinik kontrolünde hasta 20 mgr hidrokortizon kullanmaktaydı ancak hastanın RA hastalığı klinik ve laboratuvar olarak aktifti. Endokrinoloji görüşü alınarak hastanın hidrokortizon tedavisi kesilerek metilprednizolon 8 mgr ve biyolojik DMARD için işlemlere başlandı.

Sonuç: Romatoid artrite bağlı semptomların tedavisinde DMARD'ların etkisi başlayıncaya kadar steroidler bir köprü tedavisi olarak kullanılır(3). Hedef, birkaç ay içinde temel etkili ilacın etkisi başlayınca steroidleri azaltarak kesmektir. Ancak steroidlerin kısa ve uzun dönemdeki çok çeşitli yan etkileri göz önüne alınarak dikkatlice ve seçici olarak kullanılmaları gerekir. Adrenokortikal yetmezlik adrenal korteksten salınan glukokortikoidlerin, mineralokortikoidlerin ve androjenlerin yeterli salınamaması ile oluşan klinik tablodur. Bu klinik tabloya neden olabilecek primer ve sekonder birçok neden bulunmakta olup sekonder nedenler arasında uzun süre glukokortikoid kullanımının aniden kesilmesi yer almaktadır. Adrenal yetmezlik ya Addison krizi HHA supresyonu; Bulantı kusma hipotansiyon, ateş, hipoglisemi, hiperkalemi, hiponatremi ya da Psödoromatizma; diffüz kas ağrıları, kemik ve eklem ağrıları, anoreksi, bulantı, kilo kaybı, baş ağrısı, ateş şeklinde olabilir. Bu tür şikayetlerle gelen uzun süre steroid kullanma öyküsü olan hastada steroidin ani kesilmesi sorgulanmalı ve adrenal yetmezlik akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, DMARD, adrenal yetmezlik

S-149 Sistemik Lupus Eritematozus ve Antifosfolipid Sendromunda Nadir Bir Hareket Bozukluğu: Kore/Ballismus

Halise Hande Gezer[1], Didem Erdem[1], Hatice Şule Baklacıoğlu[2], Mehmet Tuncay Duruöz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) kronik, birçok organ ve sistemi tutan otoimmün bir bağ doku hastalığıdır. En sık beraber olduğu hastalıklardan biri tekrarlayan arterial ve venöz tromboz ve fetal kayıplara sebep olan antifosfolipid antikor sendromudur (APS). Hastalarda nadir olmakla birlikte serebrovasküler hastalık, kore/ballismus, baş ağrısı, epileptik nöbet, kognitif bozukluk, transvers miyelit ve multiple skleroz benzeri nörolojik tutulumlar görülebilir.

Olgu: Kırk yaşında kadın hasta, 3 yıldır kliniğimizde SLE ve APS tanıları ile takip edilmektedir. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, hipotiroidi, romatizmal kalp hastalığı, pulmoner emboli, bilateral kalça avasküler nekroz ve 6 defa abortus (1. trimester) hikayesi mevcuttu. Hastanın tetkiklerinde ANA 1/640 homojen, anti-dsDNA 35 IU/ml, anti-SS-A pozitif ve APS antikorları negatif (dış merkez tetkiklerinde 2 defa antikardiyolipin IG M pozitif). Hasta mikofenolat mofetil 3x500 mg, metilprednizolon 8 mg, adalat 30 mg 2x1, bosentan 62.5 mg, ecopirin ve clexane ile takipteydi. Pulmoner emboli sonrası warfarine geçilmesi planlandı ancak hasta warfarin kullanımını kabul etmediği için çift doz cleaxane ile devam edildi. Dijital ülser nedeniyle belli dönemlerde ilioprost infüzyonu verildi, hiperbarik oksijen tedavisi aldı ancak 5 ay önce sağ ayak başparmak gangren ve osteomiyelit nedeniyle ampute edildi sonrasında uzun dönem antibiyotik kullandı. Hasta 1 ay önce sağ kolda güçsüzlük, yürüyememe ve konuşmada bozulma nedeni ile nöroloji servisine yatırıldı. Yatışında brunstroom sağ üst ext 3, el 2, alt extremite 3 ve konuşma dizartrikti. MRG'da sol MCA enfarkt saptanan ancak bazal gangliyon tutulumu görülmeyen hastada sağ kolunda istemsiz hareket bozukluğu gelişti. Hem proksimalde hem de distalde görülen istemsiz hareketler kore/ballismus olarak değerlendirildi. Hastanın tedavisine warfarin ve rituksimab eklendi. SVO sonrası 1. ayda destekle ambule olan hastanın istemsiz hareketleri geriledi.

Sonuç: Kore/ballismus SLE'nin nöropsikiyatrik tutulumunda nadir görülen hareket bozuklukları arasındadır. Patogenezi tam aydınlatılamamış olup vasküler, nöronal ve glial hasara bağlı olabilir. Vasküler hasar ise inflamatuar ve/veya trombotik olabilir. İskemik patoloji sıklıkla APS antikorlarına bağlıdır. Genellikle genç hastalarda, hastalığın erken döneminde görülür ve tedavi ile geriler. Genç yaşlarda görüldüğünde Syndenham koresi ile ayrıcı tanı yapılmalıdır. Tedavide hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması ve gerekirse dopamin antagonistleri kullanılabilir.

Kaynaklar:
1. Baizabal-Carvallo, J.F., M. Alonso-Juarez, and M. Koslowski, Chorea in systemic lupus erythematosus. J Clin Rheumatol, 2011. 17(2): p. 69-72.
2. Arnson, Y., et al., The Antiphospholipid Syndrome as a Neurological Disease. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 2010. 40(2): p. 97-108.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, antifosfolipid sendrom, kore, ballismus

S-150 Nadir Bir Sistemik Lupus Eritematozus Prezentasyonu: Erkek Hastada Monoartrit

Nurhan Güven, Derya Karacif, İsmihan Sunar, Ayşe Peyman Yalçın, Şebnem Ataman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) nedeni bilinmeyen, her türlü organ sistemini etkileyebilen, çeşitli klinik ve serolojik özelliğe sahip, heterojen otoimmün bir hastalıktır. Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 8-15 kat daha sık görülmektedir. Yaş ilerledikçe kadın/erkek arasındaki bu fark azalmaktadır. Bu vakada orta yaşlı bir erkek hastada, nadir bir artrit nedeni olarak SLE vakasını sunmak istedik.

Olgu: 6 ay önce sağ dizde şişlik nedeni ile artroskopi ve synoviektomi yapılan, sonrasında septik artrit tanısı ile birçok kez antibiyotik kullanan, cerrahi sonrası sağ bacakta DVT gelişen, 50 yaşında erkek hasta romatoloji bölümüne yönlendirilmiş. Tarafımızca değerlendirilen hastanın romatolojik ve sistemik sorgusunda el küçük eklemlerde artralji ve yarım saati aşan sabah tutukluluğu, plöretik tipte göğüs ağrısı, dispne, halsizlik mevcuttu. Fizik muayenede sağ bazalde solunum sesleri azalmıştı, sağ dizde şişlik, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Laboratuar incelemesinde hemogram ve biyokimya normal sınırlarda, ESR 34 mm/st, CRP 17 mg/L, ANCA – IFA -, RF 18, anti CCP -, Brusella aglütinasyon -, quantiferon-, ANA – IFA 1+, ENA panelinde anti SM 2+, anti RNP/Sm 2+ olarak saptandı. PA akciğer grafisinde sağda plevral effüzyon izlendi. Sağ diz eklem sıvısı aspirasyonu yapıldı, gram boyama, kültür ve direk mikroskobisi normal olarak geldi, ARB negatifdi. ENA paneli tekrarlandı, anti SM ve anti RNP/Sm tekrar pozitif olarak izlendi. 24 saatlik idrar proteini 176 mg/gün ve direk coombs testi + geldi. Trombofili panelinde MTFR ve F V Leiden mutasyonları heterozigot +, anti fosfolipid antikorları -, paterji testi-, HLA B27-, hepatit serolojisi normal sınırlardaydı. Sağ bacak doppler US sağ ana yüzeyel femoral vende subakut tromboz, akciğer BT anjiografi sağ akciğer üst lob ve alt lob subsegmenter dallarda tromboemboli ile uyumlu dolum defekti ve sağ plevral efüzyon saptandı. EKO'da sağ atrium çevresinde perikardial sıvı mevcuttu. Hasta SLE olarak kabul edildi, 40 mg prednizolon, 400 mg hidroksiklorokin, metotreksat 15 mg/hafta ve ek olarak varfarin tedavisi başlandı. Takiplerde hastanın şikayetlerinde ve akut faz değerlerinde gerileme izlendi.

Sonuç: SLE kadınlarda ve özellikle premenopozal dönemde sık görülen bir hastalık olmakla beraber, artritle başvuran tüm hastaların ayırıcı tanısında akla gelmeli ve kas iskelet sistemi bulgularına ek olarak sistemik bulgular ve semptomlar da ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik, lupus, monoartrit, plörit

S-151 A Case Of Pyoderma Gangrenosum in A Psoriatic Arthritis Patient Under Treatment Of İnfliximab

Yılmaz Savaş[1], Emine Dede[1], Ragıp Ulvi Korucu[2], Sami Hizmetli[1]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Division of Rheumatology, Cumhuriyet University Faculty of Medicine,Sivas, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Sivas, Turkey

Objective: The pyoderma gangrenosum(PG) is a very rare noninfectious dermatologic lesion commonly encountered in patients with ulcerative colitis, Crohn's disease, diabetes mellitus, trauma, malignancy, myeloproliferative and lymphoproliferative diseases, hepatobiliary diseases, rheumatological diseases namely rheumatoid arthritis, polychondritis, PAPA syndrome, and psoriatic arthritis. The prevalence of PG changes from 0,3 to 1 in 100.000 patients. There are 4 subtypes of PG; classical form (ulcerative type), atypical form (bullous type), pustular form, and vegetative form (superficial granulomatous pyoderma). Treatment of PG includes systemic steroids, cyclosporine A, azathioprine, mycophenolate mophetil, methotrexate, and recently used anti-TNF medicines (infliximab, adalimumab, and etanercept). In this case report, we present a case of superficial granulomatous form of pyoderma gangrenosum developed in a psoriatic arthritis patient under treatment of infliximab.

Case: A 56-year-old female patient who had 42-years history of plaque psoriasis diagnosed for psoriasis with biopsy when she was 20 years old. However, she was diagnosed for psoriatic arthritis with joint inflammation in wrists, ankles, elbows and hand interphalangeal joints followed by sacroiliac joint involvement for last 9 years. She was treated with different medicines in order of sulfasalazine, methotrexate, etanercept, adalimumab, certolizumab pegol. Lastly, after having inflammatory back pain complaints and increase in surface area of psoriasis lesions, infliximab treatment started. After 4 sets of infliximab treatment, she had developed painful ulcers in left side of umbilicus, left groin region, and left buttocks. lesions The dermatological evaluation was consistent with PG excluding infectious etiologies. We treated her with intravenous 100 mg methylprednisolone for 3 consecutive days followed by per oral 24 mg of prednisolone tapered slowly. The infliximab treatment stopped and secukinumab started for psoriatic arthritis complaints. She had dramatic response to steroid treatment and all PG healed with only residual dark pigmentation. The biopsy of lesion confirmed the diagnosis of superficial granulomatous form of PG.

Conclusion: The pyoderma gangrenosum is a rare entity encountered in psoriatic arthritis patients. The diagnosis is difficult and it should be done carefully and immediately to prevent surgical intervention to lesions. The main treatment of PG lesions includes steroids, immunosuppressants, and recently anti-TNF medicines. However, in a very rare cases similar to our case, anti-TNF medicines may be initiating factor in PG lesions.

Keywords: Pyoderma gangrenosum, psoriatic arthritis, infliximab, secukinumab

S-152 Ankilozan Spondilitte Omurga Cerrahisi Sonrası Gelişen Cauda Ekina Sendromu

Hidayet Sarı[1], Nuri Tuğbay Yıldıran[1], Sheila Alimedetli[1], Hasan Hüseyin Sarı[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deantoloji Anabilim dalı, İstanbul

Ankilozan spondilitte cauda equina sendromu gelişimi nadir bir komplikasyondur. Ancak post operatif spinal cerrahi sonrası cauda ekina gelişimi daha nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalarda dural ektazi ve araknoidit gelişimi cauda ekina sendromu gelişiminde en önemli neden olarak görülmektedir. Özellikle AS'ye bağlı lumbosakral bölgede gelişen inflamasyon zamanla dura mater'de sertleşme ve beyin omurilik sıvısı basıncının artması, cauda ekina köklerinde inflamasyon gelişimi primer AS'ye bağlı cauda ekina gelişimini açıklamaktadır. Ancak omurga düzeltme ameliyatından bu sendromun gelişmesi omurga ameliyatının da bu hastalarda cauda ekina sendromu gelişmesine sebep olacağını bize göstermektedir.
Biz bu olgu sunumumuzda uzun süreli AS nedeniyle tetkik ve tedavi gören, zamanla omurgasında ankiloz ve öne eğik fleksiyon deformitesi gelişen bir hastamızda tüm dorsolomber spinal instrumentasyonla düzeltme ameliyatı sonrası hızla cauda ekina sendromu gelişen ve bu nedenle fizik tedavi ve rehabilitasyon uyguladığımız bir olguyu AS'ye bağlı omurga ameliyatı komplikasyon risklerini ortaya koymak ve fizik tedavi ve rehabilitasyonunda ne netice alınabileceğini ortaya koymak bakımında sunmayı uygun gördük.

Sonuç: AS'li hastalarda primer olarak cauda ekina sendromu gelişebileceği gibi, post operatif olarak spinal cerrahi sonrasında da bir komplikasyon sonucunda gelişebilir, bu nedenle spinal cerrahiye karar verilen AS'li hastaların bu komplikasyon yönünden uyarılması ve önlemlerin alınması, komplikasyon gelişen olgularda fizik tedavi ve rehabilitasyonun uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, as-ces, cauda ekina sendromu, dural ektazi

S-153 Yüksek Doz Retinoid Tedavisi Sırasında Sakroileit Gelişimi

Hidayet Sarı[1], Nuri Tuğbay Yıldıran[1], Sheila Alimedetli[1], Hasan Hüseyin Sarı[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deantoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Akne vulgaris tedavisinde kullanılan yüksek doz A vitamini olan retinoid (izotretinoin-roaccutane) kas iskelet sisteminde birçok ağrılı durumlara yol açan bir ilaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ilacın yan etkilerinden bir tanesi de komplikasyon olarak kabul edeceğimiz sakroileit yaparak iltihabi bel ağrısı ve spondiloartrit oluşturma riskidir. Retinoid tedavisi sırasında gelişen sakroileitin kalıcı bir sakroileit mi yoksa ilacın kesilmesiyle ortadan kalkan bir durum mu olduğu hala tartışmalıdır.
Biz bu olgu sunumumuzda akne vulgarise bağlı yüksek doz retinoid tedavisi sırasında genç bir kız hastada bilateral iltihabi bel ağrısı, MRG'de gelişen akut sakroileit gelişimi ve akabinde retinoid tedavisinin kesilmesi ile beraber sakroileitin takibi sonucunda kaybolduğunun belirlenmesini tespit ettik. Bu retinoid tedavisinin komplikasyonu olarak sakroileitin erken dönemde yakalanması durumunda ilacın kesilmesi ve iltihabı bel ağrısı için NSAİİ kullanılmasının yeterli bir tedavi olduğu sonucuna vardık.

Bu olgu sunumumuzda sakroileit saptanan hastalarda etiyolojik faktör olarak enfeksiyon, psöriazis, iltihabı barsak hastalığı, üveit ve genetik faktörler dışında hastanın retinoid tedavisi görüp görmediğinin de araştırılması gerektiğini ve eğer bu ilaca bağlı komplikasyon olduğu saptanırsa, retinoid tedavisinin kesilmesinin ve NSAİİ tedavisinin yeterli olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, izotretinoin, retinoid, sakroileit, spondiloartropati

S-154 Fibromiyaljili Hastalarda Uyku ve Cinsel İşlev Bozukluğu İlişkisinin Değerlendirilmesi

Gözde Türkoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Konya

Amaç: Bu çalışmada fibrimiyalji sendromu (FMS) tanılı hastalarda sıkça görülen cinsel işlev bozukluğu ile uyku bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: FMS tanısını yeni almış ve daha önce medikal tedavi almamış 18-55 yaş arası cinsel olarak aktif 44 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil olma kriterlerini tamamlayan ve onamları alınan hastalara cinsel işlevi değerlendirmeye yönelik "Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi"(KCFİ) (female sexual function index; FSFI), uyku değerlendirmesi için “Pittsburgh uyku kalite indeksi (PUKI)” ve hastalık şiddetinin belirlenmesi için "Fibromiyalji Etki Anketi (Fibromyalgia Impact Questionnaire; FIQ) uygulandı. Cinsel disfonksiyonun uyku kalitesi ve diğer değişkenlerle ilişkisi Spearman's rho testi ile analiz edildi.

Bulgular: Ortalama yaş 42.1±9.3 idi. FIQ skoru ile PUKI skoru arasında anlamlı korelasyon saptandı ($r=0.43$ $p<0.01$). FSFI alt ölçekler (arzu, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, memnuniyet, ağrı) ve toplam skor ile yaş ve FIQ skoru arasında anlamlı korelasyon saptanmazken, PUKI skoru ile tüm FSFI alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon saptandı (arzu $r=0.62$ $p<0.01$, uyarılma $r=0.84$ $p<0.01$, lubrikasyon $r=0.78$ $p<0.01$, orgazm $r=0.78$ $p<0.01$, memnuniyet $r=0.84$ $p<0.01$, ağrı $r=0.66$ $p<0.01$ toplam skor $r=0.55$ $p<0.01$).

Sonuç: Cinsel işlev veya niteliğindeki bozukluklar FMS tanılı hastalarda sık görülen problemlerden biridir. FMS hastalarında cinsel disfonksiyon düşük uyku kalitesine bağlı olabilir. FMS tedavisinde cinsel fonksiyon değerlendirmesi yapılıp tedavinin bir parçası haline getirilmelidir. Uyku bozukluğunun tedavisi ile cinsel fonksiyonlar iyileştirilebilir. Bu sorunu hastalıkla ilişkilendiren mekanizmanın tanımlanması güçtür. Mekanizmasının belirlenmesi açısından yeni ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, cinsel işlev, uyku bozukluğu

S-155 Fibromyaljili Hastalarda D Vitamini, Lipid Değerleri ve Aterojenik İndex Değerlendirilmesi

Nevsun Pıhtılı Taş[1], Rabia Aydoğan Baykara[2]

[1]Elazığ Fethi Sekin Şehir hastanesi, Elazığ
[2]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya

Amaç: Fibromyalji tanılı hastalarda D vitamini, lipit profili ve aterojenik index ilişkisinin değerlendirilmesi

Gereç-Yöntem: Araştırmamıza Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi FTR polikliniğine Ocak-Nisan 2018 tarihleri arasında başvuran 50 fibromyalji tanılı ve 30 kontrol (fibromyalji ve herhangi romatolojik hastalık tespit edilmeyen) hasta alınmıştır. Retrospektif olarak değerlendirilen hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri, Vitamin B12 düzeyleri, kan kolesterol düzeyleri, D vitamini, non Hdl (Total Kolesterol-Hdl), Plazma Aterojenik İndex (Log TG/HDL), Castelli risk indeksi 1(Total Kolesterol/HDL), Castelli risk indeksi 2 (LDL/HDL), AC (Aterojenik Coefficient), NonHDL (Kol-HDL) değerleri not edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS V 20 kullanılmıştır.

Bulgular: Seksen katılımcıdan %82,5'u kadın, %17,5'u erkektir. Hasta ve kontrol grubunda LDL (p0.62), HDL (p0.31), Kolesterol (p0.84), Trigliserid (p0.82), logTG/HDL (Plazma Aterojenik index) (p0.95) anlamlı farklılık göstermemektedir. Non HDL kolesterol her iki grupta anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). HDL erkeklerde ortalama 38 iken; kadınlarda 49.5 olarak hesaplamıştır ($p<0.001$). Literatürle uyumlu şekilde kadınlarda HDL daha yüksek izlenmiştir Hasta ve kontrol grubunda B12 (p0.36) ve D vitamini (p0.39) değerleri arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ancak D vitamini ile Castelli Risk İndeksi 2 (LDL/HDL) arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,001$)

Sonuç: Fibromiyalji, hiperkolesterolemi ve D vitamini eksikliğinin beraber görülebildiği bir hastalıktır. D vitamini eksikliğinde kardiyovasküler hastalıklar da sık görülmektedir. Dislipidemi; kanda LDL ile Trigliseri (TG) yüksekliği ve HDL-C'deki azalma ile karakterizedir ve kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörü olarak kanıtlanmıştır. D vitamini eksikliği ile artan dislipidemi riskinin ilişkili olabildiğini kanıtlayan yayınlar da mevcuttur. Bu gibi yüksek riskli bireyleri tanımlamak için Plazma Aterojenik İndex (Log TG/HDL), Castelli risk indeksi 1(Total Kolesterol/HDL), Castelli risk indeksi 2 (LDL/HDL), AC (Aterojenik Coefficient), NonHDL (Kol-HDL) gibi lipit profil parametrelerinin kullanılabileceği öne sürülmüştür Araştırmamızda D vitamini değerleri ile Castelli Risk İndeksi 2 (LDL/HDL) arasında negatif korelasyon saptanmış olup, D vitamini eksikliği ile kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişki araştırılmaya değer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aterojenik index, d vitamini, fibromyalji

S-156 Diz Ağrısı Şikâyeti ile Başvuran Olguda Poliarteritis Nodosa Tanısı

Didem Erdem, Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Poliarteritis nodosa (PAN) orta ve küçük çaplı arterleri tutan, glomerulonefrit veya arteriyol, kapiller ve venüller vaskülit olmaksızın, nekrotizan inflamasyon oluşturan sistemik bir vaskülittir (1). PAN için 1990 ACR Sınıflandırma Kriterleri: kilo kaybı> 4 kg, livedo retikülaris, testis ağrısı, miyalji, mononöropati, diyastolik kan basıncı> 90 mmHg, yüksek kreatinin>1.5 mg/dl, hepatit-B virüsü, arteriyografik anormallikler (visseral arterin anevrizma veya oklüzyonuna ait görüntü) ve küçük veya orta boy arterlerin biyopsisinde polimorfonükleer hücreleri varlığını gösteren histolojik değişikliklerdir (2).

Olgu: 55 yaşında bilinen Parkinson, siroz, koroner arter hastalığı olan erkek hasta Marmara Üniversitesi FTR Romatoloji polikliniğine sol diz ağrısı ve baldırlarda ağrı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın detaylı sistem sorgulaması ve romatolojik sorgulamasında özellik yoktu. Mekanik karakterde diz ağrısı tanımlayan hastanın sol diz popliteal fossada hassasiyet ve şişlik dışında fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Diz grafisinde evre 1 gonatroz mevcuttu. Sol diz Manyetik Rezonans Görüntülemesi (MR) sonucunda popliteal vende trombüs açısından Doppler ultrasonografi incelemesi önerilirdi. Hastanın alt ekstremite venöz Doppler ultrasonografisinde sol popliteal arterde 18 mm boyutunda anevrizmatik segment izlendi, popliteal vende trombüs saptanmadı. Diğer arterlerde anevrizma araştırılması açısından torakal, abdominal ve alt ekstremite Bilgisayarli Tomografi (BT) Anjiyografi çekildi. Abdominal BT Anjiyografisinde ana hepatik arterde en geniş yerinde 19 mm ölçülen fusiform genişleme saptandı. Beş ay önce dış merkezde yapılmış olan koroner anjiyografide LDA anevrizmatik olarak rapor edildiği görüldü.
Hastanın kan tetkilerinde hemogram, sedimentasyon, CRP, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve tam idrar analizi normaldi. Olası vaskülit ayrıcı tanısı açısından istenen ANCA (Anti-Nötrofil Sitoplazmik Antikor), anti-MPO ve anti-PR3 antikorları negatifti. Brucella ve tüberküloz taramaları normal saptandı. Hepatit serolojisinde HBsAg ve anti-HCV negatif, anti-HBs ve anti-HBc IgG pozitif ve HBV-DNA negatif saptandı. Ekokardiyografide sol ventrikül segmental hareket kusuru, septum akinetik, hafif mital ve triküspit yetmezlik, EF %45 olarak saptandı. Popliteal, hepatik ve koroner arterde anevrizma varlığı, anti-HBsAg pozitifliği ve miyalji şikâyeti varlığı ile 1990 ACR tanı kriterlerine göre hastaya Poliarteritis Nodosa (PAN) tanısı konuldu. Popliteal arter anevrizması açısından kalp damar cerrahisi bölümüne konsülte edilen hastada operasyon planlanmadı. Hastaya PAN tanısı ile azatiyopurin tedavisi başlandı.

Sonuç: Popliteal arterin anevrizması izole veya diğer büyük damar anevrizmaları ile birlikte olabilir, genellikle asemptomatiktir. En sık nedeni ateroskleroz olup travma, enfeksiyöz veya inflamatuar arterit nedeniyle de oluşabilir (3). Hastada ateroskleroz risk faktörleri ve travma öyküsü yoktu. Olası enfeksiyöz nedenler ve enfektif endokardit dışlandı. Hastada Behçet semptom ve bulguları saptanmadı. Mekanik diz ağrısı şikâyeti ile başvuran hastada popliteal arter anevrizması ile birlikte hepatik ve koroner arterde anevrizma varlığı ve anti-HBsAg pozitifliği ile PAN tanısı konuldu. Posterior diz ağrısı ayırıcı tanısında popliteal arter anevrizması akılda bulundurulmalıdır.

Kaynaklar:
1. Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum. 1994 Feb. 37(2):187-92.
2. Lightfoot RW, Jr, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Zvaifler NJ, McShane DJ, et al. The American college of rheumatology 1990 criteria for the classification of polyarteritis nodosa. Arthritis Rheum. 1990;33:1088–93.
3. Verikokos C, Karaolanis G, Doulaptsis M, et al. Giant popliteal artery aneurysm: case report and review of the literature. Case Rep Vasc Med. 2014;2014:780561.

Anahtar Kelimeler: Diz ağrısı, Poliarteritis nodosa, popliteal arter anevrizması

S-157 İdiyopatik Vaskülit ve Sweet Sendromu Birlikteliği

Umut Bakay[1], Nedim Kaban[1], Gülcan Gürer[1], Özge Sevil Karstarlı Bakay[2]

[1]Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Romatoloji Anabilim Dalı, Aydın
[2]Aydın Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Aydın

Amaç: Sweet sendromu, ani başlangıçlı, ağrılı, eritemli, papül ve plaklar, ateş, nötrofilik lökositoz ve dermiste yoğun nötrofil infiltrasyonu ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalık üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonlarını takiben veya akut myelositik lösemi başta olmak üzere hematolojik ve solid malignensiler, otoimmün hastalıklar, gebelik ve bazı ilaçların kullanımı ile birlikte görülebilir. Alveoler hemoraji, kapiller harabiyete bağlı, difüz alveoller kanama ile karakterize bir grup hastalıktır. Daha nadir olarak arteriol ve venüllerin hasarına bağlı olarak da oluşabilir. Alveoler boşluklar içine oluşan yaygın kanama sonucu dispne, hemoptizi, anemi ve akciğer grafisinde bilateral alveoler konsolidasyonlara yol açar. Diffüz alveoler hemorajinin(DAH) etyolojisinde geniş bir hastalık grubu vardır. Bunlardan biri olan pulmoner kapillerit akciğerin küçük çaplı damarlarının vaskülitidir. Sweet sendromunun eski tanı kriterlerinde vaskülit yokluğu tanıda histolojik bir kriterdi. Ancak, son yapılan çalışmalar vaskülitlerin tanıyı dışlamaması gerektiğini göstermiştir. Bizde bu vakada sweet sendromuyla vaskülitin birlikteliğini gösterdik.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta ani başlayan ateş, nefes darlığı, kanlı balgam, gözde kızarıklık, tüm eklemlerde ağrı, bacak ön yüzünde morarma, deriden kabarık ve kızarık deri döküntüleri, tüm vücutta yaygın kas ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Acil serviste solonum arresti sonucu entübe edilip göğüs hastalıkları yoğun bakım servisine yatırılan hasta kliniğimize vaskülit ve akut romatolojik sendromlar açısından konsülte edilidi. Fizik muayene: Genel durum orta-kötü oryante koopere, bb: konjuktivalar kızarık, ss: bilateral solunum sesleri artmış, yer yer ral ve ronküs mevcut, kvs: s1+ s2+, ek ses yok üfürüm yok, batın: rahat, savunma yok rebound yok, hassasiyet yok, periferik nabızları açıktı. Dermatolojik muayenesinde el dorsumu ve kollarda palpabl purpura,(resim 2) alın, boyun ve gövdede ağrılı, eritemli çok sayıda papül ve plaklar izlendi,(resim 1). Oral mukoza normaldi; konjuktivalarda ise hiperemi mevcuttu. Artrit yoktu, yaygın artralji ve miyalji mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 8.9 gr/dL lökosit: 27.55x10^3 mKrL trombosit: 360 x10^3 mKrL üre: 32(13-43) mg/dLkreatinin: 0,81(0,57-1,11) mg/dL, ürik asit:4,9(2,6-6) mg/dL, ALT:72(0-55)U/L AST: 88(5-34) U/L sedimentasyon: 79(0-20) mm/sa, crp: 243(0-5)mg/L, RF: 5(8-13) IU/mL anti CCP: 0,5(0-5) U/mL, ANCA (-),ANA (-),ANA profil (-) ve tam idrar tetkiki normal olarak saptandı. Cilt biyopsisi-patalojik tanı; boyun: nötrofilik dermatit(Sweet Sendromu), sağ el; lökositoklastik vaskülit lehine bulgular gözlenmiştir. Pulmoner BT: Her iki akciğerde tanımlanan yaygın konsolidasyon alanları ve eşlik eden buzlu cam dansiteleri (alveolar hemoraji). EMG: Alt ekstremitede yaygın sensörinöral polinöropati. Bu değerledrirmeler sonucunda idiyopatik vaskülit atağı ve alveolar hemoraji tanılarıyla hastaya üç günlük 1 gr /gün metilprednisolon kürü uygulandı tedavi sonrası vital bulguları düzelen, cilt lezyonları geriliyen hasta extübe edildi ve 1 hafta sonrada azitiopürin 100 mg + 60 mg prednol idame tedavisiyle taburcu edildi.

Sonuç: Sweet sendromunda vaskülit, primer immün aracılı bir süreçle oluşmaz, ancak nötrofillerden salınan zararlı ürünlere sekonder olarak ortaya çıkabilir. Uzun süreli lezyonlardaki kan damarlarının, toksik metabolitlere uzun süre maruz kalması nedeniyle kısa süreli olanlardan vaskülit gelişimi olasılığı daha yüksektir. Vaskülit yokluğunun Sweet sendromu için mutlak bir kriter olmadığını; alternatif olarak uzun süren Sweet sendromlu hastalarda idiyopatik vaskülit, pulmoner infiltrasyon ve alveolar hemoraji gelişebilecieği bizim olgumuzla ve yaplan birçok çalışmayla gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sweet sendromu, idiyopatik vaskülit, diffüz alveolar hemoraji

S-158 Makrodaktilinin Eşlik Ettiği Lipofibromatoz Hamartom: Olgu Sunumu

Zeliha Ünlü[1], Zehra Çınar[1], İhsan Şebnem Örgüç[2]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyolojı Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Lipofibromatoz hamartom (LFH) periferal sinirleri ve dallarını içeren yavaş büyüyen, benign nadir bir neoplazmadır.LFH, konjenital olarak kabul edilir ve genel olarak doğumda makrodaktili ve diğer doğumsal patolojilerle ilişkilidir. Tarafımızdan LFH tanısı konulan ancak daha önceden parmaklarda büyüme ve sindaktili nedeniyle opere edilen olgunun sunumu amaçlandı.

Olgu: 5 yaşında erkek hasta sol el 3. ve 4. parmaklarda makrodaktili yakınması ile başvurdu. Olgu aynı parmaklarda sineşi nedeniyle 4 ay önce operasyon geçirmişti. Olguda karpal tünel sendromuda dahil makrodaktili dışında herhangi bir yakınma yoktu. İlgili parmaklarda eklem hareket açıklığı; sol el 3. Parmak proksimal interphalangeal eklede (pif) 10 derece aktif ve pasif fleksiyon mevcuttu, parmak nötrale geliyordu ve ekstansiyon yoktu. Sol el 4. pif eklemde de 10 derece aktif ve pasif fleksiyon mevcuttu, distal interphalangeal eklem(dif) eklemde 10 derece ekstansiyon kontraktürü vardı. Median sinir tutulumuna yönelik fizik muayene bulgusu veya fiziksel anomali saptanmadı. Radyolojik olarak ultrason ve MRI incelemesinde median siniri tutan lipofibromatöz hamartom saptandı. Olgu eklem hareket açıklıklarındaki kısıtlılık için germe ve median sinire yönelik egzersiz programına alındı. Bir aylık izlem sonucunda 4.parmak dif eklemde 10 derece eklem hareket açıklığında artış izlendi. Fizyoterapi programı halen devam etmektedir.Olgumuz asemptomatik olduğu için median sinire yönelik herhangi bir girişim önerilmedi nitekim literatürde de tedavi önermeyen yazarlar vardır.

Sonuç: LFH yıllarca semptom vermeyen benign çok nadir bir durumdur.Olgumuzun tanı olmaksızın operasyon geçirmiş olması dikkat çekicidir. Bu yüzden periferik sinir etkilenmelerinde ve makrodaktilide göz önünde bulundurulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Lipofibromatöz hamartom, makrodaktili, karpal tunel sendromu

S-159 Eroziv Poliartritin Eşlik Ettiği Granülomatöz Gevşek Deri Olgusu

Hatice Erdi Şanlı[1], Bengü Nisa Akay[1], Mehmet Fatih Atak[1], Şehim Kutlay[2], Nurcan Duran Taş[2], Aylin Okçu Heper[3], İncilay Kalay[1], Seher Banu Farabi[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Granülomatöz Gevşek Deri Sendromu (GGDS), özellikle deri kıvrım bölgelerinde, derinin gevşek ve sarkık bir hal aldığı eritemli cilt lezyonlarının görülebildiği ve histopatolojisinde elastik liflerin kaybı, elastofagositoz, dev hücreler ve granülomatöz T hücre infiltrasyonunun saptandığı nadir görülen bir antitedir. Bu tablo sıklıkla lenfoproliferatif hastalıklardan olan Hodgkin lenfoma ve Mikozis Fungoides'e (MF) eşlik edebildiği gibi MF'in nadir görülen bir alt tipi olarak da kabul edilmektedir. Bu bildiride, poliartritin eşlik ettiği GGDS tanısı alan MF'li bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 29 yaşında erkek hasta; her iki el, diz ve ayak bileklerinde ağrı ve şişlik nedeniyle AÜTF Dermatoloji Ana Bilim Dalı'ndan (AD) konsültasyon istenen hastanın eklem yakınmalarının son 6 aydan beri var olduğu saptandı. Yarım saat süren sabah tutukluğu vardı. Hastanın özgeçmişinde; 2012 yılında cilt döküntüleri nedeni ile başvurduğu AÜTF Dermatoloji AD polikliniğinde yapılan tetkikler sonucunda sol aksillar ve sol inguinal deri biyopsileri alınmış ve immünhistokimyasal incelemesinde ve PCR yöntemi ile klonal T hücre gen düzenlenmesinin araştırılması sonucunda elastofagositozun saptanmadığı granülomatöz gevşek deri sendromu tanısı almıştı. Kas iskelet sistemi fizik muayenesinde; her iki el bileğinde, her iki el metakarpofalangeal eklemlerinde ve sağ dizde daha belirgin olmak üzere her iki dizde ve ayak bileğinde şişlik ve palpasyonla hassasiyet vardı, renk değişikliği saptanmadı. Ayak bileklerinde eklem hareket açıklığı ağrılı ve minimal kısıtlıydı. Deri muayenesinde; sol omuz ve sol kalçada atrofik hafif eritemli yama-plak lezyonları ile sağ karın bölgesinde gevşek ve atrofik bir cilt görünümü, sol inguinalde ve sol aksiller bölgelerde sarkma ve yaygın plak lezyonları mevcuttu.

Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; CRP: 15,7 mg/L (0-5), Romatoid Faktör: 32 IU/ml (0-14), anti CCP <1 RU/ml (0-5), ANA negatifti. HLA tipleme; HLA-DRB1'04, HLA-DRB1'11 şeklinde saptandı. Hastanın sağ dizinden ultrason eşliğinde eklem sıvısı aspirasyonu yapıldı. Sinoviyal sıvı tetkiklerinde WBC 1125/μL (0-1000), tüberküloz ve diğer bakteri kültür panelleri negatifti. El bilek manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG): "El bileği eklemlerinde, sinovyal ve tenosinovyal yapılarında ağır inflamatuar artropati tutulumunu düşündüren bulgular, ekstansör karpi ulnaris tendonunda ulnar tarafa subluksasyon, ulna foveasında ve kapitatumda minimal subkortikal kemik erozyonları, el bileği eklemini oluşturan tüm kompartmanlarda ağır effüzyon ve sinovit bulguları, dorsal skafolunat ligamanda parsiyel zedelenme lehine intensite artışı" saptandı. Ayak bilek MRG'de: "Eklem effüzyonları, eklemlerde sinovit, yaygın tenosinovit bulguları" saptandı. Hastaya oral metilprednizolon (15 mg/gün), metotreksat (15 mg/hafta) ve folik asit (5 mg/hafta) tedavisi başlandı. Hastanın yakınmaları tedaviye yanıt verdi.

Tartışma: Granülomatöz Gevşek Deri Sendromu (GGDS), Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasında MF'in yavaş seyir gösteren, fakat tedavi direncinin gözlendiği alt tipi olarak yer almaktadır. MF veya diğer kutanöz T hücreli lenfomaların varlığında kronik poliartrit nadir görülen bir durumdur. Malign T hücreleri eklemlere yerleşerek sitokin üretimi ile inflamasyonu artırıp sinovyumda artrit oluşumunu tetikleyebilir veya interferon gama ve IL-2 gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretimi ile artritteki inflamatuvar süreci tetikleyebilir. Literatürde bildirilen olgularda MF ilişkili artrit genellikle non-eroziv ve RF negatiftir. Bizim olgumuz RF pozitifliği ve el bilek eklemlerinde erozyon varlığı ile literatürde GGDS'ye eşlik eden ilk RF(+) eroziv poliartrit olgusudur.

Anahtar Kelimeler: Eroziv poliartrit, granülomatöz gevşek deri sendromu, romatoid faktör pozitifliği

S-160 Barraquer-Simons Syndrome Occurred After Pregnancy: A Rare Case Report

Elif Balevi Batur

Selcuk University School of Medicine, Konya, Turkey

Objective: Lipodystrophies are a widespread group of genetic or acquired metabolic disorders that are characterized by varying degrees of body fat loss. The Barraquer-Simons syndrome also called Acquired Partial Lipodistrophy is a form of partial lipodistrophy of unknown etiology, characterised by the loss of subcutaneous adipose tissue, limited to mostly upper part of the body. Also it can be associated with hypocomplementemia, diabetes, and hypertriglyceridemia. In this paper a 34-year-old woman with progresive loss of subcutaneous fat limited to upper arm, which was developed after pregnancy, is reported.

Case: A 34-year-old female patient admitted to clinic with sudden-onset complaints of local loss of fat on the distal upper arm after pregnancy, and she had no complaints of pain. Labarotory tests were normal and there was no evidence of myopathy in electromyographic study. Humerus magnetic resonance imaging showed that loss of subcutanous fat in the posterolateral region of the distal arm. The overall clinical and biochemical characteristics of our patient led us to think about Barraquer-Simons syndrome as being the main diagnosis.

Conclusion: In this paper a case of Barraquer-Simons syndrome with sudden onset after pregnancy was reported. It is crucial that the diagnosis of this very rare syndrome should be kept in mind by physicians in local atrophies at the extremities.

Keywords: Acquired partial lipodistrophy, Barraquer-Simons syndrome, upper arm lipodistrophy

S-161 Nadir Bir Karpal Tünel Sendromu Sebebi: Tünelde Aberan Kas Yapısı

Esra Giray, Kardelen Gençer Atalay, Sefa Kurt, İlker Yağcı

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

Amaç: Karpal tünel tipik olarak tendonları ve median siniri içerir, kas gövdesi içermez. Fakat nadiren karpal tünel ultrasonografi ile görüntülendiğinde hipoekoik aberan kas yapıları görülebilir. Karpal tünelde persistan median arter ve bifid median sinir gibi anatomik anomaliler daha önce sıkça bildirilmiştir fakat literatürde tünel içinde aberan kas yapılarının bildirimi oldukça nadirdir. Burada karpal tünel sendromu semptomları tarifleyen, karpal tünelin ultrasonografik değerlendirmesinde hipertrofik fleksör digitorum kas gövdesi saptanan iki farklı olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu 1: 41 yaşında, American Spinal Injury Association (ASIA) C, T10 seviyeli spinal kord yaralanması olan tekerlekli sandalye basketbolcusu erkek hasta, basketbol turnuvası öncesi yoğun antreman sonrası her iki elde ağrı, uyuşma ve karıncalanma tariflemekteydi. Hastanın sinir iletim çalışmaları sağda orta, solda ağır düzey karpal tünel sendromuyla uyumluydu. Karpal tünelin pisiform seviyesinde transvers planda ultrasonografi ile statik değerlendirmesinde, sol karpal tünel içerisinde, median sinirin bitişiğinde hipoekoik, kas yapısı olduğu düşünülen anormal yapı saptandı. Dinamik değerlendirmeler sonucunda bu kas yapısının işaret parmağına ait fleksör digitorum kası olduğu ve median sinirin dinamik tuzaklanmasına sebep olduğu gözlendi.

Olgu 2: 53 yaşında, 1 yıldır konservatif tedaviye dirençli mekanik sol el bileği ağrısı tarifleyen kadın hasta kliniğimize başvurdu. Uyuşma ve karıncalanma tariflemeyen hasta, 2 yıldır tekrarlayan el bilek hareketini içeren el işçiliği (tavuk yolma) yaptığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sol el bilek eklem hareket açıklığının ağrılı olması haricinde özellik yoktu. Elektrodiagnostik laboratuvarımızda yapılan sinir iletim çalışmaları normaldi. El bileğinin ultrasonografi ile statik değerlendirmesinde, karpal tünelde sirküler ve kas yapısı olduğu düşünülen hipoekoik anormal yapı gözlendi. Dinamik ultrasonografik inceleme sonucunda bu kas yapısının orta parmağa ait fleksör digitorum kası olduğu ve komşu yapılara kasılıp gevşeme sırasında bası yaptığı gözlendi.

Sonuç: Her iki olgunun ortak yanı tekrarlayan el hareketlerinden oluşan aktiviteler yapıyor olmaları ve bunun sonucu olarak fleksör digitorumun muhtemel hipertrofiye olup tünelin içine doğru uzanması ve dinamik olarak medyan sinire bası yapmasıydı. Ultrasonografi, karpal tünel anatomisinin hızlı değerlendirilmesi ve dinamik değişiklikleri eş zamanlı olarak görüntüleyebilmesi nedeniyle el bileği yumuşak doku patolojilerinde değerli bir tanı yöntemidir. Karpal tünelde nadiren saptanan aberan kas yapısı, tüneldeki diğer komşu yapıları sıkıştırarak şikayetlere sebep olabilmektedir. Aberan kas yapıları karpal tünel sendromunun nadir bir sebebi olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, kas, spinal kord yaralanması, ultrasonografi

S-162 Psöriazisli Hastada Yaygın İdiyopatik İskelet Hiperostozu (DİSH)

Ilgın Sade, Esin Yılmaz, Aygün Jahangirova, Murat İnanır, Güler Gözpınar

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Yaygın idiopatik iskelet hiperostozu (DISH), Forestier hastalığı veya Ankilozan hiperostozis; sistemik non-inflamatuvar entesis bölgeleri, ligament ve eklem kapsülünde yeni kemik oluşumu ile karakterize klinik bir tablodur. Genellikle asemptomatik seyreden bu patolojide özellikle vertebral kolonun anterior ve lateral kesimlerindeki ossifikasyonlar aksiyel bölgede ağrı ve tutukluğa neden olabilmektedir.

Olgu: Bu olguda sırt ve boyun ağrısı ile polikliniğimize başvuran 66 yaşında erkek hastada saptanan DISH varlığı tartışılmıştır. Uzun zamandır sırt ve boyun ağrısı olan hasta, özellikle son 2 yıldır boyun hareketlerinde kısıtlanma gelişmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Psöriyazis ve Tip II Diabetes Mellitus tanıları olan hastanın sorgulamasında mekanik karakterde ağrı mevcuttu. 30 dakikayı aşan sabah tutukluğu ve geçirilmiş periferik artrit tariflemiyordu. Hastanın kas-iskelet sistem muayenesinde tipik ankilozan spondilit postürü mevcuttu. Boyun öne fleksiyon postüründe olup torakal kifoz artmış olarak değerlendirildi. Servikal bölge hareketleri her yöne limitli olup çene-manibrium sterni mesafesi 4 cm olarak tespit edildi. Nörolojik muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın her iki el ayasında psöriyazise ait döküntüleri mevcuttu. Laboratuvar sonuçlarında akut faz reaktanları, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolit değerleri ile hemogram normal olup açlık kan şeker değeri ve HbA1c değerleri yüksek (187,1 mg/dl, %7,3) idi. Otoantikor paneli negatif idi. Hastanın radyolojik incelemesinde servikal bölge direkt lateral grafisinde C3, 4, 5, 6 vertebra korpus anterioru ile torakal bölgede 4 seviyeli köprüleşme tespit edildi. Psöriatik artrit yönünden ayırıcı tanısı yapılan hasta bu radyolojik ve laboratuvar bulguları ışığında hasta DISH olarak değerlendirildi.

Sonuç: DISH sıklıkla asemptomatik seyretmekle birlikte omurgada ağrı ve hareket kısıtlılığı karşımıza gelebilir. Dejeneratif spondiloz ve seronegatif spondiloartropati ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu olguda olduğu gibi fizik muayene bulguları spondiloartropati ile karışabilir ancak ayrıntılı anamnez, laboratuvar ve radyolojik tetkikler ayırıcı tanıda önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, DISH, Psöriazis

S-163 İdiyopatik Bilateral Humerus Başı Avasküler Nekrozu

Mustafa Sağlam

Gümüşhane Kelkit Devlet Hastanesi, Gümüşhane

Amaç: Avasküler nekroz tutulum yerleri arasında humerus başını vurgulamaktır

Olgu: Her iki omuzunda yaklaşık 3 yıldır devam eden ağrı ve hareket kısıtlılığı olan 75 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı mekanik nitelikteydi; gece ağrısı ve istirahatte ağrısı yoktu. Hastanın hipertansiyonu dışında herhangi bir kronik hastalığı, travma ve malignite öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde bilateral omuz eklem hareketleri ileri derecede kısıtlı ve ağrılıydı. Bunun dışında diğer eklemlerinde herhangi bir patolojisi yoktu. Hastanın çekilen omuz grafilerinde omuz eklemi ve akromiyoklavikular eklemlerinde osteofitik dejeneratif değişiklikler ve humerus başında bilateral kistik değişiklikler saptandı. Bilateral omuz Manyetik Rezonans Görüntülemesinde (MRG) her iki femur başı tamamen rezorbe ve destrükte olarak tespit edildi. Hastanın laboratuvar incelemesinde geniş biyokimya ve tam kan sayımı normal sınırlar içerisinde geldi. C reaktif protein 0.2mg/dl, eritrosit sedimantasyon hızı 20mm/saat geldi. 25-hidroksi vitamin d-2 değeri 32ng/ml, TSH(tiroid stimülan hormon) 2.54 geldi. Yapılan tüm abdomen USG incelemesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Periferik yayması incelenmiş ve normal hücre dağılımı gözlemlendi. Hastanın brucella aglütinasyon testleri ve serum parathormon düzeyi normal sınırlarda geldi. Hastanın protein elektroferezinde ve serum lipit düzeylerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Etyolojiye yönelik yapılan incelemelerinde ek patoloji saptanmaması nedeniyle hastaya idiyopatik bilateral humerus başı avasküler nekrozu tanısı konuldu. Ortopedi polikliniğine cerrahi açısından yönlendirilen hastaya ortopedi bölümü tarafından ileri yaşı dolayısıyla cerrahi tedavi uygun görülmedi. Hastaya tedavi için omuz eklemlerine yönelik eklem hareket açıklığı egzersizleri, omuz kuşağı kaslarına izometrik ve izotonik kuvvetlendirme egzersizleri verildi. Hastanın ağrısına yönelik parasetemol 1.5 gram/gün oral tedaviye eklendi. hHstaya mevcut tedavisine devam edip; 3 ay sonra fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine gelmesi önerildi.

Sonuç: Kemik avaskuler nekrozu kemikte bazı etyolojik nedenlere bağlı kanlanmanın bozulmasına bağlı görünen ve kemik kaybıyla seyreden bir hastalıktır. Steroid kullanımı, alkol kullanımı, travma, malignite, metabolik hastalıklar gibi nedenler etyolojide ilk sırada yer alır. Hastanın ağrısı omuz bölgesinden boyuna, kola, ön kola, göğüse ve sırta yayılabilir. Fizik muayenede bizim hastamızda olduğu gibi palpasyonla hassasiyet ve eklem hareket açıklığında azalma görülebilir. Direk grafide subkondral kist ve sklerozdan, kollaps ve osteofit oluşumu ile eklem aralığında daralmaya kadar giden geniş spektrumda bulgular saptanabildigi gibi anormal bir bulgu saptanmayabilir. Bu noktada MRG ve kemik sintigrafisi bizim için en önemli tanı yöntemleridir. Hastamızda ileri derecede dejenaratif ve destrüktif direk grafi ve MRG bulgularıyla hastaya bilateral avaskuler nekroz tanısı koyuldu. Humerus başı avaskuler nekrozu tedavisinde tedavi cerrahi ve konservatif olarak ayrılabilir. Öncelikle altta yatan etyolojik faktörler saptanmalı ve bunlara yönelik önleyici tedaviler uygulanmalıdır. Konservatif tedavide amaç hastanın ağrısını azaltmaya, eklem hareket açıklığı ve kas kuvvetini korumaya ve hastanın fonksiyonelliğini arttırmaya yönelik olmalıdır. Cerrahi tedavide ise dekompresyon yöntemleri, osteotomiler, kemik greftleri ve artroplastiler hastanın evresine göre uygulanmaktadır. Sonuç olarak avasküler nekroz bir çok etyolojik faktöre bağlı görülebilmesinin yanında bizim hastamızda olduğu gibi idiyopatik olarak da görülebilmektedir. Genellikle kalça ekleminde ve tek taraflı görülen avasküler nekrozun femur başı gibi diğer vücut bölgelerinde ve bilateral görülebileceği akıldan çıkarılmamalıdır

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, humerus başı, bilateral, idiyopatik

S-164 Kronik Pankreatite Bağlı Gelişen Ağrıda Splanknik Sinir Blokajının Etkinliği

İpek Saadet Edipoğlu, Savaş Şencan, Serhad Bilim, Osman Hakan Gündüz

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

Amaç: Kronik pankreatit pankreasın uzun süren tekrarlayıcı enflamasyonu nedeniyle ortaya çıkan hücre kaybı ve gelişen fibrozisdir (1). Bu hasta grubunda meydana gelen ağrı, hastaların hayat kalitelerini çok ciddi oranlarda düşürebilir. Dolayısıyla ağrı tedavisi bu vaka grubuna yüksek önem taşır. Ancak yapılan çalışmalar göstermiştir ki bu hastalarda sadece medikal tedavi ile %33-%50 arası bir hasta grubunda ağrı kontrolü sağlanabilmiştir (1). Bu yüzden sempatik blokların bu hastaların tedavisinde kullanılmaları düşünülmelidir. Splanknik sinir blokajları bazı hasta gruplarında çölyak blok yerine daha etkin şekilde kullanılmaktadır. Diğer yapılarla splanknik sinirler arasında öngörülebilir bir ilişki olduğu için doğru iğne yerleştirme ve dolayısıyla iyatrojenik hasar riski splanknik blokta daha düşüktür (2).

Olgu: Kronik pankreatit tanısıyla gastroenteroloji tarafından takip edilen 46 yaşındaki kadın hasta şiddetli karın ağrıları nedeniyle algoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde superior mezenterik vende trombüs öyküsü mevcut olduğu ve bunun için 1 yıl boyunca clexane (şu anda kullanmıyor) kullandığı öğrenildi. Kronik pankreatit tanısı 4 yıl önce konulan hastanın bu süre içerisinde yaklaşık 20 ağrı atağı geçirdiği ve bu atakların 4'ünün son 3 ayda geçirilmiş olduğu bildirildi. Ağrı tedavisi amacıyla tramadol 4x100 mg ve pregabalin 2x150mg kullanan hasta son 1 haftadan beri ilaçlarını almasına karşın ağrılarında gerileme olmadığı öğrenildi. Hastamız ağrısını periumblikal kuşak tarzında ve sırta vuran ağrı karakterinde tarif ediyordu. Ağrı şiddeti değerlendirmesinde visüel analog skala (VAS) skoru 10 idi. Yapılan fizik muayane ve laboratuvar bulguları normaldi. Bu klinik durum üzerine splankink blok önerdiğimiz hasta tedaviyi kabul etti. Hastaya girişim floroskopi altında gerçekleştirildi. Hasta pron pozisyonda yatırılırdı. Povidon iod solüsyonu ile cilt temizliği yapıldıktan sonra steril örtü ile örtüldü. Floroskopi ile sağ T11-12 seviyesi görüntülendi. 22G 9 cm spinal iğne kullanılarak, intermittan floroskopik görüntüleme altında T11 vertebra kostovertebral bileşkenin altından girilerek lateral görüntüleme eşliğinde vertebranın posterior 2/3 bölümüne kadar ilerletildi. 2 cc kontrast madde verilerek vasküler dağılım olmadığı onaylandı. Daha sonra ve T11 vertebra anterolateral yüzeyinde kontrast dağılımı olduğu görüldü. Bunun üzerine 9 cc (%0,5 konsantrasyon) bupikavain ve 40 mg triamsinolon verildi. Aynı işlem sol splanknik sempatik ganglion içinde tekrar edildi. İşlem sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Hastanın erken dönemde ilk iki ay ağrılarının tamamen kaybolduğu görüldü (VAS:0). Daha sonra 3. ayda gelişen sadece bir atağının olduğu fakat bu atağın şiddetinin eskiye göre çok daha az olduğunu (VAS:4) ve 100mg tramadol 2x50mg ve pregabalin 2x150mg ile kontrol altına alabildiğini bildirmiştir

Sonuç: Kronik pankreatite bağlı ağrıları olan hastalarda, splanknik bloğun medikal tedavi ile düzelmeyen hastalarda etkili bir tedavi seçeneği olduğunu düşünüyoruz. Özellikle hem hastanın ağrısını geçirmesinin hem de atak sıklık ve şiddetinin azaltmasının dikkat çekici olduğu kanaatindeyiz.

Referans

1) Patel V, Willingham F. The Management of Chronic Pancreatitis. Med Clin North Am. 2019 Jan;103(1):153-162. doi: 10.1016/j.mcna.2018.08.012.
2) Garcea G, Thomasset S, Berry DP, Tordoff S. Percutaneous splanchnic nerve radiofrequency ablation for chronic abdominal pain. ANZ J Surg. 2005 Aug;75(8):640-4

Anahtar Kelimeler: Kronik Pankreatit, Splanknik Sinir Blokajı, ağrı

S-165 Meme Kanseri ile İlişkili Lenfödemde Stellat Ganglion Blokajının Ağrı Palyasyonu Üzerine Etkisi

Serhad Bilim, İpek Saadet Edipoğlu, Savaş Şencan, Gülseren Akyüz, Hakan Gündüz

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

Amaç: Meme kanseri ile ilişkili lenfödem, meme kanseri tedavisinden sonra hasar görmüş bir lenf drenaj sistemi nedeniyle ortaya çıkan ve sık görülen bir problemdir. Meme kanseri sağ kalanları arasında lenfödem insidansı, yayınlarda farklılık gösterse de, hastaların %40'ından fazlasının bir dereceye kadar lenfödem yaşayacağı tahmin edilmektedir. Meme kanseri ile ilişki lenfödemin tedavisi; komplex dekonjestif terapi, manuel lenf drenajı (MLD), kompresyon bandajları veya giysiler, aralıklı pnömatik kompresyon, farmakoterapi ve cerrahi tedavileri içerir. Sınırlı sayıda çalışmada ise stellat ganglion blokajın lenfödem tedavisinde etkili olabileceği gösterilmiştir (1) Biz bu vakada, medikal tedaviye dirençli, şiddetli lenfödem ağrısı olan hastada yaptığımız stellat ganglion blokajını ve sonrasında hastanın takibini sunmayı amaçladık.

Olgu: 65 yaşında ve daha önce lenfödem polikliniğinde takip edilen kadın hasta, meme kanseri ile ilişkili lenfödem nedeniyle sol kol ağrısı nedeniyle algoloji polikliniğine başvurdu. Hastaya bu şikayetleri nedeniyle lenfödem polikliniğinde 2018 ekim ayında tramadol 100 mg 3x1, etodolak 400mg 2x1, gabapentin 400 mg 3x1 başlanmış. 1 ay sonra kontrolünde rahatlamama olmaması üzerine tramadol tedavisinin yerine morfin sülfat 15 mg 2x1 eklenmiş. Sol ve sağ kol çapları ölçülerek not edilmiş. 2018 aralık ayının başında şiddetli ağrıları devam etmiş ve yeniden lenfödem polikliniğine başvurmuş. Hastanın tedavisi morfin sülfat 30 mg 2x1, gabapentin 800 mg 3x1, tramadol+parasetamol 3x1 olarak tekrar düzenlenmiş. Hasta bu tedaviden de rahatlamayınca algoloji poliklniğine yönlendirilmiş. Algoloji polikliniğinde değerlendirilen hastada, sol kolda omuzdan parmak uçlarına kadar her noktada belirgin allodiniye sebep olan ağrılı lenfödem tespit edildi. Hasta, vizüel analog sklasına (VAS) (0-10) göre ağrısına 10 puan verdi. Mevcut tedavisinde morfin sülfat 30 mg 4x1 olarak düzenlendi. Hastaya sol stellat ganglion blokajı planlandı. Hastaya girişim floroskopi altında gerçekleştirildi. Hasta supin pozisyonda yatırılırdı. Povidon iod solüsyonu ile cilt temizliği yapıldıktan sonra steril örtü ile örtüldü. Floroskopi ile sol C7-T1 seviyesi görüntülendi. 22G 9 cm spinal iğne kullanılarak, intermittan floroskopik görüntüleme altında C7 vertebra transvers process ve korpus birleşim bölgesine girildi. Kemik teması sağlandıktan sonra iğne hafif geriye doğru çekilerek kontrast madde verildi. Vasküler dağılm olmadığı ve longismus colli kası boyunca yayılım görüldükten sonra 9cc lidokain ve 40mg triamsinolon karışımı verildi. İşlem sırasında ve sonrası herhangi bir komplikasyon rastlanmayan hastanın işlemden 1 saat sonrasında VAS'ını 8 olarak puanladı. 3 hafta sonraki kontrolünde değerlendirilen hasta, ağrılarının işlemden sonraki gün rahatladığını ve 1 hafta sonra morfin sülfat 30 mg tedavisini 1x1 e düştüğünü, ancak diğer tedavileri olan gabapentin 800mg. 3x1, tramadol+parasetamol 3x1 şeklinde devam ettiğini belirtti. VAS'ını 2 olarak değerlendirdi. Aynı tarihte yapılan sol-sağ kol çap farkı ise işlem öncesine benzer şekildeydi. İşlemden 8 hafta sonraki kontrolünde ise VAS'ına 4 puan verdi ve mevcut ilaç tedavisine devam etmekteydi.

Sonuç: Litaratürde tekrarlı stellat ganglion blokajları ile lenfödemin azalabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur. Lenfödem ilişkili ağrılarda ise lenfödem tedavisine ek olarak medikal tedaviler önerilmektedir. Bu vaka sunumu literatürde sadece lenfödemi azaltacağı bildiren çalışmaların aksine lenfödem bağlı ağrı tedavisinde tek sefer yapılan stellat ganglion blokajının, üst ekstremite çaplarında değişiklik olmasa bile opioid dozunu azaltacak kadar etkili bir tedavi seçeneği olabileceği göstermektedir.

1. Jeong-Gil Kim&Soon OokBae&Kwan Sik Seo A comparison of the effectiveness of complex decongestive physiotherapy and stellate ganglion block SupportCareCance(2015) 23:2305–2310

Anahtar Kelimeler: Lenfödem, stellat ganglion blokajı, meme kanseri

S-166 Artritle Karışabilen Bir Kas İçi Kanama Olgusu

Nurdan Yılmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Tokat
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Samsun

Amaç: Bir eklemde ağrı, şişlik, kızarıklık ve hareket kısıtlılığı gibi bulgular ön planda artrit düşündürmektedir. Ancak benzer yakınmaların periartiküler kaynaklı olabileceği de akılda bulundurulmalıdır. Bu olgumuzu sunarken ekleme komşu olan kas içi kanamaların artrit benzeri bir klinik tabloya neden olabileceğini ve iyi bir değerlendirmeyle hastanın tanı ve tedavisinin tamamen değişebileceğini vurgulamak istedik.

Olgu: 1 yaş 3 aylık erkek hasta, ailesi tarafından sağ kalçada hareket kısıtlılığı, huzursuzluk, altını değiştirirken ağlama yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hasta bir gün önce bu yakınmalarla pediatri kliniğine başvurmuş ve artrit ön tanısı ile polikliniğimize yönlendirilmişti. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ quadriceps femoris lateralinde palpasyonla hassas bir alanın olduğu ve ele gelen 1cm*1 cm şişliğin mevcut olduğu gözlendi. Hastanın ailesinden alınan öyküde herhangi bir travma, ateş öyküsünün olmadığı, o bölgeden enjeksiyon veya aşı yapılmadığı, böcek sokması öyküsün olmadığı, daha önce benzer bir yakınmasının ve bilinen ek bir hastalığının olmadığı öğrenildi. Ayrıca ailede tuberküloz öyküsü veya taze süt/süt ürünleri kullanımı da yok idi. Bahsi geçen bölgeden istenilen yüzeyel doku ultrasonunda sağ uyluk vastus lateralis kasının ekojenitesi artmış olup kas içinde 5mm*7mm boyutlarında kas içi hematom ile uyumlu anekoik alan saptanmıştır. Hastanın laboratuar incelemesinde ise WBC:18,56(N:6-14); NEU:9,12(N:1,8-6,98); LYM:7,78(N:1,26-3,31); CRP:1,45 mg/l(N:0-5); Sedimentasyon:25(N:0-20);RF:10,5 IU/ML(0-14); Brusella rose-bengal testi negatif; PTZ:61,7sn(N:10,3-14,8); INR:5,761(n:0,8-1,24) olarak saptandı.Hastaya kas içi hematomu için soğuk ve alkol uygulama; ağrısı için ibuprofen önerilerek kanama parametrelerindeki uzama ve beyaz küre sayısındaki artış nedeniyle pediatrik hematolojinin olduğu bir üst merkeze sevk edildi.

Sonuç: Özellikle bebeklik döneminde eklem ve çevresine ait patolojiler hastanın kliniğine etkilenen ekstremitede hareket kısıtlılığı,huzursuzluk ve ateş gibi bulgularla yansımaktadır. Ayırıcı tanıya ise septik nedenler, romatizmal hastalıklar ve kanama diyatezleri gibi çok geniş bir grup hastalık girmektedir. İyi bir öykü, fizik muayene ve gerekli laboratuar incelemeleriyle doğru tanıya ulaşılacaktır. Hemartroz ve hematom kanama diyatezlerinde en tipik başvuru sebeplerindendir. Çocuk emekleme veya yürümeye başladıktan sonra travmatik olarak özellikle büyük kas gruplarında hematomlar oluşmaktadır. Görülme sıklığı 1/10.000 dir. İlgili kasta şişlik, ısı artışı, ağrı,kızarıklık olması ile tanı konur. Kasın katıldığı eklem hareketleri sınırlanmış ve ağrılıdır. Burada, özellikle pediatrik grup hastaların değerlendirilmesinde daha önceden tanı almamış kanama diatezi ve ona bağlı klinik tabloları (hemartroz,kas içi hematom gibi) ilk gören hekimler olabileceğimizi doğru tanının ve tedavinin ancak iyi bir öykü ve fizik muayene ile olabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Artrit, hematom, kanama diatezi

S-167 Atipik Klinik Özellikleri Olan Bir Dermatomiyozit Vakası

Didem Erdem[1], Halise Hande Gezer[1], Merve Demirci[2], Mehmet Tuncay Duruöz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İnflamatuar miyopatiler kronik progresif simetrik kas güçsüzlüğü oluşturan, polimiyozit, dermatomiyozit ve inklüzyon body miyoziti kapsayan bir hastalık grubudur. Burada atipik klinik seyir gösteren bir dermatomiyozit vakası sunulmuştur.

Olgu: 72 yaşında, bilinen hipertansiyon ve diyabet tanıları olan erkek hasta 12 aydır olan omuz ve kalça kuşağında giderek artan güçsüzlük şikâyeti ile başvurdu. Yedi ay önce pnömoni geçiren hastanın konstitüsyonel semptomları ve romatolojik sorgulamasında özelliği yoktu. Hasta yaklaşık 4 ay önce eller ve yüzde aniden gelişen döküntü şikâyeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastanın o dönem yapılan kan tetkiklerinde kreatinin kinaz, AST, ALT ve LDH değerleri normalmiş. ANA 1/100 granüler pozitif, ENA paneli ve ANCA negatif saptanmış. EMG'de kronik aksonal polinöropati bulguları mevcutmuş, miyopati saptanmamış. Hastanın MR görüntülemelerinde her iki kruris ve distal uyluk kaslarında simetrik kas inflamasyonu saptanmış. Sol medial gastroknemius kasından yapılan kas biyopsisi normal olarak raporlanmış. Hastanın el dorsumunda görülen cilt lezyonlarından alınan biyopsi sonucu küçük damar vasküliti ile uyumlu olarak raporlanmış. Hastaya dermatomiyozit tanısıyla 3 gün 250 mg/gün dozunda glukokortikosteroid verilmiş ve 32 mg/gün dozunda idame tedaviye geçilmiş, eşzamanlı azatiyopurin başlanmış. Hastanın klinik bulgularında düzelme görülürken steroid dozu azaltılmaya başlandığında şikâyetlerinde tekrar artış görülmesi üzerine çekilen yeni MR'da her iki kruris, uyluk ve gluteal kaslarında yaygın inflamasyon saptanmış. Bunun üzerine hastaya 3 gün 250 mg/gün dozunda glukokortikosteroid ve 5 gün 160 gr IVIG tedavisi verilmiş ve hastanın klinik bulgularında belirgin düzelme saptanmış. 36 mg/gün dozda steroid ve azatiyopurin tedavisi altındayken pansitopeni gelişmesi üzerine azatiyopurin kesilmiş. Şikâyetlerde artış olması nedeniyle çekilen kontrol MR'da uyluk kaslarında izlenen inflamasyonda progresyon saptanması üzerine hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla tarafımıza sevk edilmiş. Hasta polikliniğimize başvurduğunda 36 mg/gün dozda metilprednizolon kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde aktif cilt döküntüsü yoktu. Kas gücü üst ve alt ekstremitede proksimal kaslarda bilateral 4/5, distalde 3/5 saptandı. Kan tetkiklerinde lenfosit 400 bin/uL, sedimentasyon 26 mm/h, CRP 7 mg/dL'di. Kreatinin, tam idrar analizi ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. CK ve AST normal, ALT 50 U/L, GGT 94 U/L, LDH 519 U/L saptandı. ANA 1/100-1/320 ince benekli, ENA, C3, C4, ANCA, anti-MPO, anti-PR3, hepatit serolojisi, anti-HIV, quantiferon negatifti. Periferik yayma normal saptanmış olup lenfopenin kronik inflamasyona bağlı olduğu düşünüldü. Protein elektroforezi normaldi. PET incelemesinde malignite lehine bulgu saptanmadı. Kliniğimizde yapılan iğne EMG'de miyopati saptandı. Miyozit panelinde dermatomiyozit spesifik otoantikor olan anti-TIF1g pozitif saptanmasıyla hastaya dermatomiyozit tanısı konuldu. Tekrar başlanan azatiyopurin, pansitopeni gelişmesi üzerine kesildi. Kas gücü kaybında progresyon olması nedeniyle 250 mg/gün dozunda 3 gün iv steroid verildi ve rituksimab tedavisine geçildi.

Sonuç: İleri yaş erkek hastada gelişen, özellikle distal kasların tutulduğu, CK yüksekliğinin eşlik etmediği, yavaş seyirli miyopati bulguları ön planda inklüzyon body miyozit tanısını düşündürmekte birlikte gottron papülleri ve heliotropik raşı olan hastanın cilt biyopsisinde küçük damar vasküliti saptanmış ve dermatomiyozit cilt bulgularına ait patolojik değişiklikler görülmemiştir. Hastanın kas biyopsisi normal saptanmış olup normal biyopsi sonucu miyozit tanısını dışlamamaktadır. EMG ve MR bulguları miyozit ile uyumlu olan ve anti-TIF1g antikoru pozitif saptanan hastaya dermatomiyozit tanısı konulmuş; steroid, IVIG, azatiyopurin tedavisine rağmen klinik progresyon gelişmesi üzerine rituksimab tedavisi başlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, tanı, tedavi

S-168 Genç Araştırmacıların Bilimsel Araştırmaların Raporlama Kılavuzlarının Kullanımı ile İlgili Bilgi ve Farkındalığı: Kesitsel Bir Çalışma

Esra Giray, Özge Keniş Coşkun, Meltem Karacaatlı, Osman Hakan Gündüz, İlker İlker

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

Amaç: Raporlama kılavuzları yazarlara araştırma yöntemlerini ve bulgularını rapor etmede yardımcı olan belgelerdir. Raporlama kılavuzları; araştırmacılar, tıbbi dergi editörleri ve hakemler için raporlama kurallarının, araştırma fonlarının ve araştırma yayınlarının kalitesini geliştirmek için kurulmuş bir organizasyon olan EQUATOR ağının sitesinde bulunmaktadır. Bu organizasyonun amacı, tüm sağlık çalışmalarının tekrarlanabilirliğini ve kullanımını arttırmak için doğru, eksiksiz ve şeffaf raporlama sağlamaktır. Bu sayede sağlık araştırmalarının değeri arttırmak ve düşük kullanımlı sağlık araştırma projelerinde finansal yatırımların ve insan emeğinin oranı en aza indirmektir. Bu çalışmanın amacı genç araştırmacıların bilimsel araştırmaların raporlama kılavuzları ve EQUATOR ağı ile ilgili düşünce ve farkındalıklarının ve rutin pratikte bu kılavuzların kullanımının araştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Prospektif kesitsel olarak planlanan bu çalışmaya etik kurulu onamı (onay numarası: 09.2019.206) ve katılımcılardan onam alındıktan sonra tıp fakültemizden 100 (yüz) genç hekim araştırmacı dahil edildi. Dahil edilme kriterleri 24-45 yaş arasında olmak, halen aktif olarak hekimlik yapıyor olmak, mesleğini yapma süresinin 15 yıldan kısa olmasıydı. Dışlanma kriterleri ise daha önce raporlama kılavuzları ile ilgili herhangi bir araştırmaya katılmış veya bu konuda herhangi bir çalışmada araştırmacı olarak görev almış olmaktı. Katılımcılarla birebir görüşme yapılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu doldurduldu. Bu anket ile katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek hayatındaki yılı, görevi, bölümü, herhangi bir bilimsel çalışmaya katılıp katılmadıkları, yayın sayıları, bilimsel makaleler için hakem olarak görev yapıp yapmadıkları, yapmışlarsa hakemlik sayıları, yayınlarında raporlama kılavuzlarını kullanıp kullanmadıkları, EQUATOR ağı ile ilgili bilgileri olup olmadığı ve varsa, nereden bilgi edindikleri, hangi raporlama kılavuzlarını bildikleri ve bunları yazar ya da hakem olarak kullanıp kullanmadıkları, bu kılavuzların uygulanabilirliği hakkındaki düşünceleri ve bu kılavuzlarla ilgili olarak bilgilendirilmek isteyip istemedikleri sorgulandı. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS versiyon 24.0 istatistiksel paket programı kullanıldı. Demografik verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında numerik veriler için bağımsız gruplarda t testi, kategorik veriler için ki kare testi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların ortalama yaşı 32,69±5,91 idi. Katılımcıların %64'ü dahili, %36'sı cerrahi branşlardandı. Katılımcıların %44'ü uzmanlık öğrencisi, %56'sı ise alanında uzmandı. Katılımcıların ortalama yayın sayısı 11,77±17,56 idi. Katılımcıların %37'si raporlama kılavuzlarını kullanmaktaydı. Katılımcıların %18'i EQUATOR ağından haberdardı. Katılımcıların en çok haberdar olduğu iki kılavuz CONSORT (%32) ve PRISMA (%35) idi. En az bildiği kılavuz ise ARRIVE (%12) ve GRRAS (%12) idi. Katılımcıların %73'ü kılavuzlarla ilgili bilgilendirme istemekteydi. Alanında uzman olan katılımcılarla uzmanlık eğitimi gören katılımcılar CONSORT kılavuzu, EQUATOR ağını ve STROBE kılavuzunu bilmek açısından karşılaştırıldığında istatiksel anlamlı fark saptanırken (p=0,0001, p=0,002, p=0,001) diğer kılavuzlarda gruplar arasında fark saptanmadı (p>0,05). Yayın sayısı ortalamanın üstünde olan katılımcıların kılavuzları bilme oranı diğerlerinden istatiksel anlamlı olarak farklıydı (p<0.05). Katılımcıların %35'i hakemlik yapmakta olup, hakemlik yaparken kılavuz kullanma oranı %18'di.

Sonuç: Genç araştırmacılar arasında araştırma raporlama kılavuzları ve EQUATOR ağı ile ilgili farkındalık ve kılavuzların kullanım düzeyi halen yetersizdir. Genç araştırmacılar bu kılavuzların bir kısmını bilmekle birlikte bunlar hakkında daha detaylı bilgi edinmek istemektedir. Bilimsel raporlamanın standardizasyonunu ve dolayısıyla yayınların kalitesinin ve kabul oranlarının arttırılması, sağlık araştırma projelerinde finansal yatırımların ve insan emeğinin oranı en aza indirilmesi için genç araştırmacıların araştırma raporlama kılavuzları ile ilgili farkındalık ve bilgisinin arttırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genç araştırmacılar, EQUATOR, CONSORT

S-169 Pulmoner Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyonun Etkinliğinin ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi

Fırat Akbaş[1], Halil Ataş[1], Bülent Mutlu[2], İlker Yağcı[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pulmoner hipertansiyon (PH) tanısı ile kardiyak rehabilitasyon programına alınan hastalarda hastane içi egzersiz programı ve ev egzersiz programının etkilerinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Çalışma prospektif, randomize kontrollü olarak planlandı. Hastalar, hastane içi egzersiz grubu ve ev egzersiz grubu şeklinde randomize edildi. Tüm hastalara kardiyak rehabilitasyonun standart içeriği uygulandıktan sonra hastane içi egzersiz grubuna 30 seans ısınma, bisiklet ergometre, soğuma, germe ve solunum egzersizlerinden oluşan egzersiz programı uygulandı. Ev egzersiz grubuna ise hastanede 30 dakika egzersiz eğitimi verildikten sonra orta şiddette aerobik egzersiz, solunum egzersizleri ve germe egzersizlerini içeren programı evde sürdürmeleri istendi. Hastalar başlangıçta ve 10. haftada 6 dakika yürüme testi (6DYT), istirahat ve egzersiz sonrası Borg Dispne Skalası (BDS), Borg Yorgunluk Skalası (BYS), bisiklet ergometre ile submaksimal egzersiz tolerans testi, Dünya Sağlık Örgütü Fonksiyonel Sınıf (DSÖ-FS), Kısa Form 36 (SF-36) ve ekokardiyografi parametreleri ile değerlendirildi

Bulgular: Hastane içi egzersiz grubunda 21 hasta, ev egzersizi grubunda ise 20 hasta çalışmayı tamamladı. Hastane grubunda, 6DYT, VO2 maksimum, bisiklet ergometre değerleri, SF36'nın fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü ve vitalite parametrelerinde başlangıç değerlerine ve ev grubuna göre anlamlı iyileşme saptandı. Ev grubunda ise başlangıç ve 10. Hafta arasında sadece test öncesi ve sonrası BDS değerlerinde anlamlı azalma saptandı. Her iki grupta ekokardiyografik verilerde istatiksel olarak anlamlı değişiklik saptanmadı. Hiçbir hastada majör kardiyovasküler komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Hastane içerisinde egzersiz tedavisini içeren kardiyak rehabilitasyon programı PH tanılı hastalarda zindelik parametreleri ve yaşam kalitesini üzerine olumlu etki gösteren güvenilir bir uygulamadır ve ev egzersiz programından üstün bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Aerobik egzersiz, 6DYT, oksijen tüketimi, hayat kalitesi

S-170 Fibromiyalji Hastalarında Müziğin Terapötik Kullanımının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Çağla Özdemir[1], Cenk Aypak[1], Derya İren Akbıyık[1], Süleyman Görpelioğlu[1], İbrahim Özdemir[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Müzik tedavisinin nörolojik hastalıklar, ruhsal hastalıklar, kanser, yoğun bakım hastalarında, alt ekstremite kırıklarında ve nöropatik ağrıda iyileştirici etkisi olduğuna dair güçlü çalışmalar vardır. Bu bilgiden yola çıkarak, fibromiyalji hastalarında doğa seslerinden oluşan müzik dinlemenin hastalığa bağlı semptomlar ve fonksiyonlar üzerindeki etkisi incelenmiştir.
Yöntem: Çalışmamız prospektif, randomize ve kontrollü çalışma niteliğindedir. Aile hekimliği polikliniğine başka nedenlerle başvuran ve konvansiyonel tedavilerine ek olarak terapötik amaçlı müzik dinletilen (n:50) fibromiyalji hastaları eski medikal tedavilerine devam eden kontrol grubu (n:51) ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın başında her iki gruba da Fibromiyalji Etki Skalası (FES) uygulanmıştır. Uygulamayı takiben müzik grubundan evlerinde, 20 gün boyunca ve her gün 30 dakika süreyle, doğa seslerinden oluşan müzik dinlemeleri istenmiştir. Müziği rahat, sessiz ortamda, hızıyla ilgili değişiklik yapmadan, durdurmadan dinlemeleri söylendi. 20 gün sonra her iki gruba da Fibromiyalji Etki Skalaları tekrar edildi.
Bulgular: Çalışmada öngörülen süre boyunca müzik dinlemeyi hastalardan sadece 16 kişi düzenli olarak sürdürebilmiştir. Gruplar arası analiz yapıldığında kontrol grubuna kıyasla müzik grubunda FES total, FES fonksiyon, FES semptom, FES genel etki puanında anlamlı derecede azalma mevcuttu($p<0,01$).
Sonuç: Doğa seslerinden oluşan müzik tedavisinin; fibromiyalji hastalarında FES skalasıyla gösterilen genel etki, semptom ve fonksiyonlarda gelişme gösterdiği, ek maliyet gerektirmeyen, komplikasyonun izlenmediği müzik tedavisinin hastaların rutin tedavilerine eklenebileceği sonucuna varılmıştır. Ancak en uygun müziğin seçimi, müzik dinlemenin bir tedavi seçeneği olarak düzenli ve sürekli olarak yapılması konusunda hastaların eğitimi, müzikle birlikte verilen medikal tedavi düzenlemeleri başka araştırmalarla incelenecek konular olarak ortaya çıkmaktadır.
Anahtar Kelimeler: Fibromiyaljı, müzik terapi, yaşam kalitesi

POSTER BİLDİRİLER

P-001 Sebebi Bilinmeyen Ateş Nedeni: Erişkin Still Hastalığı

Mustafa Cihan Akça, Gökhan Alkan, Arif Gülkesen, Arzu Kaya, Gürkan Akgöl

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Erişkin Still hastalığı (ESH) ateş, artrit ve raşlarla ortaya çıkan, sistemik inflamatuvar bir bozukluktur. ESH'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bazı viral (Rubella, Ekovirüs, Epstein-Barr, Sitomegalovirüs) ve bakteriyel (Yersinia enterocolitica, Mycoplazma pneumoniae gibi) etkenler suçlanmıştır. ESH'nin patognomik bir bulgusu yoktur ve ancak malignite, kollajen doku hastalığı ve infeksiyon gibi diğer nedenlerin dışlanmasıyla tanı konulan bir hastalıktır. Hastalığın patogonomik bir bulgusu olmaması, sistemik bulgularla ortaya çıkması ve diğer birçok sistemik hastalıkla karışması nedeniyle tanısı zor bir hastalıktır. Dolayısıyla tanı gecikmesi bu olgularda sıkça yaşanmakta, hatta bazı olguların 4-5 ayda ancak tanı aldığı bildirilmektedir.

Olgu: Artrit etiyolojisi ile takipli 50 yaşında bayan hasta gözde şişlik ve kızarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yaklaşık 2 yıldır eklem ağrısı ve sağ dizde artrit öyküsü mevcuttu. Hasta artrit etiyolojisi nedeni ile metotreksat 10 mg/hafta, kolşisin 0.5mg 2x1/gün ve metilprednizolon 4mg/gün kullanıyordu. 3-4 gündür sağ gözde şişlik ve kızarıklık öyküsü olan hastanın göz muayenesi episklerit ile uyumlu geldi. Kliniğimize yatırılan hastanın yapılan muayenesinde sistemik muayene doğaldı. Servikal LAP'ları mevcuttu. Artrit, artralji yoktu. Hastanın takibinde makülopapüler döküntü ve 38.9 C ateşleri oldu. Alınan kan tahlillerinde lökosit: 23,1x103 /uL, Neu 20.4x 10e3/µL trombosit: 469x103 /uL, eritrosit sedimentasyon hızı:71 mm/saat ve CRP:99.8 (mg/dl) Ferritin 1648ng/ml Fibrinojen:712mg/dl bulundu. AST:27 U/L, ALT:29 U/L olarak geldi. Hastanın kan, idrar kültürleri, Quantiferon testi, CD4, CD8, testleri bakıldı ve normal geldi. Periferik yayma yapıldı, özellik saptanmadı. Gövde ve ekstremitelerinde döküntüleri olan hasta dermatolojiye danışıldı ve biyopsi yapıldı. Akut faz reaktanları yüksek olan hastaya Toraks ve Abdomen BT çekildi. Toraks BT de pelvral kalınlaşma izlendi. Malignite saptanmadı. Hastanın ANA sonucu 1/320 oranında pozitif geldi. Hastanın, RF, CCP, p-ANCA, c-ANCA, anti ds DNA, U1 RNP, Antisentromer, Anti Ro, Anti La, C3 düzeyleri normal olarak geldi. EBV, Clamidya, CMV, Hepatit, Brucella enfeksiyon testleri negatif geldi. Ateş öyküsü olan hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi ve hastaya linezolid ve meropenem başlandı. Antibiyotik tedavisi sonrası akut faz reaktanlarında gerileme olmadı. Klinik bulgular ve biyopsi sonucu çıkan hastaya Erişkin still hastalığı tanısı konuldu. Hastaya üç gün boyunca günde 100 mg (intravenöz) olacak şekilde metilprednizolon yüklemesi yapıldı, sonrasında 1mg/kg oral kortikosteroid başlandı. Hastanın klinik ve laboratuvar takibine göre kortikosteroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Hastanın klinik bulguları düzeldi. Laboratuvar bulguları WBC: 16,3x103 /uL, NEU: 13,5x 10e3/µL, eritrosit sedimentasyon hızı:16 mm/saat, CRP: 3,4 (mg/dl) ferritin 502,6ng/ml, fibrinojen 212 mg/dl ye geriledi. Hasta metilprednizolon 16 mg/gün, metotreksat 10 mg/hafta, kolşisin 0.5 mg 2x1 gün şeklide tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Sonuç olarak, ESH, nadir görülmesine rağmen özellikle nedeni bilinmeyen ateş ve birden çok sistem tutulum bulgularıyla başvuran hastalarda ön planda düşünülmesi gereken önemli bir hastalıktır. Bu hastalığın daha iyi tanınması yeni olguları daha kolay tanımamızı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ateş, makülopaüler döküntü, artrit, erişkin still hastalığı

P-002 Endotelin Reseptör Antagonisti Kullanırken Gebe Kalan Olgu Sunumu

Öznur Kutluk, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya

Amaç: Bosentan hem dijital ülser hem de pulmoner arteryel hipertansiyon tedavisinde kullanılan bir endotelin reseptör antagonisti ilaçtır. Hayvan verilerine dayanarak hamile kadınlarda bosentanın kullanımı major doğum anomalilerine neden olabilir. Biz de burada dijital ülser nedeniyle bosentan kullanırken gebe kalan bir olguyu sunmak istedik.

Olgu: 29 yaşında 3 yıldır diffuz cilt tutulumlu skleroderma ile takipli hastaya raynaud ve dijital ülser nedeniyle nifedipin, asetilsalisilik asit ve aralıklı ilioprost infüzyonu tedavisi verildi. Hastanın takiplerinde raynaud şikayetinin devam etmesi ve nekroze dijital ülserleri olması üzerine hastadan onay alınarak, gebe kalmaması için kontresepsiyon önerilerek, gebelik dışlandıktan sonra bosentan 62,5 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde anemisi olan hastanın ilaç dozu artırılmadı, demir eksikliği anemisi olan hastanın anemisi tedavi edildi. Hastanın her kontrolünde tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve gebelik testi yapıldı. Tedavisinin 4. ayında hastanın dijital ülserleri geriledi, aktif yeni dijital ülseri gelişmedi. İlaç tedavisinin başlangıcından 6 ay sonra hasta kontrole geldiğinde 4 haftalık gebe olduğunu ifade etti, bosentan, nifedipin ve prednısolon tedavisi kesildi, asetilsalisilik asit tedavisine devam edildi. Hastanın gebelik boyunca raynaud şikayetlerinde gerileme oldu, aktif yeni dijital ülseri gelişmedi, reflü dışında gastrointestinal şikayeti olmadı. Gebelik boyunca kadın hastalıkları ve doğum tarafından takip edildi, gebelik boyunca bebekte bir patolojiye rastlanmadı. 36 haftalıkken normal vajinal doğum ile 2400 gr sağlıklı erkek bebek doğdu, 2 saat küvezde hood oksijen ile izlenen bebek anne yanına verildi ve ertesi gün taburcu edildi. Gebelik sonrası hastanın aktif şikayeti olmaması ve emzirmek istemesi nedeniyle aspirin dışında tedavi başlanmadı, takibe alındı.

Sonuç: Bosentanın gebelikte insanda kullanımıyla ilgili yeterli kanıt yoktur, hayvanlarda kullanımı major doğum anomalilerine neden olabildiği için gebelikte kullanılmasından kaçınılması önerilir. Biz burada ilk trimesterde istenilmeden bosentana maruz kalınan bir gebelik sonucunu paylaşarak literatüre katkıda bulunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Bosentan, dijital ülser, gebelik

P-003 A Rare Case: Jaccoud's Arthropathy with Sjogren's Syndrome

Ragip Ulvi Korucu[1], Yılmaz Savaş[2], Ayhan Taş[1], Sami Hizmetli[2]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Sivas, Turkey
[2]Division of Rheumatology, Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Sivas, Turkey

Objective: Jaccoud's arthropathy (JA) is a condition defined clinically by reversible joint deformities such as ulnar deviation, subluxation, swan neck and boutonniere's deformities, alongside with the absence of articular erosions on a plain radiographs. JA was described in patients with rheumatic fever at first, but this disorder has become rare. Currently, the main clinical entity associated with JA is a systemic lupus erythematosus (SLE). The prevelance of JA in SLE is %5. JA has also been described in other connective tissue disorders, in some infections and neoplasia. The other conditions associated with JA are miscellanous cases and the epidemiyology is not known. In this case report, we present Jaccoud arthropathy with Sjögren's syndrome which is a very rare association.

Case: A 52-year-old female patient followed-up in psychiatry clinic with the diagnosis of anxiety disorder was evaluated for complaints of hand deformity and ankle pain. She had pain and swelling in her left ankle for 1 month and had complaints of deformity and occasional pain in her hands during last 1 year. The patient had no history of arthritis. Her rheumatologic examination did not reveal any signs other than dry mouth and dry eyes. There was no positive rheumatological disease history in her family members. Physical examination revealed arthritis of the left ankle, ulnar deviation at the MCF joints in bilateral hands,swan-neck deformity in 4th and 5th fingers of right hand, and slight butonniere deformity in 3rd finger. Deformities were passively corrected. The range of motion was complete and painless. On the anteroposterior radiograph, only hand deformities were seen but focal bone erosion was not detected. The patient was diagnosed as a Jaccoud's arthropathy with the present findings and the etiology was investigated. Infective pathologies and malignancy were excluded. In order to investigate SLE, the most common cause of Jaccoud arthropathy, rheumatologic tests were requested. In the laboratory values; Hb: 10.2 g/dL, WBC: 11x103/µL, Platelet: 477x103/µL, ESR: 103 mm/s, CRP: 74 mg/dL, RF and Anti-CCP were negative. Routine biochemical examination was normal. The patient with the ANA test was positive and SS-A antibody; 3(+), Ro-52 antibody was found as 2(+). Immunoglobulins and complements were within normal limits. Hepatitis, HIV tests and viral markers were negative. The 24-hour urine micro total protein value was normal. The patient did not meet the diagnostic criteria of SLE, was diagnosed with Sjögren's Syndrome with Jaccoud arthropathy. We started steroid treatment for arthritis. Hydroxychloroquine and methotrexate used for treatment of Sjögren syndrome. Exercise and orthotics were recommended for hand deformities. Patient's joint pain ceased and acute-phase-reactants' levels dropped with the current treatment. Patient was informed for regular follow-ups in rheumatology clinic.

Conclusion: As a result, it is appropriate that physicians encountering these patients should be able to monitor the conditions that may accompany JA, to follow up for deformities and symptoms and to follow up the patients for possible diagnosis and treatment changes.

Keywords: Jaccoud Arthropathy, Sjögren Syndrome, hand deformity

P-004 Coexistence of Psoriasis and Sjögren's syndrome: A Rare Occurrence

Sena Tolu, Aylin Rezvani

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Medipol University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

Objective: Sjögren's syndrome (SjS), is a systemic chronic autoimmune disease characterized by inflammation of exocrine glands. Salivary and lacrimal glands are primarily targeted, thus leading to mouth and eye dryness. Prevalence of SjS in global population has been calculated as 1% to 3%. SjS may occur alone or in association with other rheumatic diseases such as RA, SLE or scleroderma. Psoriasis is a chronic immune-mediated inflammatory systemic disease affecting 2–3.5 % of the global population. The association between psoriasis and systemic autoimmune rheumatic diseases is rare. Several cases of coexistence of psoriasis and autoimmune diseases such as SLE, sarcoidosis, dermatomyositis, and scleroderma have been reported previously. The co-existence of psoriasis and SjS has rarely been reported and little is known about its exact incidence. Although the etiology and pathogenesis of SjS and psoriasis are still unclear, similar immunological abnormalities may trigger the autoimmune processes leading to the development of each disease.

Case: A 55-year-old female was admitted to our clinics with complaints of arthralgia in the small joint of her hands and progressive oral dryness. The onset of psoriasis was 2 years ago and she was treated with topical corticosteroids effectively. She complained about dry mouth and arthralgia of the second and third PIP joints for one year. She did not have a family history of psoriasis and autoimmune disease. Her physical examination revealed arthralgia in bilaterally second PIP joints and moderate dryness over the oral mucosa. She had no morning stiffness. She had a chronic small psoriatic plaque localized on her left ankle. There was no hepatomegaly, no splenomegaly, no parotid hypertrophy, nor lymph nodes. Neurological examinations were normal. Laboratory investigations revealed an ESR of 25 mm/h, a CRP level of 0.47. The hemogram and biochemical parameters were normal. Serum C3, C4 levels were normal. ANA; 1:320, speckled pattern, Anti- ENA SsA and SsB were positive. Other autoantibodies, HLA-B27, RF, and Anti- CCP were also negative. HBV, HCV, EBV and CMV serology were negative. Plain radiography of the chest and the hands were normal. X-ray of feet showed erosions in the first MTF joint of the left foot. Ophthalmologic examination demonstrated a normal Schirmer's test. Pathological examination of salivary glands biopsy showed lymphocytic sialadenitis grade IV according to Chisholm grading criteria. Parotid gland ultrasonography showed an inhomogeneous structure of the gland with scattered multiple small, oval, hypoechoic or anechoic areas and no lymphadenopathy for parotid glands. She was diagnosed with primary SjS according to the 2016 ACR / EULAR Classification Criteria for primary SjS. Treatment with hydroxychloroquine at 200 mg/day was initiated and fortunately, she had no side effect like worsening of psoriasis.

Conclusion: It has been thought that common underlying immunological mechanisms may be involved in the pathogenesis of both diseases. Activated T cells, and the produced cytokines, especially IL17 and IL23, are considered to play important roles in the pathogenesis of psoriasis and SjS and they may also provide promising targets for the treatment. Further studies may clarify the incidence and emphasis of the overlap of these diseases.

Keywords: Psoriasis, Sjögren's Syndrome, T lymphocytes

P-005 Ani İşitme Kaybı ile Prezente Olan Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu

Yunus Durmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2], Pınar Durmaz[3]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun
[3]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Karabük

Amaç: Sistemik lupus eritematozus (SLE) kronik, otoimmün, multi-sistemik bir bağ dokusu hastalığıdır. Hastalığın klinik bulguları ateş, artralji/artrit, ciltte eritemli döküntülerden, böbrek, santral sinir sistemi, akciğer gibi organ ve sistemlerin etkilenmesine kadar çeşitlilik gösterebilir. Hastaların büyük kısmında halsizlik, yorgunluk, ateş, kas ağrıları ve kilo kaybı gibi non-spesifik sistemik semptomların yanı sıra, spesifik organ ve sistem semptomları bulunabilir. SLE hastalığında işitme ile ilgili bulgular tanı kriterleri arasında yer almasa da hastalık seyrinde sensörinöral işitme kaybı, tinnitus ve vestibüler bulgular görülebilmektedir. Biz burada akut başlangıçlı işitme kaybı ile prezente olan geç başlangıçlı bir SLE vakasını sunmak istedik.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta ani gelişen işitme kaybı nedeniyle romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Hastanın romatolojik değerlendirilmesinde ani başlayan işitme kaybının yanı sıra fotosensivite, artralji, 1 saati geçen sabah tutukluğu tariflediği kayıt edildi. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce bilinen bir medikal yardım almamış olduğu öğrenilen hastanın soygeçmişinde de tanı almış bir romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde malar raş saptandı. Artriti olmayan hastanın laboratuar testlerinde: Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 3780/ µL, Hb:10,5g/dL, Plt: 220.000/µL; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 86 mm/saat, CRP 19,48 mg/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normal bulundu. Biyokimya testleri normal sınırlarda; salmonella, brusella testleri, RF, anti-CCP ve ANCA testleri, anti-fosfolipid IgG/M ve ani-kardiyolipin IgG/M antikorları,anti-beta2glikoprotein IgG/M lupus antikoagulanı negatif bulundu. Anti-nükleer antikor (ANA) 4+, anti-dsDNA pozitif saptandı. Çekilen beyin difüzyon MR 'de sol oksipital lobda akut enfarktla uyumlu diffüzyon kısıtlılığı lehine raporlandı. Kulak MR'de patoloji saptanmadı. Akciğer grafisi normal sınırlarda olan hastaya mevcut klinik ve laboratuvar bulgular ile SLE tanısı konuldu. Pulse steroid tedavisi sonrası 6. kür siklofosfamid tedavisi başlandı. İşitme kaybında progresyon görülmedi. Depresif duygu-durumu mevcut olan hasta psikiyatri bölümünce değerlendirildi. Sertralin tedavisi önerildi. Takiplerde antikoagulan tedavi altında tekrarlayan iskemik serebrovasküler olaylar geçiren hastaya SLE ve sekonder antifosfolipid antikor sendromu (AFAS) tanısı ile anti-koagulan tedaviye ek olarak azatioprin başlandı. Azatioprin altında sitopeniler gelişmesi üzerine mikofenolat mofetil tedavisine geçilmesi planlandı.

Sonuç: SLE hastalarında sensörinöral işitme kaybı, tinnitus ve vestibüler bulgular görülebilir. İşitme testlerinde latans uzaması ve amplitüdlerde düşme olabildiği bildirilmişse de ani ve kalıcı işitme kaybı sık karşılaşılan bir prezentasyon şekli değildir. Ani işitme kaybı ile başvuran hastalarda SLE ve AFAS olasılığı da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ani işitme kaybı, antifosfolipid antikor sendromu, sistemik lupus eritematozus

P-006 Pyojenik Spondilit Tedavisi Sırasında SJögren Sendromu Tanısı Alan Olgumuz

Pelin Oktayoğlu, Hüseyin Işık, Mehmet Çağlayan, Mehtap Bozkurt, Remzi Çevik

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Pyojenik spondilit, genellikle bir odaktan hematojen yayılım gösteren mikroorganizmaların neden olduğu bir veya birden fazla veretebra ve bazen intervertebral diskin de etkilendiği, inflamatuvar bir klinik tablodur. Genel olarak tespit edilen etken Staphylococcus aureusdur. Sjogren sendromu ekzokrin bezlerin otoimmun disfonksiyonuna yol açan, periepitelyal lenfosit infiltrasyonuna sebep olabilen, ağız ve göz kuruluğu ile parotis ve diğer tükürük bezlerinde şişme kliniği ile seyreden, glandüler ve ekstraglandüler tutulum yapabilen bir hastalıktır. Kliniğimizde pyojenik spondilit ve bununla ilişkili epidural apse nedeniyle yatmakta iken, ağız ve göz kuruluğu şikayetleri nedeniyle tetkik edilen ve Sjögren Sendromu tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 55 yaşında kadın hasta bel ve her iki kalça ağrısı şikayeti ile polikliniğimize müracaat etti. Kırk beş günden beridir şikayetlerinin devam ettiğini, bel ve kalça ağrısının dinlenme ve istirahat sırasında değişiklik göstermediğini ifade etmekteydi. Ağrısının gece artış gösterdiğini ve ağrı kesicilere kısmen yanıt verdiğini belirtmekteydi. Zaman zaman ateşinin yükseldiğini belirten hasta, halsizlik ve yorgunluktan yakınmaktaydı. Romatolojik sorgulamasında uzun bir süreden beridir ağız ve göz kuruluğu olduğunu ifade etmekteydi. Lökomotor sistem muayenesinde lomber omurga hareket açıklığı tüm yönlere ağrılı ve kısıtlıydı. Bilateral Fabere ve Milgram testleri pozitifti. Herhangi bir nörolojik defisit saptanmayan hastanın laboratuvar incelemelerinde CRP 9.55 (referans aralığı 0-0.5), eritrosit sedimentasyon hızı 70 mm/h, WBC:6.96 olarak tespit edildi. HLA B27 negatif olarak raporlandı. Hastanın idrar kültüründe Enterococcus feacalis üredi. Kontrastlı lomber MR görüntülemede L4 vertebra korpusu boyunca superiora, L5 vertebra korpusu boyunca inferiora uzanım gösteren intravenöz kontrast madde infüzyonu sonrası alınan görüntülerde yoğun kontrast tutulumuna sahip lezyon ve L4-L5 interveretbral diskte kontrastlanmalar spondilodiskit+flegmon olarak raporlandı. Hastanın immunglobulin düzeyleri normaldi. Enfeksiyon hastalıklarına danışılan hastaya ampisilin-sulbaktam 1 g flk 4x2 dozunda altı hafta süresince önerildi. Kuru ağız ve kuru göz tarifleyen hasta göz hastalıkları bölümüne danışıldı. Schirmer sağ gözde 4 mm, solda 5 mm olarak geldi. ANA ++, SS-A negatif gelen hastaya tükürük bezi biyopsisi yapıldı. Kesit incelemelerinde 1 lokus oluşturan lenfosit infiltrasyonu SJogren sendromu ile uyumlu kabul edilerek hastaya hidroksiklorokin başlandı. Hasta ağız ve göz kuruluğu şikayetlerinin altı hafta öncesine göre hafiflediğini ifade etmekteydi. Antibiyoterapinin altıncı haftasında sedim ve CRP düzeyleri normale dönen hastanın yine 6. haftadaki kontrol MR'ında epidural bölgede yerleşik flegmonun totale yakın gerilediği raporlandı.

Sonuç: Ön planda bel ve kalça ağrısı şikayeti ile polikliniğimize müracaat eden hastamızın romatolojik sorgulamasında ağız ve göz kuruluğu şikayetlerinin olması mevcut patolojiye ilave olabilecek ek bir romatizmal patolojinin de araştırılmasını gerektirmiş ve sonucunda hasta spondilodiskit tanısının haricinde SJögren Sendromu tanısını almıştır. Pyojenik spondilit ve Sjögren Sendromu birbirinden farklı klinik tanılar olmakla beraber ayrıntılı romatolojik sorgu hastamızın yaşam kalitesini önemli ölçüde sınırlandıran ağız ve göz kuruluğu şikayetlerinin nedeninin aydınlatılmasını sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Pyojenik spondilit, romatolojik sorgu, sjögren sendromu

P-007 Antifosfolipit Antikor Sendromu ile Bipolar-1 Bozukluğu Birlikteliği

Yunus Durmaz[1], Pınar Durmaz[2], Ahmet Kıvanç Cengiz[3]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Karabük
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Antifosfolipid antikor sendromu (AFS), tekrarlayan arteriyel ve/veya venöz trombozlar, başka nedenlerle açıklanamayan fetal kayıplar (tekrarlayan abortus ve/veya ölü doğum), trombositopeni, livedo retikülaris, kardiyak, nörolojik semptomlar ve serumda antifosfolipid antikor (AFA) varlığı ile karakterize bir sendromdur. AFS'da psikiyatrik tutulum nadiren karşımıza çıkmaktadır. Biz burada AFS ile bipolar duygulanım bozukluğu birlikteliğini sunmak istedik.

Olgu: Sağ kolda şişlik yakınması ile kalp damar cerrahisi polikliniğine başvuran otuz üç yaşında erkek hasta saptanan sağ subklaviyan vende trombüs ile uyumlu görünüm nedeniyle romatoloji kliniğimize refere edilmişti. Oral aft, genital ülser, akneiform lezyon, üveit, artrit tariflemeyen hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde nabızları palpe edilebilen hastanın üfürümü yoktu. Laboratuvar testlerinde tam kan sayımında lökosit: 4380/μL, Hb:15,5 g/dL, Plt: 410.000/μL. Tam idrar tetkiki normal sınırlarda; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 23 mm/h, CRP 4,48 mg/L olarak saptandı. BUN, kreatinin, AST, ALT, GGT, ALP, CK, ASO, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda, brusella testleri, RF, anti-CCP, ANA, anti-dsDNA, anti-beta2glikoprotein IgG/M tetkikleri negatif saptanırken lupus antikoagulan testi ve kardiyolipin IgG/M testleri pozitif olarak saptandı. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Hastada AFS tanısı düşünülerek enoksaparin tedavisi sonrası varfarin tedavisine geçildi. Hastada çok konuşma ve fikir uçuşmaları olması nedeniyle hasta psikiyatri bölümünce değerlendirildi. Psikomotor aktivitede artışı ve basınçlı konuşması olduğu saptanan hastanın affekti uygunsuz, duygudurumu irritabıl bulundu. Düşünce akışı ve çağrışımları hızlanmış olan hastada bipolar 1 bozukluk düşünüldü ve hastaya valproik asit tedavisi başlandı. Hastanın 3. ayındaki kontrol lupus antikoagulan testi ve kardiyolipin IgG testleri pozitiflikleri sebat etmekteydi.

Sonuç: AFS'da nörolojik semptomlar arasında korea ve iskemik beyin tutulumları olabilse de psikiyatrik tutulumlar çok sık değildir. AFS'de litaratürde depresyon ve demans birlikteliği bildirilmiştir. Hastamızda AFS ve bipolar duygulanım bozukluğu tanı zamanlarının birbirine yakın olması hastamız özelinde bu iki hastalığın birbiri ile ilişkili olabileceğini düşündürmesi açısından önemli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Antifosfolipit antikor sendromu, bipolar-1 bozukluğu birlikteliği, trombüs

P-008 Kist Hidatik ve Dermatomiyozit Birlikteliği: Olgu sunumu

Köksal Sarıhan, Muhammet Uğur Öztürk, Meltem Alkan Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Dermatomiyozit (DM), idiyopatik inflamatuar miyozitler (İİM) grubuna dahil olan ve proksimal kas inflamasyonu ile giden bir bağ doku hastalığıdır. DM hastalarındaki diğer tanımlayıcı özellikler karakteristik cilt döküntüleri, serumda kas enzim düzeylerinin artışı, EMG'de tipik miyojenik bulgular ve kas biyopsisindeki spesifik bulgular şeklindedir. Ayırıcı tanıda muskuler distrofiler, toksik ve enfektif miyopatiler dahil birçok sebep akla gelmelidir. DM tedavisinde yüksek doz glukokortikoid ve bazı immunsupresif ajanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yazıda dermatomiyozit tanısı koyduğumuz ve kanser taramalarında kist hidatik tespit edilen olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 48 yaşında kadın kas güçsüzlüğü şikayeti ile başvurdu. İlk yapılan sorgulamada ateş, gece terlemesi, halsizlik ve yorgunluk şikayeti mevcuttu. Diğer romatizmal sorgulamasında anlamlı semptom yoktu. Fizik muayenede kas gücü alt ve üstte proksimalde 4/5 olarak değerlendirildi. Yüzde heliotrop raş, el ekstansör yüzde morumsu maküler lezyonlar (gottron bulgusu), ellerde çatlaklar ve hiperkeratotik lezyonlar (makinist eli) tespit edildi (RESİM 1). İstenen testlerde ALT,AST, CK düzeyleri yüksek geldi. İstenen otoantikorlar negatif geldi. Miyozit ön tanısı ile EMG istendi, belirgin miyojenik tutulum saptanmadı. Hastaya miyozit taraması amacıyla tüm vücut MR çekildi. MR sonucunda bilateral uyluk proksimalde ve periskapular alanda miyozitis yönünden anlamlı sinyal artışları saptandı. Radyoloji bölümünce ultrason eşliğinde sağ uyluk adduktor kas planlarından biopsi yapıldı. Biopsi materyali patoloji sonucu kas demetleri arasında ve perivasküler alanda mononükleer iltihabi infiltrasyonu içeren kas dokusu olarak sonuçlandı. Yüksek doz glukokortikoid tedavi başlanacağı için tarama amaçlı DEXA planlandı, osteopeni saptandı, gerekli D vitamini ve kalsiyum desteği başlandı. Hasta öksürük, balgam şikayeti ile ve kanser tarama amaçlı göğüs hastalıklarına danışıldı. HRCT ve solunum fonksiyon testinin yapılması planlandı. Hastaya çekilen HRCT de bilateral alt loblarda daha fazla olan buzlu cam dansitesi saptandı. Bu bulgular enfektif patolojiye sekonder olarak yorumlandı. Malignite saptanmadı. Hastaya malignite taraması amaçlı endoskopi ve kolonoskopi yapıldı, normal olarak geldi. Hastaya malignite taraması amaçlı çekilen abdomen bilgisayarlı tomografi karaciğer sağ lobda tip 5 kist hidatik ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hasta bu sonuçla genel cerrahiye konsülte edildi ve albendazol tedavisi başlandı. Hasta intaniye bölümü ile de konsülte edildi. PPD ve balgam ARB tarama yapıldı ve bunlar da negatif olarak sonuçlandı. Hastaya mevcut bulgularla dermatomiyozit tanısı koyuldu ve 0,5 mg /kg glukokortikoid (GK), azatiopürin ve pantoprozol tedavisi başlandı. Albendazol tedavisine 3 ay devam edilmesi ve multidisipliner olarak yakın takip edilmesi planlandı. Hastanın takiplerinde kas gücü normale döndü. Hastanın takiplerinde GK dozu ayarlanarak takibine halen devam ediliyor.

Sonuç: DM, tipik deri döküntüleri ve proksimal kas güçsüzlüğü ile seyreden nadir görülen İİM'dir. DM' nin ayırıcı tanısı çok önemlidir. Ayırıcı tanıda muskuler distrofiler, toksik ve enfektif miyopatiler dahil birçok sebep akla gelmelidir. Miyopati nedenine göre de tedavilerde oldukça değişiklik göstermektedir. DM' de kanser birlikteliği de nadir değildir. Olgularda yaş ve cinsiyet ile uyumlu malignite araştırılması önerilmektedir. Hastamızı malignite araştırılması amaçlı tetkik ettik ve malignite kanıtı bulamadık. Kanser taramaları sırasında kist hidatik saptadık. DM-PM'de ilk tedavi seçeneği GK tedavisidir. Cevap alınamayan ve yüksek doz kortikosteroid uzun süre kullanılamayacak hastalarda diğer immunsupresif ajanlar akla gelmelidir. Olgumuz dolayısıyla dermatomiyozit tanılı hastalarda enfektif durum birlikteliğine dikkat çekmeyi amaçladık. Olgumuzda olduğu gibi enfektif durumlarla birliktelik olabilir ve bu hastalarda tedavi yönetimi multidisipliner yürütülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, bağ doku hastalıkları, kist hidatik

P-009 Açık Karpal Tünel Dekompresyonu Sonrası Gelişen Şişkin El (Puffy Hand)

Aslınur Keleş Ercişli, Deniz Palamar Kadıoğlu, Kenan Akgün

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Şişkin el sendromu nadir görülen bir hastalık olup deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, derin ven trombozu, arteriyel tromboz, lenfödem sık görülen nedenleridir. İntravenöz ilaç kullanımı sonrası el dorsumunda gode bırakmayan ödem şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Romatoid artrit ve kristal artropatiler gibi romatolojik hastalıklar da şişkin ele neden olabilmektedir. Özellikle yaşlı erkeklerde görülen tekrarlayıcı seronegatif pitting ödemli simetrik sinovit sendromu, romatoid artriti andıran simetrik el ve/veya ayak ödemi ile görülebilen nadir bir hastalık olup romatolojik hastalıklar, benign ve malign tümörler veya ilaçlarla ilişkili olabilir. Literatürde tek taraflı el ödemi ile giden vakalar da bildirilmiştir. Cerrahi sonrasında görülebilen sinovyal osteokondromatozis, sinovyanın villöz lipomatöz proliferasyonu ve el şişliğine kızarıklık, ısı artışı, terleme, hiperalji gibi bulguların eşlik edebildiği kompleks bölgesel ağrı sendromu da şişkin ele neden olabilmektedir. Bir diğer neden ise osteoartiküler tüberküloz olup elde görülen en sık formu tenosinovittir.

Olgu: 63 yaşında erkek olgu bir sene öncesinde yapılan açık karpal tünel dekompresyonu sonrasında gelişmeye başlayan sağ elde şişlik ve el bileğinde ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu (Resim 1). Daha önce septik artit düşünülerek antibiyotik tedavisi verilen ve yanıt alınamayan olgunun muayenesinde, sağ elde bilek seviyesine kadar gode bırakan ödem tespit edildi. Eklem hareketleri kısıtlıydı. Cilt üzerinde eritem yoktu ve hiperaljezi saptanmadı. Yapılan laboratuvar incelemede CRP: 28.67 mg/dl, ESR: 27 mm/saat olup hemogram değerleri normaldi. Romatolojik incelemede romatoid faktör (RF), anti-siklik sitrülinlenmiş peptit antikoru (Anti-CCP), anti nükleer antikor (ANA) negatif ve ürik asit: 5.6 mg/dl olarak raporlandı. Mukayeseli el grafisinde; sağ elde, karpal kemiklerde belirgin olmak üzere yaygın erozyonlar ve kalsifikasyonlar mevcuttu. Sağ el manyetik rezonans görüntülemede (MRG); eklem yüzeylerinde litik eroziv değişiklikler ve yoğun sinovyal hipertrofi ile uyumlu yumuşak doku intansiteleri, karpal kemikler ve distal radius-ulnada yaygın osteonekroz alanları, karpal tünel seviyesinde daha belirgin olmak üzere tüm fleksör kas tendonları ve median sinir çevresinde yumuşak doku intensiteleri ve efüzyon dikkat çekmekteydi (Resim 2). Tarafımızca yapılan ultrasonografide (USG); sağ el bileği seviyesinde belirgin sinovyal hipertrofiye eşlik eden efüzyon ile bu alanlarda artmış doppler sinyal aktivitesi ve eklem yüzeylerinde erozyonlar tespit edildi (Resim 3). Şişkin el ayırıcı tanısındaki paraneoplastik sendromlar açısından istenen toraks bilgisayarlı tomografisi ve pozitron emisyon tomografisi normal olarak raporlandı. Lenfosintigrafide sağ üst ekstremitede azalmış lenfatik akım tespit edildi. Olguya oral 30 mg/gün prednizolon başlandı. İki hafta sonraki kontrolde ödem ve eklem hareket kısıtlılıklarında azalma mevcuttu. USG'de ise efüzyon ve doppler sinyal aktivitesinde azalma tespit edilirken sinovyal hipertrofinin değişmediği gözlendi. Kontrol CRP: 4.2 mg/dl, ESR: 9 mm/saat olan olgunun prednizolon dozu tedricen azaltılarak, aktif sinoviti bulunması nedeniyle tedaviye oral 10 mg/hafta metotreksat eklendi. Üç hafta sonra ödemde azalma gözlendi ancak eklem hareketlerinde kısıtlılık devam etmekteydi. El dorsumundaki kitlelerden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi tenosinovyal doku ve nekrotik bağ dokusu olarak raporlandı. Gram boyama, doku kültürleri ve aside resistant basil (ARB) boyama negatif saptandı. Olgunun, sinovyal hipertrofi eksizyonu için ortopedi kliniğine danışılması planlandı.

Sonuç: Şişkin el sendromu nadir görülen ve enfeksiyon, arteriyel-venöz tromboz, lenfödem, romatolojik hastalıklar, travma gibi birçok nedene bağlı gelişebilen bir tablodur. Tanı için laboratuvar, görüntüleme yöntemleri ve biyopsi gibi geniş bir inceleme gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Açık karpal tünel dekompresyonu, sinoviyal hipertrofi, şişkin el, tenosinovit

P-010 Sistemik Sklerozda Hastalık Alt Tiplerinin Klinik Tutulum Bulguları, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesiyle İlişkisi

Remzi Çevik[1], Serda Em[1], Kemal Nas[2], Murat Toprak[3], Gizem Cengiz[4], Mustafa Calış[4], İlhan Sezer[5], Ayşe Ünal Enginar[5] , Pınar Bora Karslı[6], Sinem Sağ[7], Betül Sargın[8] , Meltem Alkan Melikoğlu[9], Yıldıray Aydın[2], Mehmet Tuncay Duruöz[10], Halise Hande Gezer[10], Hilal Kocabaş[11]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Diyarbakır
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Vab
[4]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[5]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[6] Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[7]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romtaoloji Kliniği, İstanbul
[8]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[9]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[10]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[11]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya

Giriş ve Amaç: Sistemik skleroz (SSc) etyolojisitam olarak bilinmeyen, kronik, multisistemik, otoimmün bir hastalıktır. Patogenezi genel olarak vaskülopati, immün aktivasyon ve fibrozis triadından oluşmakta; progresyon gösterebilmekte ve farklı klinik tablolarla hastanın yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumunu etkileyebilmektedir.
Biz bu çok merkezli çalışmada, SSc hastalarında hastalık alt tiplerinin klinik, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma,TRASD bünyesinde çok merkezli Ocak 2018 - Ocak 2019 tarihleri arasında rutin poliklinik kontrolleri sırasında elde edilen 274 sistemik skleroz hastasının bulgularının elektronik vaka rapor formlarına aktarılmasıyla (https://www.trasd-network.org/project_detail.php?id=1) elde edilen veriler üzerinde yürütülmüştür.
Hastaların demografik özellikleri, hastalık süreleri, organ ve sistem tutulumuna ait bulgular ve kullanmakta olduğu ilaçlar kaydedildi. Periferik vasküler sistem tutulumuna ait raynaud fenomeni varlığı, sıklığı ve süresi; dijital ülser ve/veya skar varlığı ve sayısı kaydedildi. Deri tutulumuna ait telenjektazi, sklerodaktili, atrofi, ödem, kalsinozis ve yapılmış ise anormal tırnak yatağı kapillerleroskopisi; kas iskelet sistemi tutulumuna ait sinovit, fleksiyon kontraktürü; gastrointestinal sistem tutulumuna ait disfaji, dispepsi, kusma, ishal, kabızlık sorgulanıp kayıt altına alındı. Kardiyovasküler tutuluma ait dispne, çarpıntı, anjina, senkop, ödem sorgulandı. Solunum sistemine ait solunum fonksiyon testleri(SFT), Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO), Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi(YÇBT) bulguları ve pulmoner arter basıncı ölçümü kaydedildi. Tüm hastaların deri tututum şiddeti; Modifiye rodnan deri skorlaması (mRSS) ile hesaplanıp not edildi. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde "Valentini kriterleri" kullanıldı. Valentini kriterleri skoru ≥3 olan hastalar 'aktif hastalık'a sahip olarak değerlendirildi.
Hastaların fonksiyonel durumları "Duruöz el indeksi"; "HAQ-Stanford sağlık değerlendirme anketi " ve "SScspesik HAQ " ile; yaşam kalitesi ise "Kısa Form- 36 (Short Form-36, SF-36) " formları ile değerlendirildi.
İstatistiksel değerlendirmede Chi-kare, OnewayAnova ve Student-t testleri kullanıldı.

Bulgular: Toplam 274 hastadan elde edilen veriler değerlendirildi. 117 hasta (% 42,7) sınırlı cilt tutulumlu SSc, 143 hasta (% 52,2) diffüz cilt tutulumlu SSc, 1 hasta (% 0,4) sine SSc, 4 hasta (% 1,5) overlop ve 9 hasta (% 3,3) preskleroderma alt tipi olarak belirlendi. Sine SSc grubuna ait 1 hasta istatistiksel değerlendirilmeye alınmadı. Çalışmaya alınan 273 hastanın klinik, serolojik, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi bulguları Tablo-1'de sunulmuştur. Toplam %5,9 hastada eşlik eden bir romatolojik hastalık ve en sık olarak FMF (%1,5) ve RA (%1,1) saptandı. Deri ve akciğer tutulumunun diffüz cilt tutulumlu SSc grubunda daha daha fazla olduğu belirlendi. Hastalık aktivitesi ve fonsiyonel durum açısından gruplar anlamlı fark bulunmadı. Yaşam kalitesi skorları (vitalite ve sosyal fonksiyonlar) preskleroderma grubunda anlamlı daha düşük saptandı.

Tartışma ve sonuç: Bu çok merkezli Türkiye çalışmasında ülkemizdeki SSc hastalarının klinik, radyolojik, serolojik, fonksiyonel ve yaşam kalitesi durumları değerlendirilmiştir. Deri ve akciğer tutulumu diffüz cilt tutulumlu SSc grubunda daha ağır seyretmesine karşılık, hastalık aktivitesi ve fonsiyonel durum açısından anlamlı fark bulunmadı. Bu durum hastaların tedavi altında olmaları ve diffüz deri tutulumlu SSc grubunun nispeten daha agressif tedavi alması ile ilgili olabilir. Yaşam kalitesi skorlarının preskleroderma grubunda anlamlı daha düşük saptanması daha erken ve henüz etkin bir tedavi almayan bir hasta grubu olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Bazı hasta alt gruplarının küçük boyutlu olması istatistiksel değerlendirmelerimizi sınırlandırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik skleroz, klinik bulgular, fonksiyonel durum, yaşam kalitesi

Tablo-1: SSc hastalarının klinik, serolojik, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi bulguları

	Sınırlı cilt tutulumluSSc (N:117)	Diffüz cilt tutulumluSSc(N:143)	Overlop (N:4)	Preskleroderma (N:9)	Total (N:273)	p
Yaş (ort±SS)	51,68±12,87	50,88±12,159	56,25±17,21	44,89±16,08	51,10±12,67	0,377
Hastalık süresi (yıl) (ort±SS)	9,17±7,28	12,15±8,48	11,50±5,92	3,47±4,51	10,58±8,06	**0,001[ab]**
Cinsiyet (%Kadın)	91,5	93	100	88,9	92,3	0,886
ANA (+)(%)	86,8	90	100	88,9	88,8	0,958
Antisentromer(+) (%)	38,6	18,6	25	44,4	28,1	**0,015[c]**
AntiScl-70(+)(%)	27,2	52,9	25	0	39,7	**0,000[e]**
R Fenomeni (%)	87,9	90,9	100	88,9	89,7	0,79
Dijital ülser/skar(%)	11,2/17,2	28/55,9	0/25	0/0	19,4/37	**0,001[c]**
Telenjiektazi(%)	46,6	57,3	75	22,2	52	0,073
Sklerodaktili(%)	62,1	86,7	50	11,1	72,9	**0,000[cd]**
Kalsinozis(%)	6,9	12,6	0	0	9,5	0,263
Anormal kapillaroskopi(%)	74,1	78,3	75	77,8	76,6	0,962
Sinovit(%)	20,5	23,77	0	22,22	22	0,581
FleksiyonKontaktürü(%)	25,9	37,9	25	11,1	31,5	0,125
Disfaji(%)	36,2	48,3	50	11,1	42,1	0,057
Dispne(%)	29,3	53,1	50	55,6	43,2	**0,001[c]**
Pozitif YÇBT (%)	31,9	58,7	75	0	45,4	**0,000[e]**
PAB(ort±SS)	28,47±10,08	29,24±8,72	28,00±12,62	22,11±4,29	28,68±9,30	0,167
mRSS(ort±SS)	11,94±10,19	21,29±11,19	7,00±10,00	0,89±1,45	16,37±11,91	**0,000[cf]**
Valentini skoru(ort±SS)	1,94±1,10	2,54±2,04	2,23±2,75	1,78±2,10	2,26±2,04	0,11
Aktif Hastalık (%)	23,3	37,1	50	33,33	31,1	0,126
FVC(ort±SS)	82,76±21,06	79,93±18,41	95,25±9,50	93,22±7,74	81,80±19,40	0,084
DLCO(ort±SS)	78,73±19,20	70,57±20,85	91,33±9,61	89,75±9,74	75,46±20,25	**0,011[a]**
6dk yürüme testi (m)	439,38±321,59	406,10±177,9	515,00±74,0	456,78±145,45	423,72±248,33	0,608
HAQ(ort±SS)	0,57±0,56	0,69±0,60	0,33±0,40	0,49±0,47	0,64±0,57	0,216
HAQS(ort±SS)	0,75±0,50	0,89±0,50	0,95±0,44	0,64±0,47	0,83±0,50	0,093
Fiziksel Fonksiyon	59,91±27,85	56,42±24,80	63,75±33,51	54,44±28,99	57,82±26,38	0,693
Fiziksel Rol Kısıtlanması	46,93±46,10	40,25±44,30	25,00±50,00	47,22±50,69	42,94±45,26	0,556
VücutAğrısı	58,79±25,07	59,61±23,15	58,75±33,07	50,83±26,77	58,89±24,10	0,772
Genel Sağlık	40,61±19,42	38,08±18,29	45,00±21,21	42,77±16,03	39,46±18,69	0,611
Vitalite	34,47±17,32	32,91±15,34	48,75±17,02	19,44±14,67	33,31±16,45	**0,014[d]**

Sosyal Fonksiyonlar	62,50±23,70	58,51±22,02	78,13±21,35	43,06±33,14	59,85±23,47	**0,029[d]**
Emosyonel Rol Kısıtlanması	49,41±48,22	45,39±48,15	41,67±50,00	48,15±47,47	47,34±48,08	0,920
Mental sağlık	52,70±19,30	50,86±17,86	73,00±19,42	47,56±11,04	51,84±18,44	0,094
SF-36 total skor	51,92±21,43	48,85±19,29	56,49±23,61	47,08±21,89	50,16±20,31	0,567
DHI total skor	58,79±25,07	59,61±23,15	58,75±33,07	50,83±25,77	58,89±24,10	0,772

[a] Sınırlı ile diffüzSSc arasında [b]DiffüzSSc ile prescleroderma arasında anlamlı fark, [c]DiffüzSSc ile diğer alt tipler arasında anlamlı fark, [d]Prescleroderma ile sınırlı ve overlopSSc arasında anlamlı fark, [e]Diffüz ve overlopSSc ile diğer alt tipler arasında anlamlı fark, [f]SınırlıSSc ile prescleroderma arasında anlamlı fark

YÇBT: Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi, PAB: pulmoner arter basıncı, mRSS:ModifiyeRodnan deri skoru, FVC: Zorlu vital kapasite, DLCO: Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi, HAQ: Stanford sağlık değerlendirme anketi, SF-36: Kısa form 36, DHİ: Duruöz el indeksi

P-011 Skleroderma ve Sarkoidoz Birlikteliği: Nadir Bir Olgu Sunumu

Meltem Karacaatlı[1], Halise Hande Gezer[2], Didem Erdem[2], Mehmet Tuncay Duruöz[2]

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

Amaç: Skleroderma, deri ve iç organların fibrozu ile karakterize kronik inflamatuar bir hastalıktır. Patogenezi net olarak bilinmemektedir, ancak vaskülopati ve immun aktivasyon hastalığın gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Preskleroderma, raynaud fenomeni bulunan bir olguda sklerodermaya özgü otoantikorlardan (anti-topoizomeraz 1, anti-sentromer antikor) birinin bulunması veya tırnak yatağı kapilleroskopik incelemesinde anormal bulgu saptanmasıdır. Bu olgularda takipler sırasında büyük bir olasılıkla skleroderma gelişmektedir. Sarkoidoz multisistemik granulomatöz oluşumlar ile seyreden, çoğunluğunda akciğer tutulumu olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Sarkoidoz ve skleroderma birlikteliği literatürde çok nadir bildirilmiştir. Bu olguda sarkoidoz nedeniyle takipli hastanın ileri tetkiklerinde sarkoidoza ek olarak preskleroderma saptanmıştır.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta 4 yıl önce nefes darlığı, sırt ve göğüs ağrısı, öksürük şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Muayenesinde bilateral tibia ön yüzde eritema nodosum saptanmış. Bilgisayarlı toraks tomografisinde mediastinal ve hiler lenfadenopati ve multipl parankimal nodüller saptanması üzerine sarkoidoz ön tanısıyla akciğer biyopsisi yapılmış ve biyopsi sonucuyla sarkoidoz tanısı konulmuş. Hasta o dönemde 1 yıl süreyle glukokortikoid tedavisi aldığını ifade ediyor. Hasta kliniğimize el eklemlerinde ağrı, tutukluk ve soğuk havalarda ellerde morarma nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus ve kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Aile hikayesinde 2 kardeşinde romatoid artrit öyküsü mevcuttu. Hastanın romatolojik sorgusunda 30 dakika süren sabah tutukluğu, inflamatuar karakterli bel ağrısı, ağız kuruluğu, oral aft (2 ayda bir), fotosensitivite ve raynaud fenomeni saptandı. Hastanın fizik muayenesinde aktif artrit saptanmadı sadece her iki el eklemlerinde yaygın hassasiyet vardı. Hastanın ANA değeri 1/1000-1/3200 titrede ve antisentromer paterninde pozitif bulundu. ENA panelinde CENP B ve DFS70 pozitifliği saptandı. Hastanın kapilleroskopisi erken evre skleroderma ile uyumluydu. Hastada anormal kapilleroskopi bulguları, raynaud fenomeni ve mevcut antikor pozitifliği bulunması sonucunda preskleroderma tanısı konmuştur. Hastaya prednizolon (5 mg/gün) ve nifedipin (10 mg/ gün) başlanmıştır. Hastanın sistemik tutulum açısından takibi amacıyla solunum fonksiyon testi, ekokardiyografi ve toraks bilgisayarlı tomografi tetkikleri yapıldı. Solunum fonksiyon testinde FVC %76, DLCO %76 bulunmuştur. Ekokardiyografisinde kardiyak tutulum açısından patoloji izlenmedi. (PAB: 17.44 mm Hg) Toraksa yönelik yapılan bilgisayarlı tomografisinde lingula inferior segmentte sağ akciğer alt laterobazal segmentinde lineer atelaktaziler ve her iki akciğer alt lob posterobazal segmentte subplevral buzlu cam dansiteleri izlendi, sol akciğer üst lob anterior segmentte milimetrik kalsifiye nodül saptandı. Hastanın bu bulgularıyla akciğer ve kardiyak tutulumunun olmadığı görüldü.

Sonuç: Literatüre baktığımızda skleroderma insidansı 24/100.000 iken sarkoidoz insidansı 15/100.000 olarak görülmektedir. Skleroderma ve sarkoidozun eş zamanlı görülme sıklığı 3.6/100.000.000'dır. Bu iki hastalığın aynı anda görülmesine yönelik daha önce bildirilen verilerde sarkoidozla eş zamanlı olarak bağ doku hastalığı da mevcut olan 68 olgu bildirilmiş olup bu olguların 29'unda eşlik eden bağ dokusu hastalığı sklerodermadır. Eş zamanlı bulunma ihtimalleri çok düşük olan bu olguların beklenenden daha sık olarak beraber görülmesi bu hastalıkların benzer genetik, immünolojik ve çevresel bağlantıları olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca sarkoidozda bağ doku hastalığı olmaksızın ANA pozitifliği görülebileceğinden sarkoidozla başvuran olgularda eş zamanlı bağ dokusu hastalığı açısından ayrım dikkatli yapılmalıdır.

Kaynak:
Judson MA, Shapiro L, Freitas S, Polychronopoulos VS, Highland KB. Concomitant sarcoidosis and a connective tissue disease: review of the clinical findings and postulations concerning their association. Sharma OP. Sarcoidosis around the world. Clin Chest Med. 2008;29:357–63. vii.

Anahtar Kelimeler: Bağ dokusu hastalığı, sarkoidoz, skleroderma

P-012 Primer Sjögren Sendromu Tanılı Hastada İnflamatuar Bel Ağrısı ve Sakroiliit

Berna Çelik, Elif Tezerişener, Ayça Ayşe Aytekin

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Sjögren Sendromu (SS) tükrük bezi, lakrimal bez ve diğer ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu; göz ve ağız kuruluğu ve dolaşan otoantikorlar ile karakterize kronik otoimmün bir hastalıktır. SS'nin ekstraglandüler tutulumu içerinde yer alan eklem tutulumu %30 oranında görülür. Sıklıkla parmak eklemlerinin, el bilek ve ayak bileklerinin etkilendiği; intermitan seyirli; non-eroziv; poliartiküler tutulum gösterir. SS'li hastalarda inflamatuar bel ağrısı ve sakroiliit ile karakterize aksiyel tutulum nadir görülür. Biz bu sunumda takiplerinde inflamatuar bel ağrısı ve sakroiliit gelişen primer SS tanılı hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: 43 yaşında 10 yıldır primer SS tanısı ile takip edilen ve hidroksiklorokin 2x200 mg, methotreksat 10mg/hafta kullanmakta olan kadın hasta; kontrolünde yaklaşık 6 aydır devam eden, gece uykudan uyandıran, sabah daha fazla olan ve gün içerisinde hafifleyen, 30 dakika süren sabah tutukluğunun eşlik ettiği bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın eski anamnezleri ve tetkikleri incelendiğinde 10 yıl önce yaygın vücut ağrısı, ağız kuruluğu ve göz kuruluğu şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurduğu; schirmer testi sonucunun bilateral 5 mm'in altında olduğu; ANA IFA boyanma paterninin 1/1000 granüler tarzda, SS-A/Ro 60 pozitif, SS-A/Ro 52 pozitif, SS-B/La negatif olduğu; minör tükrük bezi biyopsisi sonucunun chilshom grade 3 olarak raporlandığı görüldü. İnflamatuar bel ağrısı tarifleyen hastanın fizik muayenesinde bel ekstansiyonu ve lateral fleksiyonlarının ağrılı, açık; FABER testi solda pozitif; sakroiliak kompresyon testi pozitif saptandı. Laboratuar incelemesinde CRP 3,49 mg/dL, sedimentasyon 38 mm/saat, HLA B27 pozitif saptandı. Radyolojik incelemesinde AP pelvis grafisinde modifiye newyork kriterlerine göre bilateral grade 2 sakroiliit saptandı. Sakroiliak eklemin MRG ile incelemesinde T2 yağ baskılı kesitte solda belirgin olmak üzere her iki sakroiliak eklem inferiorunda periartiküler yerleşimli kemik iliği ödemi ve subkondral skleroz ile uyumlu görünüm saptandı. Hastanın tedavisine naproksen 2x500 mg eklendi ve 2 hafta sonra kontrole çağırıldı.

Sonuç: SS'li hastalarda inflamatuar bel ağrısı ve sakroiliit birlikteliği nadir görülür. Literatürde az sayıda olgu sunumu bildirilmiştir. SS'de görülen sakroiliit öncelikli olarak eşlik eden spondiloartrit (SPA) grubu hastalıkları ve diğer sakroiliit yapan durumları düşündürür. Aksiyel tutulum sıklığı ve SS'nin sık sakroiliit yapan hastalıklar ile birlikteliği üzerine daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, sakroiliit, spondiloartrit

P-013 Osteitis Pubis Tanısı ile İzlenen Hastada Yeni Tanı Alan Spondilartropati ve Behçet Hastalığı

Ayşe Selcen Bulut, Hatice Reşorlu

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Spondilartropatiler (SpA) aksiyel ve periferik iskeleti tutan, kronik inflamatuar romatizmal hastalık grubudur. Aksiyel hastalığın başlangıç bölgesi sakroiliak eklemdir. Symphisis pubis ise farklı evrelerde, SpA hastalarında etkilenebilir. Bu yazıda yıllarca osteitis pubis ile izlenen ve sonrasında eş zamanlı Behçet Hastalığı ve aksiyel SpA tanısı alan hasta sunulmuştur

Olgu: 63 yaşında kadın hasta, sabahları olan bel ağrısı ve bir saat süren sabah tutukluğu ile başvurdu. Hasta 20 yıl öncesinde osteitis pubis tanısı almıştı. Pubik bölgesindeki ağrının ara ara artıp azaldığını ve bazen hiç olmadığını tarifliyordu. Ancak son zamanlarda ortaya çıkan bel ağrısı ile birlikte, pubik bölgesindeki ağrının da şiddetlendiğini ve hareket etmekte güçlük çektiğini belirtiyordu. Tüm bunlara ilaveten her iki topukta özellikle sabahları belirgin olan ağrısı mevcuttu. Ailesinde romatizmal hastalık bulunmayan hastanın kendi romatolojik öyküsünde son 1 yıldır ağız yaraları olduğu sık sık tekrarladığı öğrenildi. Herhangi bir cilt döküntüsü veya genital yaraları olmamıştı. Pelvik cerrahi öyküsü yoktu. Muayenesinde bel fleksiyonu kısıtlı, schober 7cm, FABER: +/+(kısıtlı), Mennel +/+, Gaenslen +/+, simfizis pubis basmakla ağrılı, entezis noktalarında hassasiyet mevcuttu. Hastanın laboratuvar incelemesinde ESH N, CRP N, Biyokimya N, HLA B27 pozitif olarak bulundu. Sakroiliak eklem MR 'da sağ sakroiliak eklem iliak yüz inferiorda STIR sekansta sinyal artışı gözlenmesi üzerine hastaya Aksiyel Spondiloartropati tanısı konuldu. Dermatoloji tarafından yapılan paterji testi pozitif olan hastanın, HLA B51 sonucu da pozitif gelmesi üzerine Behçet Hastalığı tanısı da aldı. Hastaya kolşisin ve NSAİİ başlandı. Şikayetleri geriledi.

Sonuç: Aksiyel Spondiloartropatilerde hastalığın başlangıç bölgesi sakroiliak eklemdir. Sakroiliak eklem dışında lomber, torakal, servikal omurga, kalça ve omuz eklemi sık tutulan bölgelerdir. Asendan bir tutulum paterni gözlenir. Simfizis pubis tutulumuna, hastalığın ilerleyen dönemlerinde rastlanılır. Ankilozan spondilitli erkek hastalarda symphisis pubis tutulumu % 47.3 oranında belirtilmektedir. Bizim hastamızda da simfisis pubis tutulumu gözlenmiştir. Ancak bu durumun neye bağlı olarak oluştuğu net olarak açıklanamaz. Hastadaki simfisis pubis tutulumu osteitis pubis nedenli olabilir. Osteitis pubis nedenleri arasında gebelik- doğum, aşırı atletik aktiviteler (atletik pubalji), ürolojik ve jinekolojik cerrahi, travma, psöriatik artrit ve ankilozan spondilit yer alır. Hastamızda travma veya cerrahi girişim öyküsü yoktu. 2 gebelik geçirmişti ancak ağrısının çok daha sonra başladığını ifade ediyordu. Sportif geçmişi yoktu. Hastanın pubik şikayetlerinin zaman zaman, artıp bazen de hiç olmaması inflamatuar nedenleri de düşündürebilir. Ancak symphisis pubis etkilenimi sakroiliak eklemden çok daha önceydi. Her ne kadar atipik symphisis pubis presentasyonu bildirilmiş olsa da net karara varılamaz. Bir başka olasılık ise hastanın Behçet hastalığı olup sakroiliitin buna bağlı olabileceğiydi. Nitekim Behçet hastalarında %7.5 oranında sakroiliak eklem tutulumu görülebilmektedir. Ancak hastanın hem SpA, hem de Behçet hastalığı tanı kriterlerini karşılaması ve her ikisine de bağlı şikayetlerin eş zamanlı başlaması hastamızda her iki tanıyı da düşünmemize neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda Behçet Hastalarında AS sıklığı çeşitli yayınlarda farklı oranlarda bildirilmektedir. SpA ve Behçette ana genetik risk faktörünün HLA klas I grubu antijenleri olması ve bizim hastamızda ikisinin de pozitif olması bu sonucu düşündürmüştür. Üstelik hasta her ikisine yönelik verilen tedaviden oldukça fayda görmüştür.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, osteitis pubis, spondilartropati

P-014 Behçet Sendromu ve Maküler Amiloidoz Birlikteliği Gösteren Olgu

Sevcan Uğur[1], Cahit Kaçar[2]

[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü, Balıkesir
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Primer kutanöz amiloidoz normal görünümlü deride amiloid birikimi ile karakterizedir. İç organlarda amiloid birikimine ait bulguya rastlanmaz. Maküler, papüler veya nodüler formda olabilir. Maküler amiloidoz genellikle kaşıntılı, bazen asemptomatik olabilen, homojen veya çizgisel dalgalı kahverengi hiperpigmentasyon gösteren maküler lezyonlarla karakterizedir. Maküler amiloidozun primer olabileceği gibi çeşitli hastalıklarla birliktelik gösterdiği bildirilmiştir. Biz bu raporda Behçet sendromu ve maküler amiloidoz birlikteliği gösteren olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış iki yaşında erkek hasta sırt cildinde kaşıntılı, sert, kahverengi renk değişikliği şikayeti ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sırttaki renk değişikliği sırt üst kısmında ve özellikle her iki skapulada belirgindi, ayrıca sağ alt ekstremite distal ucunda da benzer şikayetleri vardı. Şikayetleri 1,5 yıl önce başlamıştı. Öz geçmişinde Behçet sendromu öyküsü vardı. Behçet tanısı tekrarlayan oral ülser, iz bırakan genital ülser, üveitis varlığı ile konmuştu. Kolşisin 3x1 kullanıyordu. Göz tutulumu nedeniyle Siklosporin ve prednizolon kullanım öyküsü vardı. Fizik muayenesinde sırt cildi her iki skapula üst kısmında daha belirgin olmak üzere sert, kahverengi, dalgalı, hiperpigmente görünümdeydi. Sağ skapuladan yapılan cilt biopsisi Kongo red + boyanmış, maküler amiloidoz ile uyumluydu. Tedavide topikal kartikosteroid başlandı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: Primer kutanöz amiloidozun etyolojisi bilinmemektedir. Genetik, ırksal ve çevresel faktörler, Epstein-Barr virüs ve atopi gibi faktörler etyolojide rol oynayabilir. Maküler amiloidozda lezyonlar sıklıkla sırtın üst kısmı, özellikle skapulalar üzerinde ve ekstremitelerin ekstansör yüzünde görülür. Maküler amiloidoz sistemik tutulum olmadan klasik olarak dalgalı veya diffüz homojen şekilde görünüme neden olabilir. Nadiren tüm vücutta yaygın tutulum gözlenebilir. Maküler amiloidozun progresif sistemik skleroz, primer bilier siroz, sistemik lupus eritematozus, ve multipl endokrin neoplazi tip 2 ile birlikteliği gösterilmiştir. Kutanöz amiloidoz tanısı lezyonların morfolojisi ve amiloidin histolojik olarak gösterilmesiyle konur. Maküler amiloidoz sıklıkla postinflamatuvar pigmentasyon ile karışabilir. Maküler amiloidozun farklı hastalıklarla birlikteliği gösterilmiş olmasına rağmen literatür taramasında Behçet sendromu ile birlikteliğini gösteren bir sunum bulamadık. Biz bu olguyu maküler amiloidozun romatoloji pratiğinde kaşıntılı, hiperpigmente cilt sertliği şikayeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesini ve maküler amiloidozun sistemik tutulum yapmadığını vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Behçet sendromu, maküler amiloidoz, hiperpigmentasyon

P-015 Servikal Siringomiyeli-Uzun Süreli Servikal Fleksiyon Postürü: Etyopatogenezde Etkili mi?

Zerrin Şahin, Deniz Hatun Aytaç

Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Siringomiyeli hala etyopatogenezi aydınlatılamamış bir hastalıktır. Üzün süreli bazı pozisyonların etyopatogenezle bir şekilde ilişkili olabileceğini düşündüğüm hasta sunulmuştur.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta altı aydan beri sırt sol tarafında, akşamları biraz daha fazla olmak üzere sürekli tarzda, ilk dönemlerde uykudan uyandıran, uyuşukla birlikte olan ağrı ile başvurdu. Ağrılı dönemlerde kolda kuvvetsizlik oluyormuş. Muayenesinde palpasyon-presyonla boyun orta alt kısımlar biraz ağrılıydı.Teres major kasına lokalize belirgin ağrı - tetik noktalar mevcuttu. Nörolojik defisit yoktu. 11 yaşından beri ayakkabı tamirciliği yapmakta, boyu 169cm,kilosu 80kg, sigara- alkol kullanmamakta ve hipermobilite gibi başka bir sistemik hastalığı yoktu. Akciğer grafisi kitle yönünden değerlendirildikten sonra, tetik nokta injeksiyonu yapıldı.Sadece yapılan gün biraz rahatlama sağlamıştı. Çekilen servikal MRG'da 5. ve 6. vertebralarda yükseklik kaybı, end platelerde, arka ve ön köşelerde çok belirginleşen osteofitlerin eşlik ettiği disk herniasyonu,merkez genişliği C5-6 seviyesine denk gelen C4-C7 seviyesinde siringomiyeli saptandı. Yapılan EMG bilateral kronik dönem C7 kök lezyonu ile uyumlu olarak değerlendirilmişti. Ağrılarının olduğu üst dorsal paravertebral bölgeye fizik tedavi planlandı. Bu lezyonları ilerlememesi için başın öne eğilmesi, aşırı ıkınma, ağırlık kaldırma gibi zorlanmalardan kaçınmasının önemi ve ağrılarının arttığı dönemlerde fizik tedavi yapılabileceği belirtilerek ve dorsal vertebra MRG'da istenerek, Beyin Cerrahisi hekimine yönlendirildi. Siringomiyeli patogenezi açıklanmaya çalışılırken farklı basınç teorileri öne sürülmektedir. Hastada siringomiyeli gelişen segment ile diğer bölgelerin normal olmasına rağmen sadece siringomiyeli seviyesindeki bir disk segmetini oluşturan iki vertebranın komşu endplatlerinde en ileri derecede dejeneratif değişikliklere yol açan pozisyonun meydana getirdiği yük dağılımının ve bu aksta uzun süre-tekrarlı açılanma oluşturacak postürün medulla spinalis BOS ve venöz dolaşımında da basınç düzensizliklerine neden olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Siringomiyeli, postür bozukluğu, spondiloz

P-016 Servikal Radikülopati Kliniğiyle Semptomatik Olan Pancoast Tümörü

Zerrin Şahin, Deniz Hatun Aytaç

Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Polikliniklerimize hastalar sıklıkla başka branşlarca çekilmiş MRG sonuçlarına göre "disk hernisi"tanısı ile yönlendirilebilmektedir. Her hastanın hikayesini kendimizin alabilmesinin önemini vurgulamak amacıyle bu vakayı paylaşmak istedim.

Olgu: 35 yaşındaki erkek hastanın 4,5 ay önce sağ el 3.,4. parmaklarında uyuşukluk başlamış, bir süre sonra dirseğe kadar yayılmış. Gittiği doktor tarafından steroid olmayan anti inflamatuar(SOAİ) verilmiş.Bir ay içinde şikayetlerinin artarak devam etmesi nedeniyle aynı yerde servikal MRG istenmiş, disk hernisi tanısı ile tekrar SOAİ verilmiş. Değişiklik olmadığı için gittiği başka bir merkezde yine SOAİ, boyunluk verilmiş. Bir başka hekim pregabalin eklemiş ağrıları biraz azalmış. Hastayı şikayetlerinin 5. ayında gördüğümde omuza kadar kol ağrısı, aynı parmaklarda uyuşukluk vardı. Mmuayene edildiğinde, MRG'deki herniasyon seviyesi ile semptomların uyumlu olmadığı, başka nedenler olabileceği şeklinde konuşurken hasta 'yüzünün yarısının da terlemediğini' belirtti. Akciğer grafisi, kan tetkikleri istendi. Aynı gün içerisinde çekilen grafide apekse lokalize kitle görünümü vardı. Zaman kaybetmemesi için Göğüs Cerrahisi hekimine gerekli açıklamalar ile acil bir şekilde yönlendirildi. Sedimantasyon 13mm/h, hafif lökositoz(14.7), Ca, ALP normaldi.Gittiği merkezde çekilen toraks tomoğrafisinde sağ akciğerde üst lobda apikal segmenti dolduran, lobule konturlu, 66,4x50,3 mm boyutlarında solid,subklavyan arteri 180 derece saran, komşuluğunda bulunan vertebrada sağ nöral foramenden spinal kanala invazyon gösteren kitle saptanmıştı.

Anahtar Kelimeler: Pancoast, akciğer CA, radikülopati

P-017 Nadir Görülen Bir Servikal Radikülopati Olgusu: Semptomatik Servikal Perinöral (Tarlov) Kist

Ragip Ulvi Korucu[1], İbrahim Koçak[1], Yılmaz Savaş[2], Sami Hizmetli[1]

[1]Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Sivas, Turkey
[2]Cumhuriyet University Faculty of Medicine,Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Sivas, Turkey

Amaç: Tarlov kisti olarak bilinen perinöral kistler, sinir köklerinin endonöryum ve perinöryum arasındaki kistik genişlemelerdir. Genellikle sakral bölgede bulunurlar ve asemptomatiktirler. Perinöral kistler servikal bölgede oldukça nadir olarak bulunurlar ve bunlarında çok azı semptomatiktir. Tek veya multiple olarak değişik seviyelerde bulunabilirler. Semptomatik olan kistler bulunduğu seviyeye göre radikülopati bulgularına yol açabilir. Asemptomatik perinöral kistler tedavi gerektirmezler. Semptomatik kistlerin tedavisinde ise tam bir görüş birliği yoktur. Biz bu olguda çok nadir görülen semptomatik servikal perinöral kisti olan hastamıza medikal tedavi, fizik tedavi modaliteleri ve balneoterapiyi içeren konservatif tedavi uyguladık ve sonuçlarını değerlendirdik.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta polikliniğimize boyun ve sağ kol ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın yaklaşık iki senedir olan ve son bir yılda artış gösteren sağ kola yayılan boyun ağrısı, sağ kolda uyuşma,karıncalanma şikayetleri mevcuttu. Hastanın travma öyküsü yoktu. Hastanın ağrısı valsalva manevrasıyla artıyordu. Ağrıya sabah tutukluğu eşlik etmiyordu. Hasta daha önce bu ağrıları için birkaç kez medikal tedavi almış fakat hiç fizik tedavi almamıştı. Fizik muayenede sağda C8 dermatomuna uyan hipoestezisi mevcuttu. Motor muayenesi bilateral tüm üst ekstiremite kasları manuel kas değerlendirme testine göre 5/5 gücünde, derin tendon refleksleri bilateral normoaktifti ve patolojik refleksi yoktu. Hastadan C8 servikal radikülopati ön tanısıyla servikal manyetik rezonans görüntüleme istendi. Servikal MR görüntülemesinde servikal lordozda düzleşme, sağda C8 intervertebral foramende yaklaşık 1x1 cm boyutunda perinöral kist saptandı. Disk hernisi yoktu. Hasta fizik tedavi ve balneoterapi uygulanması için Sıcak Çermik Fizik Tedavi hastanemize yatırıldı. Hastaya 15 seans TENS, Hotpack, US tedavilerini içeren fizik tedavi modaliteleri ve 20 dk/gün balneoterapi uygulandı. Medikal tedavi olarak NSAİ ve myorelaksan verildi. Tedavi sonrasında tekrar değerlendirilen hasta ağrısı geriledi. Hasta poliklinik takibine alındı ve belli aralıklarla kontrole çağırıldı.

Sonuç: Perinöral kistler genellikle asemptomatik olup raslantısal olarak tespit edilirler. Çok az bir kısmında semptomatik olabilirler. Bu semptomlar sakral kistlerde lokalize ya da radiküler ağrı, motor güç kaybı, mesane ve barsak disfonksiyonu olabilir. Semptomlar kist basısına bağlı seviyesine göre değişik bulgular verebilir. Servikal perinöral kistlerin klinik prezentasyonu hakkındaki bilgimiz olgu sayısının azlığından dolayı limitlidir. Bizim vakamızda C8 kök seviyesindeki perinöral kistin basısından dolayı C8 radikülopati olarak prezente olmuştur. Tedavide öncelikle konservatif yaklaşım önerilmekte ve genellikle semptomlarda düzelme sağlanmaktadır. 1.5 cm ve üzeri kistlerde, belirgin kök ve kord basısı olan durumlarda cerrahiden belirgin fayda göreceği bildirilmektedir. Bizim vakamızda konservatif tedavi sonrası değerlendirmede hastanın kol ağrısının azaldığı saptandı. Sonuç olarak, günümüzde nadir saptanan servikal ve torakal perinöral kistlerin asemptomatik olmakla beraber spinal kord ve / veya kök basısı nedeniyle semptomatik hale gelebileceği akılda tutulmalıdır. Servikal perinöral kistler de servikal radikülopati ayrıcı tanısında düşünülmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Perinöral kist, servikal radikülopati, tarlov kisti

P-018 İnflamatuar Bel Ağrısı ile Başvuran ve Primer Lenfoma Tanısı Alan Bir Olgu

Esra Elbir Babacan[1], Emine Dede[2], Gülsüm Zeynep Yavuz[1], Sami Hizmetli[2]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Giriş: Bel, kas iskelet sistemi ağrılarının en sık görüldüğü yerdir. İnflamatuar bel ağrısı (İBA) 3 aydan uzun süren bel ağrılarının %5'ini oluşturur. Ağrı ve tutukluğun sabahları yoğun olması ve istirahat sonrası artıp hareketle azalması tipiktir. Maligniteye bağlı bel ağrıları ise %1'in altındadır. Bu olgu ile İBA ile başvuran ve takipte primer lenfomaya bağlı sakrum ve iliak kemik metastazı tanısı alan hasta sunulmuştur.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta; 4 aydır devam eden bel-kalça ağrısı, 1 saati bulan sabah tutukluğu, gece ağrısı ve gece terlemesi olması üzere polikliniğimize başvurdu. FM'de; lomber eklem hareket açıklığı (EHA) her yöne ağrılı, kalça EHA olağan, FABER bilateral pozitif ve sakral kompresyon testi anlamlı idi. Çekilen SİE grafisinde anlamlı değişiklik olmayan hastanın laboratuar tetkiklerinde sedimantasyon 71 mm/saat, CRP 46 mg/dl ve CK 1123 U/L olarak saptandı. Akut faz reaktan (AFR) yüksekliği ve İBA olan hastadan sakroiliak MRG istendi. Çekilen MRG'de "sağda belirgin bilateral sakroiliit" şeklinde rapor edildi. Ancak radyolojik görüntüler incelendiğinde kitle görünümü izlenmesi üzere radyolojiye metastaz ön tanısı ile konsülte edildi. Aynı zamanda AFR yüksekliği nedenli hematoloji ve enfeksiyon hastalıklarına danışılan hastanın mevcut yüksekliği sakroiliit lehine değerlendirildi. Radyoloji konsültasyonu metastatik kemik lezyonu olarak yeniden raporlanan hasta tıbbi onkolojiye yönlendirildi. Yapılan ileri tetkiklerde primer lenfoma tanısı konan hastanın hematoloji tarafından medikal tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: Toplumda sık görülen bir sorun olan bel ağrısının karakteri sorgulanmalıdır. Bel ağrısının nedenleri hafif bir travma veya mekanik bozukluktan enfeksiyöz ve neoplazik hastalıklara kadar değişmektedir. Bel ağrılarının yaklaşık %90'ı nonspesifiktir ve tanısı spesifik patolojilerin dışlanması esasına dayanır. Bu amaçla malignite başta olmak üzere altta yatan ciddi patolojileri işaret eden kırmızı bayrakların varlığı mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuar bel ağrısı, metastaz, lenfoma, sakroileit

P-019 Üst Ekstremitede Ani başlayan Ağrı ve Güçsüzlüğün Nadir Bir Nedeni: Brakial Pleksit

Ebru Aytekin, Esra Çetin, Yasemin Pekin Doğan, Nil Sayıner Çağlar, Hüdanur Coşkun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Brakiyal pleksit, akut başlangıçlı omuz ağrısını takiben üst ekstremitede zayıflık ve duyusal kayıp ile karakterize bir durumdur. İlk kez 1887 yılında Dreschfeld tarafından tanımlanmıştır. Parsonage-Turner sendromu, nevraljik amiyotrofi, akut brakiyal nöropati, akut brakiyal pleksit, idiyopatik brakiyal pleksopati, akut brakial pleksit, idiyopatik brakiyal pleksopati, idiyopatik brakial nörit, paralitik brakial nörit ve diğer bradikal bradikal nörit gibi birçok farklı isimle bilinmektedir. Hastalığın etiyolojisinde ağır egzersiz, travma, cerrahi enfeksiyonlar, aşılama, otoimmün mekanizmalar, interferon tedavisi, botilinum toksin enjeksiyonu, radyasyon terapisi, kontrast madde enjeksiyonu, doğum ve abortus, herediter geçiş ve lomber ponksiyon yer almaktadır. Sebebi bulunamayan vakalar idiyopatik olarak tanımlanmaktadır. Erkeklerde ve orta yaş grubunda daha sık görülmektedir. Bu yazıda genç bayan hastada gelişen sağ üst ekstremite brakial pleksit olgusu tartışılacaktır.

Olgu: 32 yaşında bayan hasta polikliniğimize 3 aydır devam eden yanıcı tarzda sağ omuz ağrısı ve hareket kısıtlılığı ile başvurdu. İnspeksiyonda sağ omuz deltoid ve supraspinatus kaslarında atrofi mevcuttu. Palpasyonla omuz çevresi kaslarda dizestezi ve hiperestezi saptandı. Aktif omuz eklem hareket açıklığı (EHA) tüm yönlere 3+ ağrılı ve kısıtlı, pasif EHA 2+ ağrılı ve kısıtlı idi. Sağ üst ekstremite proksimal kas gücü 2/5 değerinde idi. Servikal ve omuz manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) özellik yoktu. Yapılan elektronöromyografisinde (ENMG) C5-6 üst trunkus tutulumlu brakial pleksopati ile uyumlu idi. Brakial pleksus MRG'de C5 ve C6 hizasında sağda dorsal kök seviyesinden başlayarak distale anterior kesime kadar klavikula orta komşuluğuna kadar devam eden seviyede sağ tarafta trunkuslarda sol tarafa göre asimetrik kalınlaşma görüldü. Etiyolojiye yönelik yapılan viral ve romatolojik seroloji negatifti. Hasta brakial pleksit tanısı ile servisimize interne edildi. Hastaya medikal tedavi olarak pulse steroid tedavi, pregabalin, tramadol başlandı. Atrofik kaslara yönelik nöromusküler elektrik stimulasyonu (NMES), ağrı için transkütanöz elektrik stimulasyonu (TENS) verilerek sağ üst ekstremite omuz ve komşu eklemlere yönelik EHA, güçlendirme, germe egzersizlerini içeren rehabilitasyon programı başlandı. 3 aylık süreçte hastaya 3 kez stellat ganglion blokajı yapıldı. 3 aylık tedavi sonunda ağrısı %75 oranında azaldı,sağ omuz aktif EHA 2+kısıtlı, 1+ağrılı, pasif EHA ağrısız ve açıktı. Hastaya eğitim ve ev egzersiz programı verilerek poliklinik kontrol önerisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Omuz ağrısı ile başvuran bir hastada mutlaka ayrıntılı fizik ve nörolojik muayene yapılmalı, beraberinde kas güçsüzlüğü ve nöropatik ağrı yakınması olan vakalarda brakial pleksit ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Kadın cinsiyet kötü prognozla ilişkili, üst trunkus tutulumu ise iyi prognozla ilişkilidir. İyileşme 1 yılda% 36, 2 yılda% 75 ve 3 yılda% 89 oranında "mükemmel" düzeyinde olmakla beraber gücün tam olarak iyileşmesi 8 yıla kadar sürebilir. Bu yüzden hastanın bu konuda bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Brakial pleksit, elektronöromyografi, omuz ağrısı, personage-turner sendromu, rehabilitasyon

P-020 Forestier Hastalığı ve Limbus Vertebra Birlikteliği

Mihriban Çağlı, Barış Nacır, Burcu Duyur Çakıt, Fikriye Figen Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversite Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Forestier hastalığı olarak da bilinen Diffüz İdiopatik İskelet Hiperostozisi (DİSH), erkeklerde ve yaşlı popülasyonda daha sık görülen, entezis ve eklem kapsülü gibi yumuşak dokularda ossifikasyon ve kalsifikasyon ile karakterize, enflamatuvar olmayan, sistemik bir hastalıktır. Ossifikasyon tüm vücutta gelişebilmekle birlikte en sık omurgada görüntülenmektedir. Limbus vertebra, nükleus pulposusun anterior intraosseöz herniasyonu sonucu oluşan, düzgün üçgen kemik fragmanının vertebra korpusundan ayrışması şeklinde görüntüye sahip bir lezyondur. Genellikle orta lomber vertebral seviyede, tek bir vertebrada ve anterosüperior köşede görülmektedir. Limbus vertebra servikal bölgede ise nadir olarak görülmektedir. Bu yazıda vertebrayı tutan iki farklı hastalık olan DİSH ve Limbus vertabra'nın çok nadir olan birlikteliği sunulmuştur.

Olgu: 60 yaşında kadın hasta polikliniğimize boyun ve bel hareketlerinde kısıtlılık ve hareket ile oluşan ağrı nedeni ile başvurdu. Kollarda ve bacaklarda güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma şikayeti yoktu. Yapılan fizik muayenesinde boyun hareketleri eklem hareket açıklığı sonunda kısıtlı ve ağrılı idi. Üst ekstremite duyu ve motor muayenesi doğaldı. Bel hareketleri eklem hareket açıklığı ortasında kısıtlı ve ağrılı idi. Alt ekstremite duyu ve motor muayenesi doğaldı. Servikal lateral grafisinde; servikal 3,4,5,6 vertebralarda vertebra gövdesi ile radyolüsen bir çizgi ile ayrılan üçgen şekilli kemik fragmanı tipiktir (Resin:1). Torakolomber vertebra grafisinde dört ardışık vertebrada yeni kemik oluşumu ve köprü oluşması izlendi (Resim:2). Kalsiyum, fosfor, tiroid fonksiyon testleri ve parathormon kan düzeyi normal sınırda idi. D vitamini düzeyi 6 µg/l idi.

Tartışma: DISH; ligament, tendon ve fasiada ossifikasyon ve kalsifikasyon ile karakterize bir hastalıktır. En sık olarak torakal omurgada orta ve alt segmentlerinde tutulum görülür, torakal omurga tutulumunu sırasıyla lomber ve servikal omurga tutulumu takip eder. Yeni kemik oluşumu genellikle anterior longitudinal ligamentte izlenmektedir. Omurganın ön ve sağ lateral kesimlerindeki ossifikasyonlar tipiktir. Hastalığın tipik özelliği ardışık vertebralarda yeni kemik oluşumu ile köprü oluşması ve beraberinde disk dejenerasyonunun olmamasıdır. Tanı primer olarak radyolojik görüntülere dayanır. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak DİSH ile tip 2 diyabetes mellitus, obezite, hiperinsülinemi, hipertansiyon, lipid ve pürin metabolizması bozuklukları ve yüksek A vitamini seviyeleri arasında ilişki saptanması metabolik ve endokrin hastalıkların etyolojide rol oynadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte genetik ve çevresel faktörlerin de risk faktörü olabileceği bildirilmiştir. DİSH'de en sık karşılaşılan semptomlar; omurgada ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığıdır. Özefagus kompresyonuna bağlı ortaya çıkabilen disfajidir ise daha nadir görülmektedir.
Limbus vertebra, ilk olarak 1927'da tanımlandı. Etyolojisi çocukluk ya da adolesan döneminde immatür iskeletin travması sonucu nükleus pulpozusun intraosseöz herniasyonu sonucu ya da vertebral halka apofizin üst ön parçasının, vertebra gövdesine normalde birleşmesini etkileyen bir gelişimsel anomalinin varlığı olarak kabul edilmektedir. Posterior köşede daha nadir görülür ve sinir kompresyonuna bağlı olarak bel ağrısına neden olabilir. Anterior limbus vertebra genellikle asemptomatik seyreder. Bazen katılık, lordoz kaybı gibi nonspesifik semptomlara da neden olabilir. Ayırıcı tanıda akla başta kırıklar ve gelişimsel vertebra birleşme anormallikleri gelmelidir. Limbus vertebra sık görülmeyen bir patoloji olmakla birlikte tedavi planı ve yaklaşım değişebileceğinden, ayırıcı tanıda yer alan kırık vb. tablolarla karıştırılmaması önemlidir. Bu durumda ayırıcı tanıda MRG yardımcı olabilir.

Sonuç: Bu yazıda vertebrayı tutan iki farklı hastalık olan DİSH ve limbus vertabra'nın çok nadir olan birlikteliği ayırıcı tanıda radyolojik incelemelerin önemine vurgu yapılması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Forestier hastalığı, limbus vertebra, dısh

P-021 Effects of Artcure Diffusional Patch Application in Lumbar Disc Herniation

Pınar Ergün[1], Özlem Karataş[1], Ali Ergün[3], Rahime Nur Ülker[2]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Health Sciences University, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kemer hospital, Antalya, Turkey
[3]Departmant of Orthopaedics and Traumatology, Atatürk hospital, Antalya, Turkey

Background: Providing mechanical treatment Support by reducing the edema in volume and in mass by throwing out the liquid inside by means of diffusion effect after entering into the region with edema by means of the diffusion effect and placed into a porous sheath in microfiber structure, in order to be used in treatment of region with edema which may occur in sports injuries and/or disc hernia. Objective: The aim of this study was to assess the efficacy of the Artcure Diffusional Patch in the conservative treatment of lumbar disc herniation patients.

Methods: Of the 50 patients enrolled, 35 clinically diagnosed patients were included in the study. Clinical evaluations were performed on patients who had findings of protrusion or extrusion in their magnetic resonance results. Patient was treated with the Artcure Diffusional Patch. The functional state of patients was measured using the SF-36 and pain intensity was measured with a visual analog scale as primary outcomes.

Results: After treatment showed a dramatic recovery in the first month following the application in regards to SF-36 scores and visual analog scale values. However there is no significiently difference between pre-treatment to 6 months after treatment.

Conclusion: Unfortunately these findings not yet suggest that the Artcure Diffusional Patch may be an alternative for the conservative treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy.

Keywords: LDH, artcure, patch

P-022 Nontravmatik Atlantoaksiyal Rotasyon Subluksasyonunun (Grisel Sendromu) Manuel Terapi ile Tedavisi: Vaka Sunumu

Volkan Deniz[1], Bayram Kelle[1], Cenk Özkan[2]

[1]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ana Bilim Dalı, Adana

Amaç: Grisel Sendromu (GS); enfeksiyon veya enflamasyona bağlı gelişen, nontravmatik atlantoaksiyal eklem subluksasyonudur. Servikal hareketlerde ağrı, limitasyon ve tortikollis ile karakterizedir. Genellikle çocuklarda, üst solunum yolları enfeksiyonu veya tonsillektomi gibi cerrahilere bağlı gelişir. GS, radikulopatiden teteraplejiye kadar çeşitli nörolojik komplikasyonlara veya ölüme neden olabilmektedir. Bu nedenle GS'nin erken teşhisi ve tedavisi çok önemlidir.

Olgu: Ateş, boğaz ağrısı ve boynunda sertlik şikayetleri ile Çocuk Hastalıkları bölümüne başvuran 6 yaşındaki kız hastanın baş ve boyunla ilgili herhangi bir travma öyküsü olmamakla beraber yapılan klinik muayenesinde; eritemöz dil ve farinks ile tonsillalarda ve bilateral servikal lenf düğümlerinde büyüme tespit edilmiş. Boyunda, sağa lateral fleksiyon ve sola rotasyon ile karakterize tortikollis gözlemlenmiş. Laboratuvar sonuçlarında, akut faz reaktanları yüksek bulunmuş. Vaka, antibiyoterapi ile taburcu edilmiş. Geçmeyen boyun ağrısı ve limitasyon sonucunda kliniğimize başvuran hastanın yapılan ileri tetkik ve incelemelerde C1-C2 eklem subluksasyonu tespit edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun ROM' ları tüm yönlerde ileri derecede limitli ve ağrılıydı. Nörolojik muayenesi normal sınırlardaydı. Servikal bilgisayarlı tomografide, (BT) atlantoaksiyal eklemin rotasyonda sabit olduğu, atlantoaksiyal mesafenin ise subluksasyonda olduğu görüldü. Hastaya, haftada üç seans ve dört hafta manuel terapi teknikleri kullanılarak tedavi uygulandı. Manuel terapi ile elde edilen hareket açıklığının korunması için tortikollis ortezi (systma) verildi. Birinci ayın sonunda ise yumuşak servikal orteze geçildi.
Sonuç: Tedavinin ilk seanslarından sonra başlamak üzere tedavi ilerledikçe hastanın limitasyonlarında düzelme sağlandı. 12. haftadaki kontrolde yapılan görüntülemelerde rotasyon ve subluksasyonun düzeldiği görüldü. Nadir bir durum olan GS' da literatürde önerilen tedavi olan cerrahi ve halter traksiyona alternatif olarak yapılan manuel terapi ve ortezleme de olumlu sonuç vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Atlantoaksiyel subluksasyon, grisel sendromu, manuel terapi

P-023 Bel-Bacak Ağrısı Ayırıcı Tanısında Postpartum Sakrum Kırığı

Zerrin Şahin, Deniz Hatun Aytaç

Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Postpartum sakrum kırıkları nadir bir durumdur. Uygun tetkikler yapılmadığında tanıda gecikme ve yanlış tedavilere yönelebiliniyor.

Olgu: 29 yaşındaki hasta doğumdan 3 ay sonra sabah uyandığında belirgin sol kalça ağrısı nedeniyle kalkamadığını, oturur durumdan kalkarken, yataktan dönerken, ıkınmakla arttığını, otururken hafif olan ağrının ayaktayken basamayacak kadar şişdettli olduğunu belirtiyor. Gittiği özel bir hastanede çekilen lomber MRG sonrası bel fıtığı tanısı ile analjezik veriliyor. Şikayetlerinde değişiklik olmaması sonrasında bize tekerlekli sandalyede başvuran hasta muayene masasına güçlükle alındı. Sol kalça bölgesi çok ağrılı olduğu için hastanın sol bacağına hiç dokunulamazken, sağ kalça minimal harekete izin verebiliyordu. Kilosu 83 kg, boyu 158cm olan hastanın yapılan tetkiklerde CRP:<0.2mg/dl, sedimantasyon:7mm/h, hemogram parametreleri normal, Ca, Fosfor normal, PTH yüksek(107,9pg/ml), 25(OH) D-vitamini (24,8ng/ml) normaldi. DEXA L1-L4 Z skoru -2,1 idi. Sakroiliak eklem MRG'de solda 1-2-3.sakral vertebralar seviyesine uzanım gösteren kırık hattı ve etrafında belirgin ödem vardı. PTH yüksekliği ve osteopeni nedeniyle D vitamini- kalsiyum takviyesi başlanarak Ortopedi ve endokrinoloji bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: Özellikle poliklinik hastalarının büyük bir kısmını oluşturan bel-bacak ağrılı hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sakrum kırığı, postpartum kırık, bel ağrısı

P-024 Kronik Bel Ağrılı Cilt Bulgusu Olmayan Spina Bifida Okülta Olgusu

Canan Bursalı[1], Hüseyin Kaplan[1], Melek Aykut Selçuk[2]

[1]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Aksaray
[2]Ankara Akyurt Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Spina bifida nöral tüpün normal orta hat füzyonundaki yetersizliğe bağlı ortaya çıkan konjenital bir deformitedir. Etyolojisi hala kesin olarak bilinmemektedir ve multifaktoriyeldir. Spina bidifa okültada değişen derecelerde vertebra spinöz proçeslerinin ve laminaların yokluğu mevcuttur. Nöral dokular ve vertebralar açıkta değildir, cilt sağlamdır, hiperpigmentasyon veya hipertrikoz gibi kutanöz belirtiler eşlik edebilir.
Burada kronik bel ağrısı ile başvuran, cilt bulguları olmadan görüntülemede spina bifida okülta saptanan bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: 26 yaş erkek hasta 2 yıldır olan bel ağrısı ve belde tutukluluk şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin 2 yıl önce market işinde çalışmaya başladıktan sonra ortaya çıktığını ifade etti. Ağrılarının giderek arttığını, günlük işlerinde zorlandığını bildirdi. Fizik muayenesinde; inspeksiyonda cilt lezyonu izlenmedi, bel ROM (range of motion)'ları açık ancak ağrılıydı. Bilateral hamstring kaslarında kısalma ve lomber sağ paravertebral kaslarda spazm dışında özel testlerde anormallik saptanmadı. Çekilen lomber 2 yönlü grafide L4 ve L5 vertebralarda spinöz proçeslerin yokluğu, sakralizasyon ve açıklığı sola bakan hafif C şeklinde skolyoz tespit edildi. Yapılan laboratuar değerleri normal sınırlardaydı. Hastaya asemetazin 120 mg/gün, parasetamol+klorzoksazon kombinasyonu başlandı. Hamstring germe, lomber omurganın germe egzersizleri ev programı olarak verildi. Hastanın geçmeyen ağrıları ile çekilen lomber magnetik rezonans görüntüleme (MRG)'de L5 vertebra ve distalinde spina bifida okülta ile uyumlu görünüm ve L4-5 sağ paramedian protrüde disk tespit edildi. Hastaya fizik tedavi programı planlandı.

Sonuç: Spina bifida okülta doğumda mevcut olan, omurganın yaygın görülen bir anomalisidir. Embriyonal dönemde nörolojik gelişim sırasında dördüncü haftada kapanan nöral tüpün kapanmaması sonucu ortaya çıkar. Tipik olarak spinal kord (omurilik) etkilenmeden vertebra laminalarının eksik füzyonu görülür. Sağlıklı bireylerin %12-23 'ünün SBO'ya sahip olduğu tahmin edilmektedir. Spina bifida okülta çoğunlukla asemptomatiktir ancak bu bireylerde bel ağrısı, enürezis, motor ve duysal disfonksiyon ve posterior disk hernisi gibi semptom ve bulgular ortaya çıkabilir. Bizim olgumuzsa 2 yıldır bel ağrısı mevcuttu. Spina bifidayı düşündürecek cilt lezyonu bulunmamaktaydı. Ayrıca enüzezis, motor veya duysal fonksiyon bozukluğu da yoktu. Postnatal dönemde SBO tanısında başlangıç tetkik olarak en uygun seçenek lomber bölge radyografisidir. Radyografik bulgular bilgisayarlı tomografi (BT) ve mangnetik rezonans görüntüleme(MRG) ile doğrulanabilir. Olgumuzda da kronik bel ağrısı nedeniyle istenen direk grafide SBO olabileceği düşünülmüş ve MRG ile desteklenmiştir. Bu olgu sunumunda kronik bel ağrılı hastalarda cilt bulguları olmadan da spina bifida okültanın görülebileceğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Spina bifida okülta, kronik bel ağrısı, hipertrikoz

P-025 Kronik Nonspesifik Bel Ağrısında Kor Stabilizasyon Egzersizinin Etkinliği – Randomize Kontrollü Çalışma

Basak Çiğdem Karaçay[1], Emel Özcan[2], Başak Gürtekin[3]

[1]Sağlık Bakanlığı Yerköy Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi; Biostatistik Anabilim Dalı

Amaç: Kronik nonspesifik bel ağrılı hastalarda, kor stabilizasyon egzersizleri etkinliğinin kontrol grubu ve birbirleriyle karşılaştırılması yoluyla ağrı, denge, kas gücü ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Prospektif, randomize ve kontrollü olarak planlanan çalışmamıza, kronik nonspesifik bel ağrısı tanılı 49 hasta dahil edildi. Hastalar iki gruba randomize edildi. KSG'ye (Kor Stabilizasyon Grubu, n=25) kor stabilizasyon egzersizi 24 seans uygulandı. Tüm gruplara klasik lomber ev egzersiz programı ile hasta eğitimi verildi ve KG (Kontrol Grubu, n=24) sadece klasik lomber ev egzersiz programı ile takip edildi. Hastalar tedavi öncesi (TÖ), tedavi sonrası (TS) ve tedavi sonrası 3. ay kontrolünde istirahat ve yoğun aktivite sırasında ağrı şiddeti VAS (Vizüel Analog Skala), fonksiyonellik RMS (Roland Morris Skalası) ve İBAS (İstanbul Bel Ağrısı Skalası), Fonksiyonel İş Performansı PILE (Pogressive Isoenertial Lifting Evaluation test), Statik Denge Değerlendirmesi (düşme riski), yaşam kalitesi SF-36 (Kısa Form-36) ve hastalığın işe etkisi HLQ formu (Sağlık ve İşgücü Sorgulama Formu) ile; TÖ ve TS kontrollerinde ise izokinetik kas güçleri değerlendirildi.

Bulgular: İstirahat ve yoğun aktivite VAS, İBAS, RMS değerlerinde TS ve TS 3.ay kontrolünde; KSG'de istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı azalma saptandı. ($p<0,001$); ancak gruplar arası karşılaştırmada anlamlı fark saptanmadı. PİLE ile yapılan fonksiyonel iş performansı değerendirmesinde her iki grupta da istatistiksel açıdan anlamlı artış gözlendi.($P<0,005$). Bu artış KSG 'de çok ileri derece anlamlı bulundu ($p<0.001$), ancak gruplar arasın anlamlı fark saptanmadı. İzokinetik ölçümlerde; İKFPT, İKEPT, İKETİ değerlerinde, her iki grupta da istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı artış saptandı ($p<0,001$). Düşme riski değerlerinde, her iki grupta da istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). SF-36 Fiziksel rol kısıtlılığı ve ruhsal sağlık alt skalasında KSG'de istatistiksel açıdan anlamlı artış saptandı. ($p<0,05$). Ağrı alt skalasında KSG'da istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlılık saptandı ($p<0,001$). HLQ sağlık problemleri nedeniyle ev işine alınan ücretsiz yardım saati değerlerinde KSG'de istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlı azalma saptandı. ($P<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda kronik nonspesifik bel ağrısında; kor stabilizasyon egzersizleri ile ağrı ve fonksiyonellikte klasik ev egzersizlerine göre anlamlı iyileşme görüldü. Her iki grupta da kas güçleri artmış olup, iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. Denge skorlarında anlamlı değişim olmadı.

Anahtar Kelimeler: Kronik nonspesifik bel ağrısı, kor stabilizasyon, denge, izokinetik kas gücü

P-026 Intramusküler Steroid Enjeksiyonu Sonrasında Gelişen Rabdomiyoliz Olgusu

Merve Yıldız Yardımcı, Eser Kalaoğlu, Gökhan Taşkın, Havvanur Albayrak, Fatma Nur Kesiktaş

İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Bel ağrısı kas iskelet sistemi ağrıları içerisinde en sık karşılaşılan ağrılardandır ve geniş bir yaş aralığını etkilemektedir. Ağrıların yaklaşık %90 kadarı kas ve ligamanların incinmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bel ağrılarına çoğu zaman paravertebral kas spazmı eşlik edebilmektedir. Lokal anestezik maddelerle ile tetik nokta enjeksiyonları ve kuru iğneleme teknikleri uygun endikasyonla ve uygun dozda yapıldığında hastaların ağrısını rahatlatmada fayda sağlamaktadır.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta şiddetli bel ağrısı ve bel hareketlerinde kısıtlılık şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden yaklaşık 8 aydır ara sıra olan ve belde hareket kısıtlılığına yol açan ağrısı için hasta dış merkezde bir klinikte değerlendirilmiş. 3 gün önce lomber ve torakal paravertebral kaslara intramusküler steroid enjeksiyonu uygulanan hasta enjeksiyon sonrasında ağrı şiddetinin arttığını ifade ediyordu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde düz bacak kaldırma testi bilateral negatif, derin tendon refleksleri normoaktif, alt ekstremite kas kuvveti 5/5 olarak değerlendirildi, atrofi izlenmedi. Hastanın lomber eklem hareket açıklıkları; fleksiyon 60 derece, ekstansiyon 10 derece, sağ ve sol lateral fleksiyon 20 derece ve sağ ve sol rotasyon 30 derece olarak ölçüldü. Visüel analog skala(VAS)=8 olarak değerlendirildi.
Yapılan MR görüntülemede L1-L2 intervertebral diskinde hafif dejeneratif diskopati dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Yapılan laboratuvar incelemeler sonucunda hastanın kreatin kinaz, kreatin kinaz- miyokardial band izoenzimi(CK- MB), Alanin aminotransferaz enzimi(ALT), Aspartat aminotransferaz enzim(AST) değerlerinde yükseklik izlendi. Hastanın 3 gün sonra yapılan laboratuvar incelemesinde bu değerlerde normale yaklaşma görüldü. (Tablo-1)

Sonuç: Yapılan çalışmalarda intramusküler steroid enjeksiyonlarının hastaların yaklaşık yarısında serum kreatin kinaz değerlerini ılımlı bir miktar yükseltebileceği bildirilmiştir. Yükselmenin 12 hafta süre ile devam edebileceği rapor edilmiştir. Benzer şekilde korpromazin, diklofenak, metamizol ve diğer non-steroid ilaçların intramusküler uygulamalarında da bazı hastalarda CK yüksekliği bildirilmiştir. Bizim vakamızda ise yaklaşık 20 kat CK yüksekliği ve ALT değerinde de 3 katın üzerinde anlamlı yükseklik izlenmiş ve buna bağlı olarak şiddetli kas ağrısı meydana gelmiştir. 3 gün sonra yapılan kontrollerde enzimlerde anlamlı düşme görülmüştür. İntramusküler uygulamada steroid enjeksiyonları bilindiği üzerine kas yıkımına, uygulama bölgesinde yağ doku, kas doku ve hatta deride atrofi oluşumuna neden olabilmektedir. Enjeksiyonların dozaja, uygulama şekline ve uygulama alanına dikkat edilerek yapılmasında fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, steroid enjeksiyonu, rabdomiyoliz, intramusküler enjeksiyon

Laboratuvar

	Referans Aralığı/Birim	İlk değerlendirme	3 gün sonra değerlendirme
CK	<171 U/L	3447	691
CK-MB	<24 IU/L	53	31
ALT	<50 IU/L	171	97
AST	<50 U/L	130	39

Olgunun ilk ve 3 gün sonraki değerlendirmedeki laboratuvar testlerinde anormal saptanan değerler karşılaştırmalı olarak tabloda sunulmuştur. (Kısaltmalar; CK:Kreatin kinaz, CK-MB: Kreatin kinaz miyokardial band izoenzimi, ALT: Alanin aminotransferaz enzim, AST: Aspartat aminotransferaz enzimi)

P-027 Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Uyku

Burcu Önder, Betül Yavuz Keleş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bel ağrısı 45 yaş altı kişilerde en sık karşılaşılan ağrı şikayetlerindendir. Bel ağrılarının çoğu mekanik sebepler kaynaklı olmakla birlikte infeksiyon, inflamasyon, malignite, fraktürler gibi birçok nedeni mevcuttur. Bel ağrısı 12 haftadan uzun süredir devam ediyorsa kronik bel ağrısı olarak kabul edilir. Ağrının kronikleşmesi ile beraber ağrıya uyku sorunları ve depresyon eklenir. Tüm bu eklenen bulgularla beraber hastanın yaşam kalitesinde iyice düşme gözlenir. Bu çalışmanın amacı kronik bel ağrılı hastalarda uykunun değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya polikliniğimize başvuran 3 aydan uzun süreli bel ağrısı olan 23 hasta ve 14 sağlıklı kontrol alındı. Hastaların ve kontrol grubunun demografik verileri, eşlik eden hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Her iki grup da uyku hijyen skalası ile değerlendirildi. Uyku Hijyen Skalasında 13 soru bulunmaktadır. Hastalardan beşli likert ölçeği üzerinden cevap vermesi istenmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sıklıkla, 5: her zaman). Skorlar 13-65 arasında değişmekle beraber yüksek skorlar daha kötü uyku hijyenini göstermektedir. Bel ağrılı grubun ağrı skorları numerik analog skala ile değerlendirildi. Hastaların ağrı düzeylerini 0 ile 10 arasında belirtmeleri istendi. (0=ağrı yok, 10=en şiddetli ağrı).
Bulgular: Çalışmaya dahil edilen her iki grup arasında yaş, cinsiyet, Vücut kitle indeksi (VKİ) açısından anlamlı fark gözlenmedi. Hasta grupta bel ağrısının süresi 69.6± 82.2 ay olarak saptandı. Uyku hijyen skalası bel ağrılı grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.0001$). Bel ağrılı grubun numerik analog skalası 6.9 ±2.1 olarak saptandı. Hastaların ağrı skorları ve bel ağrılarının süresi ile uyku hijyen skalası arasında korelasyon saptanmadı. Hastanın bel ağrısının süresi ile numerik analog skala arasında da anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda bel ağrısının şiddeti ile uyku hijyen skalası arasında bir korelasyon saptamadık. Bu da hastaların uyku probleminin ağrının şiddetinden değil kronik ağrıya bağlı eklenen anksiyete, depresyon gibi psikolojik nedenlerle olduğunu düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, uyku, uyku hijyen skalası

P-028 Adolesan Yaş Grubunda Lomber Disk Hernisi: 2 Olgu Sunumu

Özge Gülsüm İlleez, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş

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

Giriş: Bel ağrısı; çocuk ve adolesan yaş grubunda tahmin edilenin aksine sık görülen bir şikayettir. Ancak semptomatik lomber disk herniasyonu (LDH) nadirdir. Tedavi gerektiren bel ağrısı sebepleri arasında %0.5-6.8 oranında görülür (1). Etyolojide travma, sporla ilgili kazalar, fazla kilolu veya uzun boylu olmak suçlanmıştır. Adolesanlarda en sık L4-5 seviyesinde görülür, bu seviyeyi L5-S1 ve L3-4 izler. Sıklıkla tek seviyeli ve parasantral yerleşimlidir. Tedavide amaç hastanın semptomlarını hafifletmek ve hızla günlük aktif hayatına dönüş sağlamaktır. Adolesan yaş grubunda LDH tanısı koyduğumuz 2 hastayı sunmak istedik.

Olgu 1: 15 yaşında, kız hasta bel ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 1.5 yıldır ara ara bel ağrısı olurken, son 1 aydır şikayetleri artmıştı. Travma ve sporla ilişkili yaralanma öyküsü yoktu. Ağrı bele lokalizeydi. Uyuşma, inkontinans yoktu. Ağrısı hareketle artıyor, istirahatle kısmen azalıyordu. Hastanın VAS ile belirlenen ağrı skoru 9'du. Muayenesinde bel hareketleri fleksiyonda belirgin olmak üzere her yöne ağrılı-kısıtlıydı. Yoğun paravertebral spazma bağlı fonksiyonel skolyoz görünümü mevcuttu. Düz bacak kaldırma testi bilateral (45°/45°) pozitifti. Kuvvet defisiti yoktu. Solda Achilles refleksi hipoaktifti. Patolojik refleksi ve duyu kusuru yoktu. Çekilen lumbosakral MR görüntülemesinde L5-S1 seviyesinde ekstrüde herniasyon tespit edildi, aynı zamanda hastanın sakralizasyonu da mevcuttu. Medikal tedavi, kısa süreli istirahat ve korse önerildi. Fizik tedavi programına alındı. Ağrı kontrolü sağlandıktan sonra egzersiz programı düzenlendi. Hastanın takipleri devam etmektedir.

Olgu 2: 16 yaşında, kız hasta bel ve sağ bacak ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri 6 aydır devam ediyorken, son 1haftadır şiddetlenmişti. Uyuşma, inkontinans yoktu. Annesi ankilozan spondilit olan hasta inflamatuar bel ağrısı yönünden ayrıntılı sorgulandı, ancak ağrısı mekanik karakterdeydi. Hastanın VAS ağrı skoru: 8'di. Muayenesinde; hastanın vücut ağırlığı 97. persentil üzerinde olup obez olarak değerlendirildi. Bel hareketleri öne fleksiyonda belirgin ağrılı-kısıtlı, diğer yönlere ağrılı-açıktı. Düz bacak kaldırma testi bilateral (45°/60°) pozitifti. Kuvvet-duyu-refleks defisiti yoktu. MR görüntülemesinde L4-5'de santral protrüzyon, sağda belirgin olmak üzere her iki L5 kök basısı ve aynı seviyede spinal kanal çapında daralma belirlendi. EMG'si normaldi. Hastaya medikal tedavi, kısa süreli istirahat ve korse önerildi. Zayıflama için diyetisyene yönlendirildi. Şikayetleri devam eden hasta fizik tedavi programına alındı. Ağrısı devam ettiği için tedaviyi kendi isteği ile yarım bıraktı. Hastaya epidural steroid enjeksiyonu ve beyin cerrahisi görüşü önerildi. Hasta ailesinin de isteği ile opere olmayı tercih etti. Operasyon ertesi ağrı kontrolü sağlanan hastanın egzersiz programı ile takibi devam etmektedir.

Sonuç: LDH erişkinler gibi adolesanlarda da ciddi bir problemdir. Bu hastalar yaş itibari ile daha hareketli olduğu için mikro ve makro travmalara açık ve aynı zamanda istirahat ve kendilerini koruma konusunda yetersiz bir hasta grubudur. Konservatif yöntemler tedavide ilk basamak olmasına rağmen literatürde bu yaş grubunda etkinliğinin az olduğu bildirilmiştir (2). Ancak immatür bir omurgayı cerrahi stresle karşı karşıya bırakmamak adına, hastalarda öncelikli olarak medikal tedavi, fizik tedavi modaliteleri, egzersiz ve enjeksiyon tedavileri denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, bel ağrısı, lomber disk hernisi

P-029 Gözden Kaçan Bir Tanı: Piriformis Kasına Bası Yapan Lipom

Ayşegül Tombak[1], Yasemin Tombak[2], Ali Dalgıç[3], Hatice Gül Hatipoğlu[3], Elif Yalçın[1]

[1]S.B Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]S.B Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[3]S.B Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Piriformis sendromu; piriformis kasının siyatik siniri pelvis çıkışındaki siyatik çentikte sıkıştırması ile ortaya çıkan bir klinik tablodur.Hasta tipik olarak uyluk arkasına yayılan ağrıdan yakınır. Uzun süre ayakta durmak ve öne eğilmekle ağrı şiddetlenir. Tanıda EMG, USG, BT ve MRG kullanılabilmektedir. Piriformis kasına bası yapan lipom nedeniyle piriformis sendromu gelişen bir olguya dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta 8 aydır devam eden sol bacak ve kalça ağrısı nedeniyle başvurdu. Hastanın sol bacağında uyuşma-karıncalanma ve rahatsızlık hissinin olduğu öğrenildi. Özellikle otururken bu rahatsızlık hissinin arttığı öğrenildi. Fizik muayenede gluteal bölgenin basmakla hassas olduğu görüldü. Düz bacak kaldırma testi negatifti. Daha önce çekilmiş olan sol kalça MR görüntülerinde solda trokanterik bursiti görülen hastaya 2 kere trokanterik bursit enjeksiyonu yapıldı. Hasta her enjeksiyon sonrası rahatlamasına rağmen baskı hissinin devam etmesinden şikayetçiydi. Hastanın piriformis kasına yönelik ultrasonografi kılavuzluğunda lokal anestezik enjeksiyonu yapıldı. Hastanın bir ay sonraki kontrolünde ağrısında azalma olmasına rağmen uyuşma ve kısmen ağrı şikayeti devam etti. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi nedeniyle tekrar kalça MR çektirildi. MR görüntülerinde piriformis kasına basına yapan bir lipom olduğu görüldü. Hasta beyin cerrahisine konsulte edildi. Hasta beyin cerrahisi tarafından opere edildi.Operasyondan 3 hafta sonra germe ve güçlendirme egzersizlerini içeren bir fizik tedavi programı uygulandı. Hastanın 2 ay sonraki kontrolünde şikayetlerinde belirgin azalma olduğu, 6 ay sonraki kontrolünde şikayetlerinin tamamen geçtiği öğrenildi.

Sonuç: Piriformis sendormu aynı lomber disk hernileri gibi siyatalji tablosuna yol açan bir klinik tablodur. Lomber disk hernilerine göre tedavisi çok daha farklı olup gözden kaçan ve atlanan bir tanı olabilmektedir. Tanı için altın standart bir yöntem yoktur. Klinik muayane ve anamnez tanı koymada önemlidir. USG piriformis kasının morfolojisini değerlendirmede normal tarafla karşılaştırarak kullanılabilir, ancak tanı koymaya katkısı hala tartışmalıdır. Ayrıca piriformis sendromu tanısı için lokal anestezik ve steroid ile diagnostik enjeksiyon da yapılabilmektedir. MRG tanı koydurucudur. Piriformis sendromu tanısında günümüzde en değerli yöntem MRG'dir. 2-3 haftalık konservatif tedaviye yanıt vermeyen olgularda olgularda MRG önerilir.X ray tanı koymada önemsizdir. EMG; siyatik sinir ileti çalışmaları F dalgaları ve H refleksi uzama ile nadiren bulgu verebilir.

Anahtar Kelimeler: Piriformis sendromu, lipom, siyatalji

P-030 Tedaviye Dirençli Boyun Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Eagle Sendromu

Bayram Kelle

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Eagle sendromu; stiloid prosesin elongasyonu ya da stilohyoid ligamentin kalsifikasyonu sonucu oluşan nadir bir durumdur. Kliniğinde kulak, burun, boğaz, boyun ağrısı, yutma güçlüğü gibi semptomlar vardır. Bu vakada atipik ve tedaviye dirençli boyun ağrısıyla prezente olan "Eagle sendromunu" sunmayı amaçladık.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta kliniğimize boyun ağrısı ve tinnitus ile başvurdu. Boyun ağrısı uzun zamandır olmakla beraber tinnitus son 6 aydır devam etmekteydi. Daha önce değişik zamanlarda bu şikayetle başvurduğu merkezlerde servikal strain tanısı ile fizik tedavi programına alınmış ve ilaç tedavisi başlanmıştı. Bu şikayetleri tedavilerden sonra kısa süreli azalmakla beraber ilerleyen zamanlarda tekrarlamaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde; boyun eklem hareket açıklıkları tüm yönlerde serbest olmakla beraber rotasyonlar ağrılıydı. Bilateral boyun ekstansör kaslarında spazm mevcuttu. Kranial sinir muayenesinde patoloji yoktu. 4 ekstremite kasların motor muayenesinde kuvvet kaybı bulunmadı. Duyu defisiti yoktu ve derin tendon refleksleri normaldi. Patolojik refleks bulunmadı. Hasta tinnitus için Kulak-Burun-Boğaz bölümüne konsülte edildi. Organik bir neden bulunamayan hastaya tinnitus için ilaç başlandı. Kan tetkikleri normal değerlerdeydi. Hastanın çekilen direk boyun grafisinde belirgin bir patoloji saptanmadı. Çekilen servikal tomografisinde sol stiloid prosesin simetriğine göre uzun olduğu görüldü. Hastaya "Eagle sendromu" tanısı konuldu ve non-steroidal antiinflamatuar ilaç başlandı. Önerilen cerrahi işlemi kabul etmeyen hasta fizik tedavi programına alındı. Hastanın şikayetleri azaldı, durumu ve hastalığı hakkında bilgilendirildi.

Sonuç: Tedaviye dirençli boyun ağrısı ile beraber objektif olmayan şikayetlerle başvuran hastalarda nadir olsa da Eagle sendromu görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eagle sendromu, boyun ağrısı, tinnitus

P-031 L5-S1 Disk Herniasyonuna Bağlı Bel Ağrısı Olan Hastalarda Cerrahi Olmayan Spinal Dekompresyonun Ağrı, Yaşam Kalitesi ve Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi

Valat Miroğlu[1], Hilal Yesil[1], Ümit Dündar[1], Adem Aslan[2], Hasan Toktaş[1], Serhat Korkmaz[2], Gazi Boyacı[2]

[1]Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyon
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyon

Amaç: L5-S1 disk herniasyonuna bağlı bel ağrısı olan hastalarda cerrahi dışı spinal dekompresyonun ağrı, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum üzerine etkinliğini karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 40 kişi dahil edildi. Hastalar 2 gruba randomize edildi. Çalışma grubuna (n=20) haftada 3 gün, 3 hafta olacak şekilde spinal dekompresyon ile beraber ev egzersizi verildi. Kontrol grubuna (n=20) ise aynı sürede sadece ev egzersizi verildi. Hastalardan tedavi öncesi ve tedavi sonrası olmak üzere iki kez değerlendirme alındı. Kullanılan değerlendirme parametreleri VAS, ODI, BDÖ ve SF-36 yaşam kalitesi değerlendirme anketi oldu. Ayrıca tüm hastalara tedavi öncesi ve tedavi sonrası manyetik rezonans görüntüleme ve H refleksi ölçümleri yapıldı.

Bulgular: Tedavi sonrası sonuçlar karşılaştırıldığında VAS, ODI ve BDÖ ölçümlerinde her iki gruptada belirgin iyileşme görüldü. Gruplar arasında anlamlı değişim yokken, ODI değişim yüzdesi bakımından çalışma grubu lehine anlamlı fark vardı. SF-36 nın alt gruplarına baktığımızda 3 alt parametrede (sosyal fonksiyon, genel sağlık ve mental sağlık) çalışma grubu lehine anlamlı değişim varken, kalan 5 parametrede ise her iki grupta da anlamlı düzelme saptandı ve gruplar arası karşılaştırmada fark yoktu. Disk boyutları ve H refleksi ölçümlerinde ise her 2 grupta da tedavi öncesi ve sonrası arasında fark tespit edilmedi.

Sonuç: Her ne kadar egzersiz grubu ile dekompresyon+egzersiz grubu arasında SF-36 alt parametrelerinden üçü ve ODI yüzde değişimi dışında değerlendirme ölçeklerinde anlamlı fark tespit edilmese de, spinal dekompresyon tedavisinin hastalarda tedavi olma isteğini arttırması açısından önemi yüksektir. Cerrahi dışı spinal dekompresyon ile ilgili daha kapsamlı araştırmalar ile daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir. Bu sonuçlara baktığımızda etkinliği yıllardır kanıtlanmış olan egzersizin hala öneminin koruduğunu görmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, spinal dekompresyon, yaşam kalitesi

P-032 Polimiyaljia Romatika (PMR) Tanılı Hastada Proksimal Eklem Ağrısında Ayırıcı Tanı Olarak Psoas Hematomu

Hasan Yasin Soylu, Rezan Aktert

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Polimiyaljia Romatika boyun ve kalça çevresinde özellikle proksimal eklemleri tutan idiopatik inflamatuar bir hastalıktır. Beyaz ırk 70-80 yaş arası kadın hastalarda pik yapar. Mortaliteyi etkilememekle birlikte steroid kullanımına bağlı komplikasyonlar morbiditeye neden olmaktadır. Olgumuzda yakın dönem SVO nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin kullanımı mevcut olan polimiyaljia romatika tanılı hastada proksimal eklem ağrısı ayırıcı tanısında psoas hematomu ele alınmıştır.

Olgu: 73 yaş kadın hasta acil servise 3 gündür giderek artan sağ kalçada başlayıp sağ dize vuran ağrı şikayeti ile geldi. Bilinen hipertansiyon diyabetes mellitus polimiyaljia romatika tanıları mevcut. 20 gün önce iskemik serebrovasküler olay geçirmiş. Micardis plus 80 12.5 mg, desal 40 mg, diamicron mr 60 mg, benipin 8 mg, glucobay 100 mg, saneloc 50 mg, adalat crono 30 mg, prednol 40 mg kulanmaktadır. SVO nedeniyle oksapar 6000 ANTI-XA IU/0,6 ml perumblikal uygulamaktadır. Hastanın GKS 15 bilinç açık koopere oryante. Nörolojik muayende motor kusur yok. sağ alt ekstremite proksimalinde ağrı ve duyu kusuru görülmekte. Eklem hareketleri açık. batında hassasiyet mevcut defans yok rebound yok. perumblikal ekimoz mevcut. EKG normal sinüs ritmi. ADBG de hava sıvı seviyesi yok. Laboratuarında anemi haricinde özellik saptanmayan hastanın semptomaitk tedaviye ramen şiddetli ağrısı devam etmesi üzerine ileri görüntülemeye gidildi. Hastanın batın bt sinde sağ ileopsoas kasında 5.5x6cm boyutlara ulaşan hipodens alan mevcuttur. Hematom lehine yorumlanmış olup girişimsel radyoloji ile görüşülerek işlem yapıldı.

Sonuç: Yaşlı ve eklem ağrısı olan polimiyaljia romatika tanılı hastalarda yeni başlayan ve sistemik semptom veren şikayetlerde hasta takibe alınmalıdır. Özellikle iskemik kardiyak ve serebrovasküler hastalıklar nedeniyle antikoagülan kullanımı olan hastalarda ayırıcı tanıda psoas hematomu akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Polimiyaljia romatika, proksimal eklem ağrısı, psoas hematomu

P-033 Deniz Kestanesi Dikeni Batması Sonrası Oluşan El Parmak Artriti: Vaka Sunumu

Osman Orman[1], Aliye Yıldırım Güzelant[2]

[1]TC Sağlık Bakanlığı Baltalimanı Metin Sabancı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Amaç: Deniz kestanesi dikeni batması sonrası akut dönemde lokal ağrı, yanma hissi, ödem ve eritem meydana gelir. (wa1-2) Diken çıkarıldığı zaman bu belirtiler birkaç saat içinde düzelir. Buna karşın diken dokudan çıkarılmazsa bölgede geç dönemde granulom formasyonu gelişebilir. Deniz kestanesi dikeninin eklemleri penetre ettiği durumlarda ise eklemin tahribi ile sonuçlanan, Deniz Kestanesi Dikeni Artriti olarak tanımlanan, synovyal doku granulomatöz reaksiyonu oluşturur. Çalışmamızda kliniğimizde takip ve tedavi ettiğimiz bir olguyu sunmayı amaçlamaktayız.

Olgu: Yirmi yaşında kadın hastanın sol el 3. parmak proksimal interfalangeal (PIP) eklemine 2017 Ağustos ayında denizde yüzerken deniz kestanesi dikeni batmış. Batma sonrası gelişen ağrı, kızarıklık ve yanma saatler içinde hafiflemiş. Bir ay sonra aynı eklemde şişlik meydana gelmeye başlamış. Şişlik günler içinde büyüyerek eklem hareketlerini kısıtlamaya başlamış. Gittiği Aile Hekimi tarafından siprofloksasin 500mg (günde 2 kez; oral yolla) kullanmasına rağmen şikayetleri giderek artmış ve parmak eklem hareketlerini büyük ölçüde kaybetmiş. Hasta polikliniğimize diken batmasından 2 ay sonra başvurduğunda sol el 3. parmak PIP eklemde şişlik ve aynı parmakta düğme illiği deformitesinin oluştuğu gözlendi. Metakarpofalangeal eklem hareketleri tam açıktı. PIP eklem hareketleri (aktif ve pasif) fleksiyon 40 derece, ekstansiyon -20 dereceydi. Distal interfalangeal eklem (aktif ve pasif) fleksiyon 20 derece, ekstansiyon tamdı. Hastanın grafileri ve manyetik rezonans görünütülemerleri yapıldı.
Hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Üçüncü parmak dorsalinden yapılan girişle ekstensör mekanizmaya ve eklem kapsülüne ulaşıldı. Eklem içi ve çevresi synovyal dokular tama yakın çıkarıldı. Hastanın operasyon içinde aktif eklem hareket açıklığının tama yakın düzeldiği görüldü. Operasyon sonrası 5. gün parmak ateli çıkarılarak fizik tedavi ve rehabilitasyon programı başlandı. Erken dönemde eklem hareket açıklığı ve mobilizasyon egzersizleri başlandı. Antiinflamatuar non steroid ile tedaviye devam edildi. Postoperatif 2. ayda hastanın üçüncü parmak MCP eklem eklem hareket açıklığı tamdı. Proksimal falanks fleksiyon 90 derece, ekstansiyon -10 dereceydi. Distal interfalangeal eklem fleksiyon 40 derece, ekstansiyon tamdı. Medikal tedavi kesildikten 3 ay sonra artrit tekrarladı. Kontrastlı el parmak magnetik rezonans görüntüleme ile aktif sinovit görüldü. Olası maligniteyi ekarte etmek için tekrar Ortopedi kliniğince biyopsi yapıldı. Medikal tedavi başlandı.

Sonuç: Denize yakın bölgeler yaşayan hastalar ve özellikle balıkçılarda oluşan parmak monoartritlerinde, deniz kestanesi dikeni ile yaralanma öyküsü sorgulanmalıdır. Bu tür bir yaralanma öyküsü mevcutsa antibiyoterapi veya antiinflamutuar tedavilerin uygun doz ve sürede kullanılması, etkisiz kalındığında sinovektomi gerekebileceği akılda bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, deniz kestanesi, enfeksiyöz artrit, tedavi, sinovektomi

P-034 Fibromiyaljili Hastalarda Sağlık Okur Yazarlığının Tedaviye Uyum ve Hastalık Aktivitesi İle İlişkisi

Meliha Kasapoğlu Aksoy[1], Hakan Demirci[4], İlknur Aykurt Karlıbel[1], Koray Ayar[2], Deniz Azkan Türe[4], Lale Altan[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü
[3]Uludağ Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği

Amaç: Fibromiyalji Sendromu (FMS), nedeni bilinmeyen yaygın ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları, kognitif disfonksiyonlar ve vücutta yaygın hassasiyet ile karakterize kronik bir hastalıktır. Sağlık okur yazarlığı (SOY), bir hastaya tıbbi bilgi vermek istendiğinde, bireyin bu bilgiyi anlayıp, yorumlaması ve buna uygun davranış göstermesi olarak tanımlanabilir. Tedavinin etkinliğinde rol oynayan en önemli faktör ise hastanın tedaviye uyumudur. Tedaviye uyum, hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak, egzersizi yapmak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuşma boyutudur. Bu çalışmanın amacı, birincil olarak FMS hastalarında, SOY ve tedaviye uyum arasındaki ilişkiyi incelemek, ikincil olarak da SOY'un hastalık aktivitesi ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: 2014 ACR tanı kriterlerine göre FMS tanısı almış 170 hastanın verileri cross-sectional analitik desende değerlendirildi. Çalışma için lokal etik kurul onayı alındı ve hastalara çalışma öncesi detaylı bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onamları alındı. Çalışmaya 18 yaşından büyük, en az 6 aydır FMS için medikal tedavi alan, görme, işitme, anlama ve mental sağlık sorunu olmayan, okuma ve yazma bilen hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri kayıt altına alındı. Hastalara visual analog skala (VAS), fibromiyalji etki sorgulaması (FES), Morisky tedaviye uyum ölçeği-8 (MTUÖ-8), Sağlık okur Yazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (SOYA-AB) uygulandı. Hastalar kullandıkları medikal tedaviye göre gruplara ayrıldı (pregabalin, duloksetin, pregabalin+duloksetin, diğer). Çalışma verileri değerlendirilirken Shapiro-Wilk, Kruskal Wallis, Fisher-Freeman-Halton testleri kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiler Spearman's rho korelasyon testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler için SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanıldı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Güç analizi G.Power 3.1.9.2 istatistik paket programı ile yapıldı; n toplam=142, etki büyüklüğü r=0,49 olmak üzere; çalışmanın gücü 0.81 olarak bulundu.

Bulgular: 23 hastanın anket sorularına yetersiz yanıt vermesi, 5 hastanın da çalışmaya katılmak istememesi nedeni ile çalışma toplam 142 hasta ile tamamlandı. Hastaların yaş ortalaması 46,62±11,50 olup %97'si kadın (n=138), %3 (n=3)'ü erkekti. Katılımcıların %62'si (n=88) duloksetin, %15,5'i (n=22) pregabalin, %9,2'si (n=13) hem duloksetin ve hem de pregabalin kullanırken, %13,3 (n=19) hasta diğer tedavileri kullanıyordu. Hastaların SOYA-AB ölçeği ve alt grupları ile MTUÖ-8 arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki gözlendi ($p<0.05$). SOY değerleri yüksek olanların tedaviye uyumları daha iyiydi (Tablo 1). Hastaların SOYA-AB değerleri ile hastaların VAS ve FES değerleri arasında istatiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki saptandı ($p<0.05$). SOYA-AB değerleri düşük olan hastalarda VAS ve FES değerleri daha yüksekti (Tablo 2). Hastalar kullandıkları ilaç gruplarına göre birbiri ile karşılaştırıldığında SOYA-AB, MTUÖ-8, FES total, VAS ölçümlerinde ilaç grupları arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucuna göre FMS hastalarında SOY arttıkça hastaların tedaviye uyumunun arttığı ve ağrı algısının SOY ile anlamlı negatif ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle FMS hastalarına hastalıkları hakkında ayrıntılı eğitim verilmesinin tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz. Bu konu ile ilgili çok merkezli daha büyük örneklem sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, sağlık okur yazarlığı, tedaviye uyum

MTUÖ-8 grupları ile SOYA-AB puanlarının karşılaştırılması

SOYA-AB	MTUÖ-8 Düşük Uyum (n=79)	MTUÖ-8 Orta Uyum (n=40)	MTUÖ-8 Yüksek Uyum (n=23)	p-değeri
Sağlık Hizmeti (S1-16)	29,17(5,21:46,88)	31,25(17,71:43,33)	31,25(21,88:48,96)	0,005a
Hastalıktan Korunma (S17-31)	26,67(3,75:50)	31,11(14,44:42,86)	28,89(12,22:42,22)	0,034a
Sağlığın İyileştirilmesi (S32-47)	23,95(7,29:50)	29,17(7,78:43,75)	29,17(14,58:42,71)	0,040a
Total (S1-47)	26,95(7,20:48,23)	30,67(15,91:43,33)	29,43(16,31:42,55)	0,009a

SOYA-AB: Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği, MTUÖ-8: Morisky Tedaviye uyum ölçeği-8. Değerler median (minimum:maximum) olarak verildi; a: Kruskal Wallis testi, p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi

Hastaların VAS ve FES ölçümleri ile SOYA-AB ölçek puanları arasındaki ilişki

SOYA-AB PUANI		FES Total	VAS
Sağlık hizmeti (S1-16)	r p	-0.21 0.016	-0.25 0.003
Hastalıktan korunma (S17-31)	r p	-0.16 0.073	-0.24 0.004
Sağlığın iyileştirilmesi (S32-47)	r p	-0.26 0.003	-0.27 0.001
Total SOY indeksi (S1-47)	r p	-0.22 0.012	-0.27 0.001

SOYA-AB: Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği; FES: Fibromiyalji etki sorgulması, VAS: visual analog skala; MTUÖ-8: Morisky Tedaviye uyum ölçeği-8 r: Spearman korelasyon katsayısı, p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi

P-035 Fibromiyalji Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Ebru Kul Baysan[1], Neşe Ölmez Sarıkaya[1], Caner Baysan[2], Murat Aysin[3]

[1]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir
[2]Batman İl Sağlık Müdürlüğü, Batman
[3]Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Fibromiyalji yaygın kas iskelet sistemi ağrısı ile seyreden, sıklıkla yorgunluk, bilişsel bozukluk, psikiyatrik belirtiler, uyku bozuklukları ve somatik semptomların eşlik ettiği kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada fibromiyalji hastalarında depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının değerlendirilmesi, bu durumların varlığı ile yaşam kalitesi ve fibromiyalji şiddeti arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya SB. İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine başvuran, FMS tanısı almış 20-64 yaş arası 60 kadın hasta dahil edildi. Hastalarda sosyo-demografik özellikler, şikâyet ve tanı süresi kaydedildi. Vizüel analog skala (VAS) ile ağrı şiddeti, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile uyku kalitesi, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile depresyon varlığı değerlendirildi. Yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum için SF-36 ile Fibromiyalji Etki Skalası (FEA) sorgulanarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastalarda depresyon, anksiyete ve uyku kalitesi ile yaşam kalitesi ve fibromiyalji şiddeti arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; BDÖ, BAÖ ve PUKI parametreleri ile FEA arasında pozitif korelasyon, SF-36 ile negatif korelasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Depresyon veya anksiyete veya kötü uyku kalitesi olan hastalarda FEA skoru anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$). Depresyon veya anksiyete varlığında SF-36 alt parametreleri ortalama puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Uyku kalitesi kötü olan kişilerde SF-36 parametrelerinin hepsi daha düşük saptanmış olup genel sağlık algısı dışındakiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)

Sonuç: Fibromiyaljide depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının sık görüldüğü ve yaşam kalitesinin tüm parametrelerini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Tedavi stratejisi belirlerken bu değişkenlerin ilişkileri göz önüne alınarak uygun tedavi yaklaşımı izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, depresyon, anksiyete, uyku kalitesi, yaşam kalitesi

P-036 Fibromiyalji Sendromunda Tamamlayıcı Bir Tedavi Yöntemi: Nöral Terapi - Bir Olgu Sunumu

Fatmanur Aybala Koçak, Emine Eda Kurt, Mehmet Okçu

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırşehir

Giriş: Nöral terapi (NT) lokal anestezik maddelerin vücudun belirli noktalarına enjekte edilmesi ile nörovejetatif sinir sistemi üzerinde etki elde edilmesinin amaçlandığı bir tedavi yöntemidir, bir çeşit regülasyon tedavisi olarak kabul edilmektedir. Fibromiyalji sendromu (FMS) ise, kronik yaygın vücut ağrısı, hassasiyet, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi somatik-bilişsel yakınmaların eşlik ettiği kronik bir sendromdur. FMS etiyopatogenezinde nöroendokrin ve nörovejetatif sinir sistemi bozuklukları da suçlanmaktadır. Burada tamamlayıcı tedavi olarak NT uygulanan FMS tanılı bir hasta sunulacaktır.

Olgu: T.G., 36 yaşında bayan, ev hanımı, 4-5 senedir olan özellikle boyun ve sırt bölgesinde olan tüm vücutta yaygın ağrı, halsizlik, uykusuzluk yakınmaları ile başvurdu. Vizuel analog skala (VAS) (0-10) ile değerlendirilen semptom şiddeti 10'du. Hastaya kliniğimizde daha önce FMS tanısı konmuştu ve uygun doz ve sürede çeşitli medikal tedaviler kullanmıştı (duloksetin, pregabalin vs). Özgeçmişinde sezeryan operasyonu öyküsü vardı. Hemogram, rutin biyokimya (demir ve diğer elektrolitler dahil), ferritin, Vitamin B12, folik asit, tiroid fonksiyon testleri, D vitamini, sedimantasyon, CRP normal sınırlarda idi. Nöromuskuloskeletal sistem muayenesinde FMS hassas nokta sayısı 13/18 idi. Eklemlerde hareket açıklıkları tamdı; motor, duyu, refleks kaybı yoktu. NT özellikli yapılan fizik muayenesinde C2 Adler-Langer noktasında hassasiyet vardı. Kipler cilt kaydırma testinde servikotorakal geçişte blokaj vardı. C7 spinöz çıkıntı belirgindi ve üzerinde hafif bir yumuşak doku şişliği vardı. O bölgede hassasiyet vardı. Applied kinezyoloji testinde sezeryan ve BCG aşı skarları bozucu alan olarak bulundu. Panoramik diş grafisi çekildi, diş hekimi ile beraber değerlendirildi. Patoloji saptanmadı. Hastanın tedavisinde serum fizyolojik ile % 0.4 oranında seyreltilmiş lidokain kullanıldı. Haftada iki kez olmak üzere tedavi yapıldı. İlk ve ikinci seanslarda boyun ve sırtta lokal ağrılı ve hassas olan noktalara ve tüm vertebra segmentleri arasına quaddel uygulaması yapıldı. Üçüncü seansta ilk seanstaki uygulamalara ilave olarak bozucu alan tedavisi yapıldı. Göbek, aşı skarı, mastoid ve sezeryana ait cerrahi skarına yönelik subkutan uygulama yapıldı. İntravenöz uygulama planlandı ancak hasta kabul etmedi. Dördüncü, beşinci ve altıncı seanslarda lokal, segmental, cerrahi skar bozucu alan uygulamasına ilave olarak göbek çevresi hopfer tacı enjeksiyonu yapıldı. Hastaya ayrıca tedavi başlangıcında beslenme önerilerinde de bulunuldu, her seansta beslenme açısından geri bildirim alındı. Yedinci seansta hastanın VAS değeri 3'e gerilemişti. Hasta uyku süresi ve kalitesinde düzelme olduğunu bildirdi. Hastanın kliniğinde düzelme olması sebebiyle ganglion enjeksiyonu gibi daha ileri tedavi basamaklarına geçilmedi. Hasta üç hafta sonra kontrole çağrılarak tedaviye ara verildi.

Sonuç: Nöral terapi FMS tedavisinde uygulanabilecek tamamlayıcı bir tedavi yöntemi olabilir. Bu konuda yapılacak randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Enjeksiyon, fibromiyalji sendromu, nöral terapi, tamamlayıcı tıp

P-037 Fibromiyalji Sendromunda Kan Parametreleri Yol Gösterici Olabilir Mi?

Mazlum Serdar Akaltun[1], Özlem Altındağ[2], Neytullah Turan[2], Ali Aydeniz[2], Savaş Gürsoy[2], Ali Gür[2]

[1]Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kahramanmaraş
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS), kronik yaygın ağrı ile karakterize etyolojisi bilinmeyen bir muskuloskeletal bir bozukluktur (1). Kronik ağrının yanı sıra yorgunluk, anksiyete, depresyon, irritabl barsak sendromu, uyku bozukluğu, hafıza problemleri gibi durumlar eşlik edebilmektedir (2). FMS prevalansının %2 olduğu tahmin edilmektedir (3). Son yıllarda hemogram parametrelerinin bazı hastalıkların değerlendirilmesinde önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Nötrofil / lenfosit oranı (NLR), Ortalama Platelet Hacmi (MPV) sistemik inflamatuvar yanıtı belirlemek için prognostik bir belirteç olarak önerilmiş olan birkaç inflamasyon parametresidir. Bu çalışmanın amacı inflamatuar mekanizmaların da rol aldığı FMS'lu hastalarda MPV, PDW, NLR değerlerini araştırmak ve hastalık şiddeti, depresyon gibi klinik parametrelerle ilişki varlığını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Retrospektif olarak yapılan bu çalışmaya Kasım 2017- Mart 2018 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran ve 2010 ACR (American Colleague of Rheumatology) tanı kriterlerine göre FMS tanısı alan 91 hasta ve 33 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm hastaların sosyodemografik verileri sorgulanıp kaydedildi. Hastaların dosyalarından Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH), C-Reaktif Protein (CRP) değerleri kaydedildi. Tam kan sayımından nötrofil, trombosit, lenfosit sayıları, MPV, PDW değerleri kaydedildi. NLR bir hesap makinesi aracılığıyla hesaplanarak hasta dosyasına not edildi. Her iki grup hastaya da hastalık şiddetini gösteren Fibromiyalji Etki Skoru (FES), depresyon düzeyini değerlendirmek amacıyla Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) doldurduldu.

Bulgular: Çalışmaya 91 FMS hastası ve 31 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 116' sı kadın (%93,5) ve 8'i (%6,5) erkekti. Hasta grubunda yaş ortalaması 44,78 ± 11,42 iken, kontrol grubunda 40,21 ± 8,4 idi ($p<0,05$). Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, VKİ (Vücut Kitle İndeksi), egzersiz yapma durumları arasında istastiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p<0,05$). Hasta grubunda NLR daha yüksek bulunmasına rağmen istatiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Hasta grubunda MPV, CRP değerleri anlamlı yüksek bulunurken, PDW değerleri anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,05$).NLR ile HAM-D skorları arasında pozitif yönde bir korelasyon mevcuttu ($p<0,05$, $r=0,242$). CRP değerleri ile FES skorları arasında pozitif yönde bir ilişki vardı ($p<0,05$, $r=0,255$). Diğer kan parametreleri ile FES ve HAM-D skorları arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$).
Her iki grubun yaş ortalamalarının farklı olması nedeniyle yaşa göre düzeltilmiş regresyon modeli sonucuna göre NLR değerleri bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: FMS hastalarında tanıda kullanılabilecek bir marker ya da radyolojik görüntülemenin olmaması tanı koyulmasında çeşitli zorluklar meydana getirmektedir. Biz çalışmamızda NLR, MPV değerlerini yüksek PDW değerlerini düşük bulduk ve NLR değerlerini depresyon ile ilişkili bulduk. Bu markerlar tam kan sayımından kolaylıkla elde edilebilen, ucuz, hızlı, rutinde kullanılabilen parametrelerdir. Bu yüzden FMS hastalarında tanı koymada ve komorbid durumlarda kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: depresyon, fibromiyalji, inflamasyon

P-038 Geç Tanı Alan Ailevi Akdeniz Ateşi ve Poliarteritis Nodoza Birlikteliği Olan Olgu Sunumu

Nurbanu Hindioğlu[1], Meryem Can[2]

[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA), ülkemizde sık görülen hastalıklardan olup bu hastalığın seyrinde IgA Vasküliti ve Poliarteritis Nodoza(PAN) gibi vaskülitlerin görülme sıklığı artmıştır. AAA ile PAN'ın bir arada olduğu hastalarda perirenal hematom önemli bir bulgudur. Burada PAN tanısı ile takip edilen ve AAA'ne sekonder renal amiloidoz gelişen, erken yaşta başlamasına rağmen çok geç tanı alan bir vaka konu edilmektedir.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta 1 aydır devam eden ishal ve bacaklarda şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Bacaklardaki şişliklerin sıklıkla ayak bileğinde ve kızarıklık, ısı artışı, ağrının eşlik ettiği; 20 yıldır, yılda 2 defa olduğu, 3-4 gün sürdüğü ve kendiliğinden gerilediği öğrenildi. Özellikle ayakta kalmakla ve egzersizle arttığını ifade etti. İshalin ise günde 15-20 kez olduğunu, bulantı ve kusmanın olmadığını belirtti. Karın ağrısı sorgulandığında semptomlara eşlik eden karın ağrısı olduğu öğrenildi. Hasta bu şikayetlerle 10 yıl boyunca takip edilmiş fakat herhangi bir tanı koyulmamış. Hastanın yaklaşık 10 yıl önce ani başlayan şiddetli karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurusunda yapılan üriner USG'de sağ böbrekte spontan subkapsüler perirenal hematom saptanması üzerine yapılan abdominal BT anjiografide bilateral böbrekte mikroanevrizma ile uyumlu şüpheli dolumlar izlenmiş. Tansiyon: 260/220 mmHg ölçülmüş. Nötrofilik lökositoz, ESR ve CRP yüksekliği, ANA: (+++), p-ANCA: (-), c-ANCA: (-) ve anti-dsDNA: (-) bulunmuş. Mevcut klinik ve tetkik sonuçlarıyla hastaya PAN tanısı koyulmuş; intravenöz Siklofosfamid 1000 mg ve steroid tedavisi başlanmış. Siklofosfamid; 7 ay boyunca ayda bir 1000mg ve takip eden 3 yıl boyunca 2-3 ay aralıklarla verilmiş. Steroid azaltılarak kesilmiş. Dispne nedeniyle yapılan ekokardiyografide non-obstrüktif tipte hipertrofik kardiyomiyopati; koroner anjiografide insidental bilateral renal arterlerde mikroanevrizmalar gözlenmiş. Fizik muayenede (++) gode bırakan pretibial ödem ve artmış bağırsak sesleri bulundu. Nötrofilik lökositoz, ESR:80, CRP:35, anti-transglutaminaz: (-) bulundu. İdrar tetkiklerinde proteinüri: (+++) ve 2gr/gün saptandı. Hastada karın ağrısının eşlik ettiği tekrarlayan artrit kliniği AAA olarak değerlendirildi. İshal değerlendirilmesi için yapılan kolonoskopide özellik bulunmadı, proteinüri nedeniyle rektal biyopsi alındı. Rektal biyopsi; kristal viole: (++), kongo red: (++) ve amiloidoz ile uyumlu olarak sonuçlandı. M694V heterozigot mutasyonu saptandı. Kolşisin 0,5 mg 2x1/gün ve AAA+amiloidoz nedeniyle ayda bir intravenöz Tocilizumab başlandı. Altı ay sonra poliklinik kontrolünde değerlendirilen hastanın asemptomatik olduğu öğrenildi; ESR:20, CRP: 0,4 ve proteinüri: 0,5 gr/gün bulundu.

Tartışma: AAA ile birlikte görülen PAN vakaları daha erken yaşlarda başlamakta olup perirenal hematom sıklığında artış mevcuttur, miyalji daha şiddetlidir ve prognoz daha iyi seyirlidir. Subkapsüler perirenal hematomun olduğu PAN hastalarında AAA sorgulanmalıdır. AAA'e bağlı amiloidoz gelişimi için en önemli risk faktörü kontrolsüz hastalık aktivitesidir. Kolşisine dirençli AAA'ne sekonder amiloidoz tedavisinde tocilizumab önerilen tedavi seçeneklerindendir.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, poliarteritis nodoza, amiloidoz

P-039 TRAPS ve Ankilozan Spondilit Birlikteliği: Olgu Sunumu

Sedat Öztürk, Murat Toprak, Levent Ediz, Burak Yılmaz, Mustafa Toprak

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: TRAPS (Tümör Nekrozis Faktör Reseptör İlişkili Periyodik Sendrom), FMF den sonra en sık görülen Herediter periyodik ateş sendromudur. Mutasyon genellikle 12. kromozomun kısa kolunda yer alan TNFr1A geninde görülmektedir. Klinik FMF den farklı olarak 1 haftadan uzun süren ateşli karın ağrısı atakları, şiddetli miyalji, döküntü, göz bulguları (periorbital ödem, konjonktivit) şeklindedir. Ankilozan spondilit sakroiliak eklem, omurga ve periferik eklemlerin tutulumu ile karakterize, kronik inflamatuvar bir hastalıktır.Biz bu sunumda TRAPS ile AS birlikteliğinden bahsetmek istedik.

Olgu: 34 yaşında kadın hasta, TRAPS nedeniyle dış merkezden takipli,hasta yaklaşık 7 yıl FMF ile takip edilmiş, daha sonra karın ağrılarının yaklaşık 10 gün sürmesi, vücutta kollarda ve bacaklarda şiddetli kas ağrıları ve atak sırasında gözlerde kızarıklık, göz çevresinde şişme olması üzerine hastaya TRAPS tanısı konmuş. Yapılan genetik tetkikte TNFRSF1a geninde mutasyon saptanarak tanı teyit edildi. Hastaya tedavi olarak kolşisin 2x2 ve deltakortil 5 mg verildi. Yılda 6-7 defa olan karın ağrısı atakları yılda 2 ye düştü. Hasta polikliniğimize uzun süredir olan ve son 3 aydır artan bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Daha önceden lomber disk hernisi nedeniyle medikal tedavi ve fizik tedavi almış fakat faydası olmamış. Hastanın bel ağrısı sürekli olmakla birlikte geceleri daha fazla idi. Sabah tutkluğu 1 saat kadar sürüyordu. Her iki topuğunda sabahları yere basmakla ağrısı vardı. Üveit, sedef, inflamatuvar barsak hastalığı yoktu. Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi yoktu. Fizik muayenede servikal ve lomber EHA lar hafif kısıtlı, Faber +/+, Fadır +/+, Modifiye Schober:6cm, BASDAI:6.4, BASMI:3 idi.Hastadan bu şikayetleri üzerine aksiyel spondiloartropati ön tanısıyla hemogram, sedimantasyon, crp, salmonella, sakroilak mr istendi. Bucella, salmonella negatif, ppd 4 mm idi. Sakroiliak mr da bilateral sakroileit vardı. Hastanın Hla b27 tetkiki pozitif geldi. Hastaya ankilozan spondilit tanısı kondu.Hastanın TRAPS sendromu olması ve nsaii rağmen bel ağrıları olması üzerine etanercept başlandı.Etanercept ile bel ve topuk ağrısı şikayetleri tamamen geçti, 6.4 olan basdai skoru 3 ay sonunda 2.1 e geriledi. Akut faz proteinleri normale döndü. Hasta 2 yıldır etanercept tedavisi altında toplamda 3 defa ateşli karın ağrısı ve miyalji atağı geçirdi. Atakları yaklaşık 2 gün sürdü.

Sonuç: Literatürde FMF ve AS birlikteliğini gösteren vakalar mevcut iken, TRAPS ve AS birlikteliğini gösteren vaka gözlemleyemedik.Biz bu olguda TRAPS sendromlu hastalarda bel ağrısının spondiloartropati kaynaklı olabileceğini ve bu açıdan araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: TRAPS, ankilozan spondilit, FMF

P-040 Erişkin Yaşta Semptomatik Olan Peryodik Ateş Olgusu: TRAPS

Ali Nail Demir, Ayça Ayşe Aytekin, İlhan Sezer, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Ailesel hibernian ateş olarak da bilinen TNF-reseptörü ile ilişkili periyodik sendrom (TRAPS) nadir görülen, herediter multisistemik otoinflamatuar bir hastalıktır. Otozomal dominant geçişli olup sporadik olgular da bildirilmiştir. Ana bozukluk interlökin-1 yolağı ile ilgilidir. Bu sendromun genetik temeli, TNF p55 reseptörünü kodlayan gendeki bir mutasyona dayanır. TRAPS, 12. kromozomun kısa kolunda bulunan ve tip I TNF reseptörünün kodlanmasından sorumlu TNFRSF1A geninin mutasyonu sonucu ortaya çıkar. Klinik olarak tekrarlayan ateş, poliserözit, artrite ek olarak konjunktivit, periorbital ödem, fokal migratuar miyalji, monositik fasiit ve tipik olarak distale doğru yayılım gösteren tek ya da çok sayıda eritematöz raş ile karakterizedir. Hastalık sıklıkla çocukluk çağında başlar. Olguların yaklaşık %10 kadarı 30 yaş sonrası görülebilmektedir. Tedavi edilmemiş olgularda amiloidoz riski %20 sıklıktadır. Burada erişkin yaşta semptom veren sporadik rastlanılan bir TRAPS olgusu sunarak geç başlangıçlı otoinflamatuar hastalıklarda tanı ve tedavi farkındalığını arttırmayı amaçladık.

Olgu: 27 yaşında kadın hasta; yaklaşık 5 yıldır yaklaşık 1 hafta süren ateş, karın ağrısı, bulantının eşlik ettiği tekrarlayan periorbital ödem ve özellikle ön kolda daha fazla olmak üzere yaygın miyalji ve raş atakları şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Otoinflamatuar hastalıklar açısından aile öyküsü mevcut değildi. Hastaya dış merkezde ailevi akdeniz ateşi düşünülerek kolşisin 0.5 mg 3x1 başlanmıştı. Kolşisin tedavisine rağmen sık atakları olan hastaya kollarda yer değiştiren ödem ve hassasiyet şikayeti nedeniyle dış merkezde myozit ön tanısı ile pronator kuadratus kasından biyopsi yapılmıştı. Biyopsi sonucunda miyozit ile uyumlu bulgular saptanmamış, fasiit olarak değerlendirilmişti. Daha önceki total kreatin kinaz, AST, LDH ve miyoglobin değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın laboratuar incelemesinde lökosit 12.960/mm3, nötrofil 8.300 /mm3, sedimentasyon 22 mm/s, CRP 1,7 mg/L, serum amiloid A 5,14 mg/dL, fibrinojen 335,1 mg/dL idi. Tam idrar tetkikinde protein eser miktarda, spot idrar protein/keratinin değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın total kreatin kinaz değeri 34 U/L, AST 20 U/L, ALT 14 U/L idi. Üst batın ultrasonografisinde hepatosplenomegali saptandı. Fizik muayenede üst ve alt ekstremite kas tamdı. Nörolojik defisiti mevcut değildi. Fasiit nedeni ile ön koldan belirgin hassasiyeti mevcuttu. Hastaya atak döneminde metilprednizolon başlandı. Atak sıklığında ve şiddetinde azalma oldu. Bu sırada daha önce istenmiş olan FMF gen analizi normal saptandı. TRAPS açısından TNFRSF1A gen dizi analizi istendi. Bu süreçte metilprednizolon tedavisine 16 mg/gün şeklinde devam edildi. TNFRSF1A gen analizi sonucu ekson 2 bölgesi heterozigot mutasyonu pozitif gelen hastaya anti tnf tedavi hazırlığı yapıldı. Etanercept 50 mg/hafta tedavisi planlandı.

Sonuç: TRAPS otozomal dominant geçişli otoinflamatuar bir hastalıktır. Ailesel akdeniz ateşinden farklı olarak kolşisin tedavisine dirençli olup ataklar daha uzun süreli olmaya eğilimlidir. Genelikle 1-3 hafta sürer. Başlangıç yaşı genellikle çocukluk çağındadır. Fakat semptomların başlangıcı orta erişkinliğe kadar gecikebilir. Ataklara genellikle gezici olan miyaljiler eşlik eder. Maküler deri döküntüleri ve plaklar sıktır. Konjunktivit ve periorbital ödem gibi göz bulguları TRAPS'ı diğer otoinflamatuvar sendromlardan ayırt etmeye yardımcıdır. Tekrarlayan ateşle gelen yetişkinlerde ailevi akdeniz ateşi dışında alternatif tanı olarak TRAPS akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Otoinflamatuar hastalık, TRAPS, periorbital ödem

P-041 Ailevi Akdeniz Ateşi ve Romatoid Artrit Birlikteliği

Burak Yılmaz, Murat Toprak, Levent Ediz, Sedat Öztürk, Mustafa Toprak, Mazlum Çetin

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), tekrarlayan ve kendi kendini sınırlayan ateş, peritonit, plörit ve artrit atakları ile karakterize otozomal resesif polisistemik bir hastalıktır. Artrit atakları, FMF vakalarının % 50 ile 70'inde mevcuttur ve yaygın olarak kalça, diz gibi alt ekstremite eklemlerini etkileyen erozif olmayan ve deformasyon bırakmayan akut monoartrit olarak ortaya çıkarlar. Romatoid Artrit (RA) poliartiküler tipte el ve ayak bileği eklemlerini simetrik etkileyen ve deformitelere neden olan eroziv, kronik, enflamatuar bir hastalıktır.RA hastaların % 75'inde sinsice başlarken, başlangıçta yaklaşık % 25'inde akut veya subakuttur.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta polikliniğimize yaklaşık 6 aydır devam eden her iki radyokarpal, metakarpofalengeal (MKF) ve proksimal interfalengeal (PIF) eklemlerde ağrı,şişlik,sıcaklık ve 1 saat süren her iki elde sabah sertliği şikayeti ile başvurdu.3 yıldır da devam eden ataklar halinde 1 günden uzun süren karın ağrısı ve karın ağrısına eşlik eden ateş şikayeti mevcuttu.Aile öyküsünde ablası ve abisinin FMF hastası olduğunu bilidirdi.Hastanın sistemik muayenesi normaldi.Yapılan kas iskelet sistemi muayenesinde her iki el bileklerinde,tüm MKF ve PIF eklemlerinde hassasiyet ve sıcaklık tespit edildi.El,el bileği antero-posterior radyografilerinde tüm PIF eklemlerinde periartiküler osteopeni ve eklem alanı daralması tespit edildi.Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 73 mm/saat, C reaktif potein (CRP) 28mg/L, romatoid faktör 312 IU/ml, anti-CCP 300 U/ml (siklik sitrüline peptid) pozitif olarak saptandı.Hastanın bakılan genetik analizinde MEFV geninde M694V homozigot mutasyon tespit edildi.Hastaya RA ve FMF tanısı konuldu ve takiben, oral metotreksat 15 mg/hafta, prednizolon 10 mg/gün ve FMF için 1.5 mg/gün kolşisin ile tedaviye başlandı.Hasta, hastalığı ve düzenli kontrole gelmesi açısından bilgilendirildi.İki ay sonraki kontrolünde ESR: 16 mm/saat ve CRP:3 mg/L olarak normal sınırlar içindeydi,eklemlerdeki artrit semptomları geriledi ve karın ağrılarının geçtiği görüldü.

Sonuç: FMF'in RA ile birlikteliği daha önce yayınlanmamasına rağmen juvenil idiopatik artrit ile birlikteliği gösterilmiştir. RA hastaları ile ilgili başka bir çalışmada, aktif hastalık döneminde RA ve FMF hastalarında serum interlökin-2 reseptör konsantrasyonlarının anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir. Bu iki hastalığın etiyopatogenezi ile ilgili başka bir çalışmada, sinovyal sıvıdaki anjiyogenez ve nötrofil kemotaksisinden sorumlu ELR (+) CXC kemokinleri ve IL-8 konsantrasyonları incelenmiştir. Bu kemokinler arasında, epitel nötrofil aktive edici protein-78 (ENA-78) ve interlökin-8 (IL-8) konsantrasyonları, RA hastalarında özellikle yüksek iken, RA ve FMF arasında granülosit kemotaktik protein-2 (GCP-2) konsantrasyonları açısından anlamlı bir fark yoktu.Bu çalışmalar kemokinlerin ve sitokinlerin her iki hastalığın etyopatogenezinde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.Bizim olgumuzda RA'nın eklem tutulumuna benzer şekilde el eklemlerini simetrik olarak etkileyen poliartiküler tipte küçük eklem tutulumu vardı. Ayırıcı tanıda RA'yı dışlamak için yapılan laboratuvar muayenesinde RF ve anti-CCP pozitifliği saptandı.Ayrıca bizim olgumuzda 3 yıldır karın ağrısı ve ateş yakınması vardı. RA hastalarında M694V gen mutasyonu genellikle heterozigot olmasına rağmen, olgumuzda homozigot idi.Literatürde, FMF'nin Sjögren sendromu, seronegatif spondiloartropati, Behçet hastalığı ve jüvenil idiyopatik artrit gibi romatolojik hastalıklarla birlikte bulunup bulunmadığı rapor edilmiştir. Sonuç olarak, FMF sırasında poliartiküler tip eklem tutulumu varlığında ayırıcı tanıda RA düşünülmeli ve erken tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, FMF, romatoid artrit

P-042 Ailevi Akdeniz Ateşi Tanılı Olguda Anakinra Kullanımı Sonrası Yeni Başlangıçlı Psöriazis

Jülide Öncü Alptekin[1], Banu Kuran[1], Selda Çiftçi[1], Merve Günerli[1], Kerem Alptekin[2]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Amaç: Anakinra, insan rekombinan IL-1 reseptör antagonisti olup, romatoid artrit başta olmak üzere, Still Hastalığı ve kristal artropatilerde tedavide kullanılan bir IL-1 sinyal yolu blokeridir (1). Ciddi yan etkisi bulunmamaktadır, en sık olarak enjeksiyon yeri reaksiyonu bildirilmiştir (1). Son yıllarda, Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tanılı olgularda, özellikle klasik tedavilere dirençli vakalarda tercih edilmektedir (2). Bu olgu ile, Anakinra kullanımı sonrası çok nadir bir yan etki olarak ortaya çıkan psöriazis vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu: 35 yaşında erkek hasta, hastanemiz fizik tedavi-romatoloji polikliniğinde yaklaşık 5 yıldır Ailevi Akdeniz Ateşi tanısı ile takip edilmektedir. İlk 3 yıl günde 1,5 gr colchicum dispert kullanan hasta klinik olarak stabl seyirdeyken, son dönemlerde giderek artan eklem ağrısı, halsizlik ve ateş yakınmaları ortaya çıkmıştır. Hasta, şiddetlenen ve ayda en az iki kez tekrarlayan AAA atakları nedeniyle hastanemiz acil servisine başvuru yapmaya başlamıştı. Laboratuar tetkiklerinde, akut faz yanıtları 3 kat artmış (Sedim= 96 mm/saat,CRP:15,1 gr/dl) olup, 24 saatlik idrarda mikroprotein negatif bulunmuştur. Hastanın kliniği ve laboratuar testleri ve mevcut tedavinin yetersizliği de göz önüne alınarak, colchicum dispert kesilip, Anakinra 100 mg/gün s.c. başlandı. Hasta ilacı ilk kullandığı yıl, atak sayısında ciddi azalma ile birlikte diğer yakınmalarının da ortadan kaybolduğu gözlemlendi. Ancak tedavinin ikinci yıldayken yapılan kontrolde, dirseklerde, ellerde metakarpofalangial eklemlerin dorsal yüzeyinde üstü beyaz pullu hafif eritematöz, cilt plakları ile başvurdu. Dermatoloji ile konsülte edildi, psöriazis tanısı konuldu. Topikal steroid ve vitamin D tedavisi ile plaklar ortadan kayboldu. Öyküde daha önce hiç psöriazis bulunmayan hastanın soy geçmişinde de psöriazis bulunmamaktaydı.

Sonuç: AAA otozomal dominant bir hastalık olup, sıklıkla colchicum dispert tedavisine yanıt vermektedir. Ancak, %5-10 olguda ise yanıtsızlık mevcuttur(3). Bu tür dirençli olgularda, başka tedavi seçeneği de olmadığı için, Anakinra giderek kullanımı artan bir tedavi seçeneğidir. Literatürde AAA'de özellikle ataklar sırasında kullanıldığında etkisinin oldukça iyi olduğu bildirilmektedir (3). Anakinra genellikle yan etki profili düşük bir ilaç olarak tanımlanmıştır. Psöriazis, genellikle anti-TNF kullanımı sonrası daha çok bildirilmiştir. Bugüne kadar, Anakinra sonrası psöriazis bildirilen literatürde bir veya iki olgu mevcuttur (4,5). Psöriazis tedavisinde de etkili olduğu bildirilmesine karşın, paradoksal olarak çok nadir olgularda yeni başlangıçlı psöriazise neden olabileceği bildirilmiştir(4,5). Özellikle colchicum dispert dirençli olgularda Anakinra iyi bir tedavi seçeneği olmasına rağmen, nadiren psöriazsie neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Referanslar:

1.M Mertens, JA Singh.Anakinra for rheumatoid arthritis: a systematic review - The Journal of rheumatology, 2009
2.AA Fitzgerald, SA LeClercq, A Yan.Rapid responses to anakinra in patients with refractory adult-onset Still's disease… - Arthritis & …, 2005
3.I Mitroulis, VP Papadopoulos, T Konstantinidis, K Ritis. Anakinra suppresses familial Mediterranean fever crises in a colchicine-resistant patient- Neth J Med, 2008
4.MA González-López-onset psoriasis following treatment with the interleukin-1 receptor antagonist anakinra- British Journal of Dermatology, 2008 - Wiley Online Library
5.CRS Matthews, O FitzGerald.Development of new-onset psoriasis while on anti-TNFa treatment - Annals of the rheumatic diseases, 2006

Anahtar Kelimeler: Ailevi akdeniz ateşi, anakinra, psöriazis

P-043 Ailesel Akdeniz Ateşi ve Antifosfolipid Antikor Sendromu Birlikteliği Gösteren Olgu

Sevcan Uğur[1], Cahit Kaçar[2]

[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Balıkesir
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA); ateşin eşlik ettiği, seröz zarların ağrılı, enflamasyon atakları ile karakterize bir hastalıktır. Antifosfolipid antikor sendromu (AFAS), lupus antikoagülan ve/veya antikardiyolipin antikorlar gibi antifosfolipid antikorların arter ya da ven trombozu, gebelik morbiditesi, trombositopeni ya da nörolojik bozukluklarla birlikte gözlenmesi olarak tanımlanır. AFAS primer olabileceği gibi farklı hastalıklara eşlik edebilir. Biz bu raporda AAA ve AFAS birlikteliği gösteren olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: AAA tanısı ile takip edilmiş 40 yaşında kadın hasta romatoloji polikliniğimize kontrol amaçlı başvurdu. Şikayetleri 22 yaşında ayda 1 defa tekrarlayan, 3-4 gün süren karın ağrısı ile başlamıştı. Karın ağrısına ateş yüksekliği eşlik ediyordu. Genetik incelemesinde E148Q/M694V heterozigot pozitifti. Hasta iki yıl önce AAA tanısı almıştı. Kolşisin 2x1 kullanıyordu. Kolşisin tedavisinden sonra karın ağrısı ataklarının sıklığı ve şiddeti azalmıştı. Hastanın detaylı romatolojik öyküsünün alındığı sırada 1 defa 31. haftada morfolojik olarak normal olan preterm doğum öyküsünün olduğu öğrenildi. Malar raş, alopesi, oral ülser, ağız kuruluğu ve göz kuruluğu öyküsü yoktu. El ve dirsek eklemlerinde ağrı şikayeti vardı. Laboratuvar incelemesinde; Anti nükleer antikor pozitif ve granüler patern gösteriyordu. Lupus antikoagülan testi 12 hafta arayla iki defa pozitifti. Anti kardiyolipin IgG ve IgM, anti β2 glikoprotein IgG ve IgM negatifti. Kompleman seviyeleri normal, direkt coombs testi, ENA profili negatifti. Tam idrar tetkiki normaldi. Hasta AAA ve AFAS birlikteliği olarak değerlendirildi. Tedavisi Kolşisin 2x1, hidroksiklorokin 200 mg 1x1/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün olarak düzenlendi.

Sonuç: Bizim olgumuz da ANA pozitifliğinin ve artraljinin olması nedeniyle ayırıcı tanıda SLE yer alabilirdi. Ancak SLE için yeterli sınıflandırma kriterlerini karşılamıyordu. Diğer kollajenözlere uyan klinik ve laboratuvar özellikler saptanmadı. Bizim olgumuz AFAS ve AAA için sınıflandırma kriterleri karşılıyordu. Bu olgu sunumunda nadir görülen bu birlikteliğe dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, E148Q/M694V, antifosfolipid antikor sendromu

P-044 Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalarının Aile Bireylerindeki Gen Mutasyonları ve Hastalardaki Gen Mutasyonları İlişkisinin Araştırılması

Arş. Gör. Dr. Emir Faruk Tekeoğlu, Prof. Dr. Celalettin Koşan

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Erzurum

Ailesel Akdeniz Ateşi(AAA) tekrarlayıcı vasıfta, karın ağrısı, ateş, eklem ağrıları ile seyreden, vücuttaki seröz zarları tutan(plevra, periton, sinovya) otoinflamatuar karakterli bir hastalıktır. Otozomal resesif kalıtılır. Belirli etnik kökenli toplumlarda daha sık görülür. Toplumumuz da, bu sık görülen toplumlar arasındadır.
AAA hastalığı çeşitli fenotiplere ayrılmıştır. Genotip- fenotip korelasyonu tam anlaşılamamıştır. Bilindiği kadarıyla bazı genotipler(M694V homozigot)'de hastalığın daha agresif seyrettiği bilinmekte(amiloidoza kadar gidebilen), bazılarında ise(E148Q taşıyıcılığı gibi) klinik AAA gözlenmeyebilmektedir. Klasik olarak üç fenotipte incelenen AAA'de, tip 2 fenotipin, ilk klinik bulgusu AA tipi amiloidozdur. Bu açıdan fenotip 3'ün fenotip 2'ye dönüşebildiği bilindiğinden dikkatli olunmalıdır. Fenotip 3 ise homozigot yahut birleşik heterozigot mutasyonlu fakat semptom vermemiş bireyler olarak tanımlanmaktadır. Fenotip 3 prevelansı ise toplumumuzda bilinmemektedir.
Atipik vakaların klinik tanısını koymada ve fenotip belirlemede gen analizi bize yol gösterici olmaktadır. Çalışmamızdaki amaç, AAA genetik analizi çalışılarak, vaka ve kontrol grupları arasındaki mutasyon sıklığını kıyaslayarak MEFV geninin birinci derece akrabalar arasındaki geçişini ortaya koymaktır.Elde ettiğimiz veriler ileride yapılacak başka çalışmalara kaynak olabilecektir.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı Kliniğinde AAA tanısıyla takip edilen hastalar ve ebeveynlerinde toplam 184 kişilik bir vaka grubu oluşturuldu. Bu hastaların birinci derece akrabalarında; anne, baba ve kardeşlerinde AAA mutasyon çalışmaları ve hastalarda mutasyon karşılaştırılması yapıldı. Kontrol grubu olarak; AAA tanısı almamış ebeveyn ve çocuklarda toplam 96 kişide AAA mutasyonları araştırılıp, hasta popülasyonu ile mukayese yapıldı. Çalışmamızda vaka grubunun çocuklarında MEFV mutasyonu taşıyıcılık oranı %91,9 olarak bulundu. Vaka grubunun kardeşlerinde ise taşıyıcılık oranı %83,7 ve vaka grubunun ebeveynlerinde ise bu oran %82,7 bulundu. AAA'lı bireyin birinci derece akrabalarındaki oranın yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise MEFV mutasyonu taşıyıcılık oranları sırasıyla; kontrol grubunun çocuklarında %30, kontrol grubu kardeşlerinde %16,6, kontrol grubu ebeveynlerinde ise %30 olduğu görüldü. Yakın zamanda yapılan Erzurum ili ve çevresinde sağlıklı adölesanlarda bu oran 1/3,6(%27,7) olduğu bizim çalışmamızla benzer taşıyıcılık oranları olduğu görülmekteydi.
Fenotip 3 ise vaka grubunun kardeş ve ebeveynlerinde %8 oranında bulundu. Bu oran oldukça yüksek olması önem arzetmekteydi. Çünkü fenotip 3 olan bireylerin ileride fenotip 2 olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu nedenle birinci derece akrabasında AAA hastalığı olan bireylerde genetik mutasyon analizinin önemi ortaya konulmuştur.
Toplamda çalışmamıza katılan 280 bireyin MEFV gen analizine bakıldığında mutasyon tespit edilen 185 birey olduğu görülmektedir (%66,0). Kontrol grubunda bu sayı 28 (%29,1) ile sınırlı iken, vaka grubunda 157 (%85,3) olduğu görüldü. Vaka grubunda 8 kontrol grubunda 5 farklı mutasyon tespit edilmiştir. Her iki grupta da en yüksek gözlenen MEFV mutasyonu M694V idi. Mutasyon varlığının cinsiyetlere göre fark göstermediği de gözlenmiştir.AAA' lı çocukların ebeveynlerinde ve kardeşlerde MEFV mutasyon görülme sıklığı topluma göre oldukça fazladır. Yalnızca bir üyesinin AAA tip 1(Fenotip 1) olduğu ailelerde, klinik bulgu vermeyen tip 3 AAA(Fenotip 3) saptanması için, rutin klinik değerlendirme ve kardeşlerin genetik taraması zorunlu kılınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, ebeveyn, fenotipler, kardeş, MEFV gen mutasyonu

P-045 Çocuk Yaş Grubu Hastada Nadir Görülen Spondilodiskit Olgu Sunumu

Zeynep Karakuzu Güngör, Emine Eda Kurt, Fatmanur Aybala Koçak, Mehmet Okçu

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Vertebral disk ve komşu vertebra gövdelerinin eş zamanlı enfeksiyonu olan spondilodiskit (SD), hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan, spinal deformasyonlara ve segmental instabilitelere neden olabilen hatta ölüme yol açabilen çok ağır bir hastalıktır. Öncelikle yetişkinleri ve yaşlıları etkileyen bir hastalık olarak bilinir ve insidansı sırasıyla 100.000'de 2.4 ve 6.5'tür. Buna karşın, çocuklarda görülme sıklığı 100,000'de 0,3'ten fazla değildir. Bu nedenle,yetişkinlerin bir hastalığı olarak bilinir ve görülme sıklığı, kronik hastalıkları olan hastaların yaşam sürelerinin artması nedeniyle arttığı varsayılmaktadır. SD'ye özgü olmayan bulgular ve küçük çocukların ağrı şikayetlerini dile getirememesi, yaşam boyu sakatlığa yol açabilecek olan tanıdaki gecikmeye neden olacak faktörlerdir. Bu vakadaki amacımız, çocukluk çağında (12 yaş) nadir görülen bir olgu olan spondilodiskit vakasını güncel literatür eşilğinde açıklamaktır.

Olgu: 12 yaş kız çocuk hasta 3 ay önce başlayan subfebril ateş,gece terlemesi, bel ağrısı ve yürümede güçlük şikayetiyle kliniğimize başvurdu.Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde kilo ve boy normal persentil aralığındaydı. Hastanın vücut ısısı 37 dereceydi. Hastanın lomber bölge muayenesi ağrıya sekonder olarak objektif olarak değerlendirilemedi.Hastadan alınan kan tetkiklerinde lökosit 9800, sedimantasyon 28 mm/H,CRP 1,16mg/dL,Akciğer grafisi,serolojik testler, kültürler ve PPD negatifti. Hastanın lomber MR'ında,L4-5 irvertebral disk mesafesi belirgin daralmış görünümdedir. L4 vertebra orta –alt,L5 vertebra orta üst kesiminde T1A seride hipointens T2A seride hiperintens izlenen ödemle uyumlu sinyal değişiklikleri mevcuttur.L4-L5 vertebra düzeyinde spondilodiskit ile uyumlu görünüm şeklindeydi. Hastanın boyu 142 cm, 38 kg ağırlığında,kardiyak nabız 80 /dakika,solunum sayısı 16/ dakika,kan basıncı 90/60 idi.Hasta enfeksiyon hastalıkları ve beyin cerrahiye konsulte edilerek 28 gün oral antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavi sonrası kontrolde hastanın ağrılarının gerilediği gece semptomlarının azaldığı saptandı.

Sonuç: Çocuklarda spondilodiskit sıklıkla yetişkinlerde olduğundan daha az morbidite ile ilişkilidir. En sık bel bölgesinde ve beş yaşından küçük çocuklarda görülür. Klinik olarak yürüme güçlüğü, bel hareketlerinde kısıtlılık, lomber lordoz kaybı,sırt ağrısı,bacak,karın,kalça ve bacaklarda irritabilite ve topallama ile kendini gösterebilir. Uzun vadeli etkilerinin bilinmemesi ve düşük oranda kültür pozitifliği olması nedeniyle küçük çocuklarda hem açık hem de iğne disk biyopsisi önerilmemektedir. Disk biyopsilerinin bu yaş grubunda antibiyotik seçiminde en az etkiye sahip olduğunu ve MRG'de tanı konduğunda gerekli olmadıklarını savunmaktadırlar. Disk biyopsisinin, intravenöz antibiyotiklere yanıt vermeyen veya immün sistemi baskılanmış hastalar için yapılması gerektiği öne sürülmektedir. Sonuç olarak bel ağrısı yakınmalarıyla başvuran çocuk olgularda klinik bulgular iyice değerlendirilmeli laboratuar bulguları ile desteklenmeli vertebral osteomiyelit,spondilodiskit ayırıcı tanısı yapılmalı ve spondilodiskit tanısı konan hastaların tedavi yanıtın oldukça başarılı olduğu akıldan çıkarılmamalıdır

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, çocuk, bel ağrısı

P-046 Seasonal variation in the Internet Searches for Gout

Sinan Kardeş

Medical Ecology and Hydroclimatology, Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

Objective: While few studies with various types of outcomes and methodology have investigated the seasonality of gout, no internet data has been used in any study. This novel methodology may complement and extend the previous traditional data sources and has increasingly been used in investigating the seasonality of health conditions. Therefore, the objective of this study was to utilize the Google Trends data to test whether there is a seasonal variation in the internet searches for gout on a population basis.

Materials-Methods: In this observational ecological study, the Google Trends was searched for the gout within the USA, the UK, Canada, Ireland, Australia, and New Zealand from January 01, 2004, to December 31, 2017, utilizing the health category.

Results: The cosinor analyses revealed a statistically significant seasonal variation in relative search volume of the gout in the USA, the UK ($p < 0.001$), Canada ($p < 0.001$), Ireland ($p < 0.001$), Australia ($p < 0.001$), and New Zealand ($p < 0.001$), with a peak in the late spring/early summer months and trough in the late fall/early winter months. The peaks in late spring/early summer and troughs in late fall/early winter were out of phase by 6 months in the northern compared to the southern hemisphere countries.

Conclusion: Another line of evidence from internet search query data showed a seasonal variation in gout, with a peak in the late spring/early summer months. Further studies aimed at elucidating the possible mechanisms behind seasonality in gout are needed.

Keywords: Google trends, gout, gouty arthritis, seasonality

P-047 Gut Hastalığının Nadir Bir Belirtisi: Aşil Tendinopatisi: Ultrasonografik Değerlendirme

Cevriye Mülkoğlu, Barış Nacır, Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Giriş: Gut, monosodyum ürat (MSÜ) kristallerinin eklemlerde birikmesi ile karakterize romatolojik bir hastalıktır. En sık ayak 1. MTF eklem monoartriti görülür. Gut hastalığının ileri dönemlerinde tofüs agregatları yumuşak doku deformitelerine sebep olabilir. MSÜ sadece eklemlerde değil tendonlarda, ligamanlarda da birikebilir ve tendinopati semptomlarına yol açabilir. Biz burada sağ topuk arkasında ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvuran bir hastada ultrasonografi ile aşil tendonu üzerinde subkutan yerleşimli tofatöz gut tespit edip paylaştık.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta sağ topukta ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Bu şikayeti 6 aydır mevcuttu. Anamnezinde 3 yıldır gut hastalığı olduğu öğrenildi. 2015' te ilk atağı, sol ayak başparmağında şişlik şeklinde olmuş. O dönemde gittiği Romatoloji doktoru tarafından Allopürinol tablet 300 mg/gün başlanmış ve hastamız 1 yıl boyunca bu ilacı kullanıp kesmiş. Şu an hastanın düzenli olarak kullandığı herhangi bir ilaç yoktu. En son atağını 1 yıl önce geçiren hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ aşil tendonu üzerinde hafif şişlik gözlendi. Palpasyonla aynı bölgede hassasiyet saptandı. Periferik artrit bulgusu olmayan hastanın yapılan biyokimyasal tetkiklerinde kan ürik asit düzeyi 10.4 mg/dL, CRP ise 3.4 mg/L idi. Bunun üzerine kliniğimizde bulunan ultrasonografi cihazı ile hastayı değerlendirdik. Sağ aşil tendonu üstünde subkutan yerleşimli hiperekoik, çift kontur görünümde kristaller tespit edildi. Hastaya 300 mg/gün ürikoliz tablet başlanarak takibe alındı. 1 ay sonraki kontrolde hastanın sağ topuktaki ağrı ve hassasiyetinin % 90 oranında azaldığı saptandı.

Tartışma: Gut, hiperürisemi ve artrit atakları ile seyreden kristal artropatiler grubundan metabolik bir hastalıktır. Kandaki ürik asit seviyesinin erkeklerde 7 mg/dl, kadınlarda ise 6 mg/dl'nin üzerinde olması hiperürisemidir. Akut gut atağında vakaların % 10'unda serum ürik asit seviyeleri normaldir. Gut sıklıkla 1. MTF eklem olmak üzere tarsal kemikler, ayak bileği, diz ve elin küçük eklemlerinde akut monoartrit veya romatoid artrit benzeri poliartiküler tutulum yapabilir. Tofatöz gut vakalarında tendon patolojileri yaygındır. İntratendinöz veya peritendinöz kristal birikimi olabilir. Gut hastalığında en sık alt ekstremite tendonları, özellikle aşil tendonu etkilenir. Tendinopatik lezyonlar ultrasonografi ile kolaylıkla tespit edilebilir.
Sonuç olarak, özellikle alt ekstremite tendinopati bulguları ile prezente olan hastalarda gut hastalığı mutlaka sorgulanmalı ve gerekli klinik ve radyografik değerlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gut, aşil tendinopatisi, ultrasonografi

P-048 Periferik Spondiloartrite Eşlik Eden Kalsiyum Pirofosfat Kristal Depo Hastalığı: Olgu Sunumu

Dilara Okutan Kuzu, Hande Öğün, Deniz Palamar Kadıoğlu, Kenan Akgün

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kalsiyum pirofosfat dehidrat kristal depolanma hastalığı (CPPD) sıklıkla ileri yaşta görülür ve kristallerin eklem içinde veya çevresindeki yapılarda birikmesiyle ortaya çıkar. Monoartrit ayırıcı tanısında oldukça önemlidir. Sıklıkla diz, el bileği gibi büyük eklemler etkilenmesine rağmen her eklemde görülebilir. CPPD tanısı klinik bulgular, eklem tutulumunun tipi ve radyolojik olarak kalsifikasyonların varlığının gösterilmesi ile konulabilir ancak sinovyal sıvıda veya eklem biyopsisinde kalsiyum pirofosfat dehidrat (CPP) kristallerinin görülmesiyle tanı kesinleştirilir.

Olgu: Üç gündür sol dizde ağrı, hareketlerde zorluk ve şişlik yakınması olan 69 yaşında erkek olgu kliniğimize başvurdu. Herhangi bir travma tariflemeyen olgunun yakınmaları sürekli karakterde olup istirahat ağrısı da belirgindi. Üveit tanısıyla takipli olan olgunun her iki gözde ileri derece görme kaybı mevcuttu. Romatizmal sorgusunda ek özellik yoktu. Fizik muayenesinde olgunun sol dizde şişlik ve ısı artışı mevcuttu. Sol diz aktif ve pasif fleksiyonu kısıtlı ve ağrılıydı. İstenen diz grafisinde (şekil 1); tibiofemoral eklemde belirgin dejeneratif değişikliklerle beraber medial eklem aralığında lineer kalsifikasyonlar izlendi. Yapılan kan tahlillerinde; WBC: 7.600/mm3, RBC: 4.4*106, HGB: 13,1 g/dl, HCT: %38, sedimantasyon: 26 mm/saat, CRP: 85, RF: 12,5, anti-CCP: Negatif, HLA-B27: Pozitif, ürik asit: 4,8 mg/dl olarak saptandı, diğer biyokimyasal değerler normal sınırlardaydı. Klinik ve radyolojik değerlendirme sonucunda ön planda periferik spondiloartrit düşünülen ve grafisinde kondrokalsinozis saptanan olgu CPPD açısından ileri tetkik edildi. Diz eklemi ultrasonografi rehberliğinde değerlendirildi. Ultrasonografik değerlendirmede (şekil 2, şekil 3, şekil4); suprapatellar reseste efüzyon ve efüzyon içerisinde hiperekoik noktasal birikimler, medial menisküste hiperekoik birikimler, femoral hiyalin kartilajda noktasal hiperekoik birikimler saptandı. Ultrasonografi rehberliğinde sol dizden sinovyal sıvı aspirasyonu yapılarak sıvı analiz edildi. Sinovyal sıvının makroskobik analizinde, rengi açık sarı, berrak ve visköz; mikroskobik analizde hücre sayımında 500 lökosit/mm3 saptandı. Polarize ışık mikroskobu altında yapılan analizde hücre içinde birkaç adet, romboid ve çubuk formda pozitif çift kırıcılık veren CPP kristalleri (şekil 5) saptandı. Sıvı örneği olası septik artrit ayırıcı tanısı açısından mikrobiyolojik olarak değerlendirildi. Gram boyama negatif saptandı, bakteri kültürü ve mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Periferik spondiloartrite ek olarak CPPD tanısı da doğrulanan olguya ultrasonografi rehberliğinde teröpatik amaçlı intraartiküler 1cc betametazon + 4cc lidokain enjeksiyonu yapıldı. Birinci saat kontrolünde olgunun ağrısı tama yakın geçti. Steroid olmayan antienflamatuvar ilaç tedavisi de başlanan olgunun (Naproksen 500 mg 2x1), 15. gün kontrolünde ağrı yakınması, diz ekleminin aktif ve pasif hareketlerindeki kısıtlılık azalmıştı; akut faz reaktanlarında da gerileme (CRP:3, sedimantasyon: 10 mm/saat) görüldü.

Sonuç: Kalsiyum pirofosfat dehidrat kristal depolanma hastalığı asemptomatik seyredebildiği gibi çeşitli klinik sendromlarla ilişkili olarak akut ve kronik enflamatuar artritle de karşımıza çıkabilir. Akut faz reaktanlarında yükselme gibi sistemik bulgular olabilir ve akut artrit atakları meydana gelebilir. Özellikle 65 yaş üzeri diz, el bileği veya omuz ekleminde monoartrit saptanan olguların ayırıcı tanısında osteoartrit, romatoid artrit, periferik spondiloartrit, gut hastalığı ve septik artrit gibi hastalıkların yanında mutlaka CPPD de düşünülmelidir. Aynı zamanda CPPD diğer romatizmal hastalıklarla birlikte görülebilir. Tanı koymada bizim de yaptığımız gibi halen altın standart sinovyal sıvı analizi olmasına rağmen klinik ve radyografik bulgularla birlikte ultrasonografik değerlendirmenin de tanıyı doğrulamada önemli bir yeri olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Diz eklemi, kalsiyum pirofosfat dehidrat kristal depolanma hastalığı, mikroskop, periferik spondiloartrit, ultrasonografi

P-049 Rromatoid Artrit Kliniği ile Başvuran Akut Kalsiyum Pirofosfat Kristal Artriti(poliartiküler)

Zerrin Şahin, Deniz Hatun Aytaç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Kalsiyum pirofosfat depozisyon hastalığını artritlerde ayırıcı tanıda göz önüne almaktayız. Simetrik poliartiküler romatoid artrit kliniğiyle başvuran hastanın teşhis ve tedavi yanıtlarını paylaşmak istedim.

Olgu: Yetmiş üç yaşında kadın hasta sağ el bileğinde, iki taraflı 2.-5. MKF, PIF, diz ve ayak eklemlerinde ağrı, şişlikle polikliniğimize başvurdu. Ağrılı eklemler hasas, diz eklemlerinde effüzyon vardı. Akut faz yanıtları yüksek CRP 5,9 mg/dl, sedimantasyon 54mm/h, hafif lökositoz(11.400) trombositoz(492.000) saptandı. Hastaya romatoid artrit tanısı ile metotreksat 10mg/hafta, deltakortil 7,5mg şeklinde tedavisi düzenlendi. On üç gün sonra kontrole geldiğinde şikayetlerinde herhangi bir değişiklik olmamıştı. Metotreksat yanıtı henüz gelişmemiş ama steroide biraz yanıt olabilmeliydi. Yapılan akut faz yanıtları bir öncekine benzerdi, kolesterol, kalsiyum hafif yüksek (10.3mg/dl), Mg, PTH normaldi. Çekilen el ve diz grafilerinde menisküs ve MKF eklem çevresi dokularda kalsifikasyonlar gözlenmekteydi. Kolşisin 2 gün 3*0.5 sonra 2*0.5mg olarak reçete edildi. Her iki dize sinoviyal sıvı aspire edilerek steroid yapıldı. Bir hafta içerisinde ağrıları azalmıştı. On beş gün sonra görüldüğünde CRP <0.2mg/dl, sedimantasyon 17mm/h, trombosit, lökosit normal, ağrıları yok denecek kadar azdı. Toplam bir ay içerisinde ise tamamen düzelmişti. Üç ay sonra kolşisin dozu 0,5 mg indirildiğinde şikayetlerinin tekrar etmesi nedeniyle şu anda günde 1 mg idame tedavisi ile izlenmektedir.

Sonuç: Kalsiyum pirofosfat depozisyon hastalığını küçük eklemleri tutan simetrik poliartritlerde de hatırlamalıyız.

Anahtar Kelimeler: Psödogut, simetrik artrit, poliartiküler artrit

P-050 Tetik Nokta Enjeksiyonu ile Tedavi Edilen Trigeminal Nevralji Olgusu

Gamze Gül Güleç, İlknur Aktaş, Feyza Ünlü Özkan

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

Giriş: Miyofasyal ağrı baş boyun bölgesi, maksiler bölge ve diş ağrılarının gözden kaçan bir sebebidir. VAS skoru yüksektir. Spazm, uyuşma, karıncalanma, çekilme hissi, otonom disfonksiyon bulguları ve hiperaljezi ağrıya eşlik eder. Hastalar; servikal radikülopati, atipik fasyal nevralji, maksiler sinuzit gibi yanlış tanılar alırlar (1). Tedavi edilmediğinde, ağrı kronikleşir, orijinal yaralanma veya hastalığın neden olduğu ağrıdan daha karmaşık hale gelir. Kronik ağrı ev hayatı ve sosyal hayatta bozulmaya, zevk alınan aktivitelerden uzak kalmaya, itibar ve iş kaybına, yaşam kalitesinde düşüklüğe, psikiyatrik belirti ve bulgulara neden olabilir (2).

Olgu: 44 yaşında medikal çevirmen kadın, 15 yıldır olan bilateral molar diş ve omuz ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Daha önce nöroloji, kulak burun boğaz, nöroşirurji bölümlerine ve diş hekimliğine başvurmuştu. Nöroloji tarafından migren tanısıyla 4 yıl NSAİİ ile, trigeminal nevralji ve atipik fasyal ağrı tanılarıyla 2 yıl gabapentin ve karbamazepin ile takip edilmişti. Sersemlik, dikkat dağınıklığı, ağrılarının devam etmesi ve yüksek doz karbamazepine bağlı cilt döküntüleri olması nedeniyle ilaçları kendi isteğiyle bırakmıştı. Diş ağrısı ile diş hekimliğine başvurmuş, molar diş çekimi ve köprü tedavisi uygulanmıştı. Beyin cerrahide dura kaçağına bağlı baş ağrısı olduğu söylenerek kan yaması yapılmıştı. İnternetten yaptığı araştırmalar sonucu kendisinde miyofasyal ağrı sendromu (MAS) olduğunu düşünerek kliniğimize başvurmuştu. Öz geçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Yüksek doz NSAİİ kullanıyordu. VAS skoru 8 idi. Hiperaljezi tarifliyordu. Fizik muayenesinde temporal kasta her iki trapezde ve masseterde palpasyonla gergin bantlar mevcuttu. Temporomandibular eklemde krepitasyon ve palpasyonla hassasiyet yoktu. Ağız açıklığı 4.3 cm olarak ölçüldü. Servikal manyetik rezonans görüntüleme(MRG) ve kontrastlı kranial MRG normal sınırlarda olarak raporlanmıştı. Miyofasyal ağrı ön tanısı ile ultrason eşliğinde, temporal orta liflere, trapez orta liflere, masseter üst liflere 2 hafta aralar ile 4 seans kuru iğneleme yapıldı. 4.seans sonrası 1. ay kontrolünde VAS ağrı skoru 8'den 3'e, Beck depresyon ölçeği 38'den 22'ye, Pain detect skoru 31'den 14'e geriledi.

Sonuç: Baş, boyun ağrıları, atipik fasyal ağrı ve trigeminal nevraljinin ayırıcı tanısında miyofasyal ağrı düşünülmeli, tedavi yanıtı alınamadığında hasta bir fiziatrist tarafından değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1.Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell&Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 2nd ed. Williams &Wilkins; Baltimore: 1999.
2. Ataoğlu S, Özçetin A, Ataoğlu A, İçmeli C, Makarç S, Yağlı M. Fibromyaljili ve romatoid artritli hastalarda ağrı şiddeti ile anksiyete ve depresyon ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(4):223-6.

Anahtar Kelimeler: Trigeminal nevralji, atipik fasyal ağrı, miyofasyal ağrı sendromu

P-051 Kronik Servikal Miyofasiyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Ağrı, Depresyon, Sağlık Anksiyetesi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri

Berna Çelik, Nilüfer Balcı

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Miyofasiyal ağrı sendromu (MAS) kas ve/veya fasyalarda meydana gelen ve tetik nokta (TN) olarak adlandırılan odaklardan köken alan ağrı ve ağrıya eşlik eden kaslarda sertlik, yansıyan ağrı, hassasiyet, duyusal değişiklikler, bölgesel seğirme, bazen otonomik disfonksiyonlarla ortaya çıkan bir bölgesel ağrı sendromudur. Hastaların en sık görülen şikayeti, yaygın olarak trapezius kası tutulumundan dolayı boyun ve üst sırt ağrısıdır. MAS kronik ağrıya neden olan önemli hastalıklardan biridir. Kronik ağrıya uykusuzluk, anksiyete ve depresyon eşlik edebilir. Bu durum hastaların yaşam kalitesinde azalmaya yol açarak tıbbi, sosyal ve ekonomik bir problem olarak ortaya çıkar. Psikolojik etkenler fiziksel bozukluklara neden olabildiği gibi, fiziksel bozuklukların da hastaların psikolojisini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Fiziksel ağrı ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliğindeki sebep-sonuç ilişkisi genellikle açıklanamamıştır. Biz bu çalışmada, genel toplumda sık karşılaşılan bir sağlık problemi olan servikal MAS hastalarındaki ağrı, sağlık anksiyetesi, depresyon düzeyini ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık. Çalışmamıza, yaşları 20-60 arasında değişen 60 kronik servikal MAS tanılı hasta ve 60 sağlıklı gönüllü birey aldık. Hastaların ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerini sorguladık. İstirahat ağrısını 10 cm uzunluğundaki görsel anolog skala (GAS), yaşam kalitesini kısa form-36 (SF-36), emosyonel durumlarını beck depresyon ölçeği (BDÖ), sağlık anksiyete düzeylerini sağlık anksiyetesi envanteri-kısa form (SAE) ile değerlendirdik. Grublar arasında yaş ortalaması ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat MAS grubunda kadın cinsiyet sıklığı ve sigara kullanım sıklığı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. MAS'lı hastalarda SAE, BDÖ skorları istatistiksel olarak kontrollere göre daha yüksek saptanırken, SF-36 skorları ise kontrollere göre istatistiksel olarak daha düşük saptandı. Hastaların BDÖ skorları ile SF-36'nın alt grubları arasında negatif korelasyon saptanırken, SAE skorları ile SF-36'nın alt grubları arasında ise korelasyon saptanmadı. MAS hastalarında yaşam kalitesinin kontrol grublarına göre düşük olduğu ve bu sonuçların depresyon düzeyi ile de korele olduğu saptandı. Depresyonun, MAS hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görüldü. MAS tanılı hastalarda depresyon, anksiyetenin de bulunması, hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmakta, bundan dolayı MAS'lı hastaların psikolojik durumları da gözden geçirilerek uygun tedavi planlanması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Miyofasiyal ağrı sendromu, depresyon, sağlık anksiyetesi, yaşam kalitesi

P-052 Osteopetrozlu Hastada İntraartiküler Steroid Enjeksiyonu Uygulaması: Olgu Sunumu

Aylin Ayyıldız, Beril Doğu, Merve Günerli, Selda Çiftci, Jülide Öncü Alptekin, Banu Kuran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal SUAM, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Osteopetroz, artmış kemik yoğunluğu ve anormal kemik büyümesi ile seyreden nadir, kalıtsal bir kemik depo hastalığıdır. Kemik resorbsiyonu sırasında osteoklastların hatalı çalışmasıyla klinik tablo oluşur. Kemik turnoverındaki defekt sonucu kemik kütlesinde artış olmasında rağmen kırılganlıkta da artış söz konusudur. Kemik patolojilerinin yanısıra hemotopoetik sistemde yetersizlik, dişlerde dökülme, sinir sıkışma sendromu ve büyüme bozukluklarına neden olabilir. Burada şiddetli sağ kalça ağrısı ile tarafımıza başvuran vakamızı sunmak istiyoruz.

Olgu: Bilinen osteopetroz tanısı olan 55 yaşında kadın hastada sağ kalça ağrısı ve sağ bacak boyunda kısalık şikayeti mevcuttu. Hasta ağrısını görsel ağrı skalasına (GAS) göre hareketle 7, istirahatte 0, gece 3 olarak tarifliyordu. Yürüme mesafesi 5 metre idi. Hastanın tarafımızca yapılan fizik muayenesinde; sağ kalça eklem hareketleri tüm yönlere belirgin kısıtlı tespit edildi. Sağda fleksiyon,abdüksiyon ve dış rotasyon (FABERE) testi ve fleksiyon,addüksiyon ve iç rotasyon (FADİR) testi, Thomas testi -10 derecede pozitif tespit edildi. Hastanın sağ bacak ölçümlerinde gerçek bacak uzunluğu ölçümünde 3cm, zahiri bacak uzunluğu ölçümünde 4cm kısalık tespit edildi. Hastanın pelvis AP grafisinde "sağ kalçada eklem aralığında daralma, skleroz artışı ve osteofitler" tespit edildi. Hastanın kemik survey ile değerlendirilmesinde "4 sene öncesine göre ekstremite kemiklerinde sklerozun progrese olduğu, kemik korteksinde kalınlaşmalar olduğu, sağ asetabular kemik aralığında daralma, sağ femur başında düzensizlik, pelviste bone in bone görünümü" tespit edildi. Hastanın pelvis magnetik rezonans görüntülemesinde "Asetabular çatıda ve femur başında yaygın kistik rezorpsiyon, tüm pelvik kemiklerde ve her iki femur proksimalinde yaygın skleroz ve kortikal kalınlaşmalar" tespit edildi. Hastanın kemik mineral yoğunluğu değerlendirilmesi DXA ile yapıldı ve femur boynu T skoru 7,2, L1-L4 vertebra T skoru ise 11,6 saptandı. Hastanın sağ kalçasında 20 seans yüzeyel ve derin ısıtıcı, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) uygulandı ve eklem hareket açıklığı, izometrik ve germe egzersizleri, aerobik egzersizler verildi. Alt ekstremite kas güçlendirme egzersizleri uygulandı. Sağ kalça ağrısında azalma olmaması nedeniyle ultrason eşliğinde intraartiküler steroid enjeksiyonu yapıldı. Hastanın ağrısında belirgin azalma saptanırken eklem hareket açıklığında farklılık olmadı.

Sonuç: Osteopetroz sekonder osteoartritin nadir bir nedenidir. Erken yaşta ciddi eklem hareket kısıtlanması yanında şiddetli ağrıya ve yaşam kalitesinde belirgin azalmaya neden olmaktadır. Biz bu vakamızda artroplasti gerektirecek kadar ilerlemiş bir sekonder koksartrozu olan genç hastada artroplastiyi mümkün olduğunda geciktirebilmek için fizik tedavinin yanında intraartiküler steroid uygulaması yaptık. Ağrıda belirgin ölçüde azalma saptadığımız için intraartiküler steroid tedavisinin artroplasti öncesi tedavide seçenek olduğunu hatırlatmak isteriz.

Anahtar Kelimeler: Artralji, intraartiküler enjeksiyonlar, osteopetroz

P-053 Disfaji Semptomu Ön Planda Olan Diffüz İdiyopatik İskelet Hiperostozisi Olgusu

Aylin Ayyıldız, Jülide Öncü Alptekin, Zehra Pala, Beril Doğu, Banu Kuran

Şişli Hamidiye Etfal SUAM, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Diffüz İdiyopatik İskelet Hiperostozisi (DISH) ya da Forestier Hastalığı, omurganın anterior longitudinal ligamenti ve çeşitli ekstraspinal ligamentlerin ossifikasyonu ile karakterize kronik, etiyolojisi belinmeyen bir hastalıktır Erkeklerde daha sık olmakla birlikte, insidansı yaşla artar ve daha çok 6. ve 7. dekatta görülmektedir. DISH genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte en sık rastlanan belirtiler omurgada ağrı, sertlik ve hareket kısıtlılığıdır. Servikal tutulumu olan DISH hastalarında özofagus kompresyonuna bağlı disfaji ve seste kabalaşma da görülebilmektedir.

Olgu: Bilinen Diyabetes Mellitüs öyküsü olan 72 yaş erkek hastanın son 1 senede şiddetlenmiş olan sağ kalça ağrısı şikayetleri mevcuttu. Bu ağrısı dizine kadar yayılım göstermekteydi. Hareketle artan mekanik ağrısı olan hastanın görsel ağrı skalasında (GAS) değerlendirmesinde hareketle 8, istirahatle 3 ve gece 1 tespit edildi. Hastanın yürüme mesafesi 500 metrenin üzerinde idi. Hastamız ayrıca yıllardır olan yutma güçlüğünden yakınmakta lakin daha önceki doktor başvuruları ve tetkiklere rağmen disfajisi için kesin tanı konulamamıştır.
Hastanın muayenesinde; servikal lordozu, torakal kifozu ve lomber lordozu düzleşmişti. Paravertebral kas spazmı mevcuttu. Lomber ve servikal eklem hareket açıklığı her yöne kısıtlı idi. El yer mesafesi 35 cm iken Modifiye Shober Testi 3 cm'di. Hastanın kalça eklem hareket açıklığı sağ kalçada ekstansiyonda ve iç rotasyonda kısıtlı idi. Thomas testi ve Fleksiyon-Addüksiyon-İç Rotasyon (FADİR) Testi sağda pozitifti. Hastanın lateral spinal görüntülemelerinde yaygın anterior longitunal ligament üzerinde hiperostoz saptanmış. Hastanın torakal bölgesinde daha yaygın hiperostozlar saptanmasına rağmen; C6 vertebrasındakiler daha belirgin ve özafagus üzerinde bası oluşturmaktadır. Bu da yutma güçlüğüne neden olmaktadır. Hastanın koksofemoral grafisinde de DISH hastalığına bağlı eklem aralığında daralma ve osteofitler görülmüştü. Sağ kalçada hastanın ağrısını azaltmak amacıyla intraartiküler steroid enjeksiyonu uygulandı. Hastanın ağrısında %60 düzeyinde azalma tespit edildi. Hastaya bu süreçte fizik tedavi modalitelerinin yanında boyun eklem hareket açıklığı ve izometrik egzersizler, grup 1 ve 2 bel egzersizleri, kalça çevresi kaslara izometrik ve germe egzersizleri,kas güçlendirme egzersizleri verildi.

Sonuç: Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi için kesin bir tedavi olmasa da, ağrı ve sertliği azaltmak için uygulanabilecek tedaviler mevcuttur. DISH ile obezite, insülin direnci ve tip 2 diyabet gibi durumlar arasındaki ilişki nedeniyle, bu koşulların tedavisi DISH'in ilerlemesini yavaşlatabilir veya durdurabilir. Fizik tedavi, DISH ile ilişkili sertliği azaltabilir. Egzersizler, eklemlerinizdeki hareket aralığını da artırabilir. Disfaji tedavisinde konservatif tedavi seçenekleri bulunmamakta; ileri derece yutma güçlüğü olan hastalar için cerrahi ile spürlerin eksizyonu yapılabilmektedir. Bizim hastamızın disfajisi ciddi komplikasyonlar yaratmadığı için bu dönemde cerrahi düşünülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi, disfaji, osteofit

P-054 Proloterapi Uygulanan Diz Osteoartritli Hastalarda Kısa Dalga Diatermi'nin Ağrı, Fonksiyonellik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Prospektif, Randomize, Plasebo Kontrollü, Çift Kör Çalışma

Rıdvan İşik[1], Hale Karapolat[2]

[1]Hatay Devlet Hastanesi, Hatay
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Amaç: Diz osteoartritinde Proloterapi uygulamasına ek olarak Kısa Dalga Diatermi tedavisinin ağrı, fiziksel fonksiyon ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin gözlenmesi

Gereç-Yöntem: Çalışma 2018-2019 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniğine diz ağrısı ile başvuran hastalara Amerika Romatoloji Birliği (ACR) klinik/radyolojik tanı kriterlerine göre diz osteoartriti tanısı kondu ve Kellgren-Lawrence (K-L) evresi 2 ve 3 olan 37 hasta çalışmaya alındı, hastalar Proloterapi +Kısa Dalga Diatermi tedavi grubu(n:18) ve Proloterapi + sham Kısa Dalga Diatermi (KDD)(n:19) olmak üzere iki gruba randomize edildi. Her iki gruba ek olarak Kuadriseps izometrik güçlendirme egzersizleri (günde 3 set 10 tekrar olmak üzere hergün, toplamda 6 hafta) verildi. Hastalara 3"er hafta arayla 0, 3, ve 6.haftada 3 defa Proloterapi enjeksiyonu ve her enjeksiyon sonrası 20 dk (gerçek veya sham) KDD verildi. Hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrası (3.enjeksiyon sonrası) VAS, WOMAC ve SF-36 sonuç ölçümleri ile değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grupta da VAS ve WOMAC alt gruplarında anlamlı düzeyde düzelme gözlendi ($p<0,05$). Her iki grupta da tedavi öncesine göre SF 36 ölçeğinin alt gruplarınndan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, genel sağlık, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon parametrelerinde anlamlı düzelme gözlendi ($P<0,05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda ise değerlendirilen ölçeklerin hiçbirisinde anlamlı farklılık tespit edilmedi ($P>0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada, her iki grupta, ağrı, fonksiyonellik ve hayat kalitesi açısından anlamlı düzelme saptanmakla birlikte, gruplar arasında fark saptanmadı. KDD nin proloterapi tedavisine ek katkı sağlayıp sağlamadığı konusunda kesin bir karara varmak güçtür. Bu nedenle, örneklem sayısının büyük olduğu, proloterapi ile diğer tedavi seçeneklerini karşılaştıran, iyi dizayn edilmiş, yeni yüksek kalite çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Diz osteoartriti, proloterapi, kısa dalga diatermi

P-055 Diz Osteoartiritinde Ozon Tedavisinin Etkinliği

Tülay Erçalık[1], Beril Doğu[2], Seda Şahin[3], Rana Terlemez[2], Selda Çifçi[2], Figen Yılmaz[2], Banu Kuran[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştirma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon/Algoloji
[2] Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştirma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
[3] Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştirma Hastanesi, Algoloji-Ozon birimi

Amaç: Osteoartrit (OA) en sık görülen artrit formu olup prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir. Diz OA'sı yaşlılarda en sık görülen fiziksel yetersizlik nedenidir. EULAR tedavi rehberinde bulunan tedavi modaliteleri farmakolojik olmayan tedaviler, farmakolojik tedaviler, intraartiküler tedaviler ve cerrahi tedavi şeklinde gruplanmıştır. İntraartiküler ozon uygulaması oksijenizasyonda artış, antienflamatuvar özellikleri ve antinosiseptif sistem stimülasyonu yoluyla analjezi sağlaması nedeniyle osteoartit tedavisinde yer bulmuştur. Eklem içi vasküler yapılardaki kompresyonu ve stazı azaltarak mikrosirkülasyonu arttırmakta, böylece oksijenizasyon sağlamakta ve nöronal hipoksiye bağlı ortaya çıkan ağrıyı azaltmaktadır. Ozonun antienflamatuvar etkinliği ise, prostaglandin sentezini baskılaması, bradikinin salınımını inhibe etmesine bağlı ortaya çıkmaktadır. Eklem içi ozon uygulamalarının, düşük yan etki profili ile, kısa süreli ağrıda rahatlama sağladığı gösterilmiştir. Ozon ile yapılmış olan randomize kontrollü çalışma sayısı çok adır ve tedavi sonuçları uygulanan doz ve volüm ile ilgili güçlü veriler yoktur. Büyük eklemler için 10–20 µg/mL ve 5–20 mL küçük eklemler için aynı dozlarda 1–2 mL haftalık enjeksiyonlar uygulanabilir. Bu araştırmada diz osteoartiritinde uygulanan intraartiküler ozon tedavisinin, diz ağrısı ve fonksiyonellik üzerindeki etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Retrospektif olarak planlanan bu araştırmada intraartiküler ozon tedavisi yapılmış hastaların verileri hastane kayıtları ve hasta dosyaları incelerek tarandı. Enjeksiyon öncesi ve seanların bitişi sonrası verisine ulaşılabilen 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Ozon uygulaması 15 µg/mL 10 cc olacak şekilde, haftada 1 kez toplam 5 hafta uygulanmıştı. Ağrı vizüel analog skala (VAS) ile, disabilite WOMAC diz osteoartirit indeksi ile ölçülmüştü.

Bulgular: Hastaların 26 sı kadın 3 ü erkek ti, ortalama yaşları 62,2±12,7 idi. Diz OA dereceleri Kellgren Lawrence evreleme sistemine göre, 17 hasta evre 3, 12 hasta evre 4 dü. VAS ile ölçülen gece ağrısı, istihat ağrısı ve hareket ile oluşan ağrı parametrelerinde ve WOMAC OA indeksinde enjeksiyonlar sonrası anlamlı düzelmeler kaydedildi (tablo 1).

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen veriler İntraartiküler ozon uygulamasının diz OA da ağrı ve disabilite üzerine olumlu etkileri olduğunu göstermiştir. Bu uygulama ile ilgili olarak prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Gonartroz, intraartiküler enjeksiyon, ozon

Tablo 1: Tedavi öncesi ve sonrası VAS ve WOMAC ortalamaları

		Ort.±SD	Min-Maks	Median	p
VAS gece	Tedavi öncesi	6,66±2,41	1-10	7	<0,001
	Tedavi sonrası	4,10±1,93	0-8	4	
VAS istirahat	Tedavi öncesi	5,79±2,55	1-10	6	<0,001
	Tedavi sonrası	3,38±1,95	0-7	4	
VAS hareket	Tedavi öncesi	7,69±2,16	2-10	8	<0,001
	Tedavi sonrası	5,21±2,18	1-10	5	
WOMAC	Tedavi öncesi	73,2±16,9	31-100	77	<0,001
	Tedavi sonrası	57,4±15,2	20-85	60	

P-056 Kalça Osteoartriti Olan Hastaya Kök Hücre Tedavisi Uygulaması

Ferhat Ege[1], Mert Akbaş[2]

[1]Akdeniz üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Eklemlerde meydana gelen kıkırdak hasarının kendi kendine iyileşme ihtimali avasküler yapısından dolayı minimaldir. Travmatik veya dejeneratif nedenlerle meydana gelen kıkırdak hasarının tedavi seçenekleri konservatif ve invaziv yöntemlerin yanında yeni tedavi modalitelerini de içermektedir. Mezenkimal kök hücre(MKH) kemik ve kıkırdak tamirinde önemli bir role sahiptirler. Literatürde yapılmış olan çalışmalarda romatoid artrit, senil osteoartrit, hemofilik artropati, reaktif artrit ve osteokondritis dissekans gibi başlıca kıkırdak hasarına yol açan hastalıklarda MKH uygulamaları önemli bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. MKH'ler ile kıkırdak tamirlerinde başarılı insan çalışmaları da bildirilmiştir. Güncel tedavi metodlarının kıkırdak hasarı tamirinde yeterli olmadığı görülmekte ve MKH çalışmalarının daha çok mesafe katedeceğini tahmin etmekteyiz

Olgu: 72 y erkek hasta uzun yıllardır olan sağ ve sol kalça ağrısı mevcut. Yürümede güçlük, oturup kalkmada güçlük yaşıyor. Sabah tutukluğu 30 dk sürüyormuş. Daha önceden fizik tedavi almış Şikayetlerde gerileme olmamış. Yapılan sakroiliac MR da patoloji saptanmamış. Çekilen kalça grafisinde grade 2 osteoartrit saptandı. Hastaya kök hücre tedavisi planlandı. İşlem öncesi hasta tarafından VAS skoru 80 belirtildi..Tedavi öncesi womac skoru 93 olarak değerlendirildi. Cilt altı yağ dokusundan lipoaspirasyon yöntemiyle alınan 40ml'lik yağ dokusu skopi altında her kalça eklemine enjekte edildi. Hasta 2 saat gözlendikten sonra herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta ev egzersiz programı ile taburcu edildi.1. ay sonraki kontrolde hasta tarafından VAS:40 olarak belirlendi. Tedavi sonrası womac skoru 41 olarak değerlendirildi.

Sonuç: Kök hücre tedavisi sonrası İlk 2-3 hafta içerisinde ağrılar kısmi hafifler, 2-3 ay içerisinde de belirgin iyileşme sağlanır. Kök hücre tedavisinin iyileştirici ve onarıcı etkisi kanıtlanmıştır. Eklem içine uygulanan kök hücre SVF (Stromal Vasküler Fraksiyon) tedavisi kıkırdak ve bağ dokuyu iyileştirir. Tedavi sonrası eklemlerde oluşan ağrı sorunu azalır ve yürüme sıkıntısı ortadan kalkar. Bu da hastanın yaşam kalitesini doğrudan yükseltir. Kök hücre tedavisi eklem rahatsızlıkları kadar diz ağrıları, menisküs lezyonları, spor yaralanmaları, bağ yırtılması, tendon hasarı gibi durumlarda da kullanılır

Anahtar Kelimeler: Koksartroz, kök hücre tedavisi, enjeksiyon

P-057 Gebelik Sonrasi Osteoporoza Bağlı Vertebra Fraktüründe Teriparatid

Filiz Meryem Sertpoyraz[1], Hamiyet Yılmaz[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştrrma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrin Kliniği, İzmir

Gebelık Sonrası Osteoporotık Kırıkta Terıparatıd Etkınlıgı

Olgu: 33 yasinda, kadın, gebelik sonrası şiddetli sırt ve yaygın eklem ağrısı yakınması ile Izmir Tepecik Eğitim Arastırma Hastanesi FTR polikliniğine başvurdu.Eklem agrilarina eslik eden 1 saatten uzun suren sabah tutuklugu tarifliyordu.Annede romatizma ?? oykusu vardı. Muayenesinde dorsal kifoz artmış, dorsolomber spinoz çıkıntılar palpasyonla ağrılıydı. Bilateral dorsolomber bölgede paravertebral kas spazmı vardı. Lomber extansiyon ağrılı, ağrı nedeniyle kısıtlıydı. Sırt ağrısı visuel analog skala:8 Bilateral elbilegi, metakarpofalangial ve proximal interfalangial eklemler palpasyonla agrılıydı,şişlik yoktu. Dorsal ve Lomber Grafi: Torakal MR:T7 hemanjiom, T8-9-10-11-12 vertebra üst platalolarda yükseklik kaybı, torakal kifozda artış saptandı. Antinukleer Antikor:1/1280homojen,granuler,Vitamin D:18ng/ml, alkalen fosfataz:134U/L(35-105), serbest T4:1,99(0,93-1,7)ng/dL, anti TPO:128(0-10)IU/ml dışında normal. Hasta endokrin ve romatoloji uzman görüşü alındı. Romatoloji uzmanı Sjögren sendromu tanısı ile hastaya hidroksiklorokin tb ve endokrin uzmanı gorusu ile otoimmun troidit tanısı ile eutrox baslandı. Hastanin doğurganlık döneminde olması, ikinci gebelik düşünmesi nedeniyle bifosfanat tedavisi başlanmadı. D vitamin eksikliği açısından D vit 3 damla 50000IU /hafta, kalsiyum tb. replase edildi. Hastanın onamı alındı,endikasyon dışı rapor düzenlenerek Teriparatid 20 mikrogram /subkutan 1x1 subkutan/günde baslandi.Uc hafta sureyle korse kullandı. Lomber L1-L4 T skor baslangiç=-3.6, 6.ay=-2.6, 18.ay=-2.6 Kalça total T skor baslagic=-2.8,6.ay=-2.0, 18.ay=-1.3

Sonuç: Teriparatid, vitamin D ve kalsiyum tedavisi sonrasinda sırt ağrisi VAS=1 geriledi.DEXA T skorlarinda belirgin düzelme oldu. Teriparatid, osteoporozda kemik oluşumunu sağlayan ve kırık riskini azaltan diğer bir tedavi seçeneğidir. Premenopozal dönemde teriparatid tercih nedenleri arasında hastanın yeniden gebelik istemesi, teriparatidin bifosfonatlar gibi kemik matriksinde depolanmaması, bifosfonatların uzun dönemde prenatal etkilerinin bilinmemesi sayılabilir

Anahtar Kelimeler: Gebelik, kirik, osteoporoz, teriparatid

P-058 Postmenapozal Kadınlarda Osteosarkopeni Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi: Ön Sonuçlar

Buliana Hamad, Sibel Başaran, İlke Coşkun Benlidayı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Sarkopeni (SP) yaşa bağlı olarak kas kütlesinin azalması, kas gücünde azalma ve/veya fiziksel performansta azalma olmasıdır. Osteosarkopeni (OSP) ise sarkopeni ve osteoporoz/osteopeninin birlikteliği olup son zamanlarda kullanılmaya başlanan bir tanımdır. Literatürde OSP prevalansı %15-50 arasında verilmekte olup OSP sıklığı ile ilgili ülkemize ait bir veri bulunmamaktadır. Bu çalışmada postmenapozal hastalarda OSP sıklığı ve risk faktörleri değerlendirilmiş olup ön sonuçlarımız sunulmuştur.

Gereç-Yöntem: Nisan 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında osteoporoz polikliniğimize başvuran 320 hastadan sekonder osteoporoz nedenleri dışlandıktan sonra çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 109 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, FRAX osteoporotik kırık riski ve OSP risk faktörleri sorgulandı. Rutin biyokimyasal tetkikleri, DXA değerleri, DXA ile ölçülen total apendiküler yağsız kas kütlesi (Apendicular lean mass, ALM), el sıkma gücü, 6 dakika yürüme testi (6MWT), kısa fiziksel performans testi (SPPB) değerleri kaydedildi. İskelet kas kütle indeksi (Skeletal muscle mass index, SMI) ise ALM/boy(m)2 formülüne göre hesaplandı. European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) kriterlerine göre SMI'nın 5.67 kg/m2'nin altında olması presarkopeni, ilaveten kas gücü ve/veya fiziksel performans değerlerinin düşük olması sarkopeni olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastalarımızın (n=109) yaş ortalamaları 63.2±8.7 ve BMI 30.1±5.4 idi. FRAX major osteoporotik kırık riski 8.96±7.0 olarak hesaplandı. Lomber T skoru -2.2±1.2, SMI değerleri 5.0±0.8 idi. Hastalarımızın %64.2'ü (n=70) OSP olarak değerlendirildi. Sadece osteopeni/osteoporozu (OP) olanlar %23.8 (n=26), sadece sarkopenisi (SP) olanlar ise %7.4 (n=8) idi. Beş hastanın SP ve OP açısından değerleri normal sınırlarda idi. Hasta grubumuzun (n=104) verilerini OSP, OP ve SP gruplarına göre analiz ettiğimizde, SP grubunun diğer iki gruptan anlamlı olarak daha genç olduğu, OSP grubunun BMI, el sıkma gücü ($p<0.001$) ve yürüme hızı değerlerinin daha düşük olduğu ($p<0.017$) bulundu. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte SP grubunun 25(OH)D düzeyi OSP ve OP gruplarına göre daha düşük (15.0±5.3 ng/ml) idi. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, analize alınan değişkenler arasında en belirleyici olan el sıkma gücü idi (OR 0.85, %95 GA:0.78-0.92). El sıkma gücü değerindeki her 1 birimlik düşüşün, kişinin OSP olma riskini 1.176 kat (%95 GA:1.086-1.282) artırdığı bulundu.

Sonuç: Osteoporoz kliniğimize başvuran postmenapozal kadın hastaların %64.2'sinde OSP tespit edilmiştir. Bu hastalarda sarkopeni sıklığı fazla olduğundan, hastalarımızın sadece osteoporoz yönünden değil sarkopeniye yönelik olarak da değerlendirilmesi ve tedavinin buna göre planlanması gerekmektedir. Yapılan fiziksel performans değerlendirmelerinden OSP riski açısından en belirleyici testin el sıkma gücü olduğu görülmüş olup bir tarama testi olarak kullanılabileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postmenapozal osteoporoz, osteopeni, osteosarkopeni, sarkopeni

P-059 Postmenopozal Osteoporoz Hastalarında Korebalance Denge Sistemi©'nin Geçerliliği

Bilinç Doğruöz Karatekin[1], Şeyhmus Yaşin[2], Yasemin Yumuşakhuylu[3], Fethullah Bayram[1], Afitap İçağasıoğlu[3]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Şırnak Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Şırnak
[3]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Postmenopozal osteoporoz hastalarında denge bozulmuştur. Denge çeşitli test ve denge sistemleri ile değerlendirilmektedir. Çalışmamızda Korebalance Denge Sistemi© ve denge testleri ile hastalarımızı değerlendirip Korebalance Denge Sistemi©'nin geçerliğini araştırdık.

Gereç-Yöntem: 53 postmenopozal osteoporoz hastası denge testleri (Berg Denge Testi (BDT) ve Zamanlı Kalk&YürüTesti (ZKY)) ve Korebalance Denge Sistemi© ile değerlendirildi. Korebalance Denge Sistemi©bir denge değerlendirme ve egzersiz sistemidir. Skor değeri ne kadar artarsa dengedeki bozulma da aynı oranda artmaktadır. Statik ve dinamik denge değerlendirme sonuçları skor değeri olarak kaydedilmektedir. Çalışmamızda Korebalance Denge Sistemi©, BDT ve ZKY testleri ile ve demografik ve klinik diğer parametrelerle (yaş, beden kitle indeksi (BKI), 25OHvitD düzeyi, menopoz yaşı, son 1 yıl içinde düşme, kırık öyküsü, annede kırık öyküsü) karşılaştırılmıştır. Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 65.25±9.05, ortalama BKI 26.96±5.05, ortalama menopoz yaşı 46.08±6.57, ortalama 25OHvitD düzeyi 23.84±1.24'tü. Korebalance Denge Sistemi©'nin statik denge ölçümü, BDT ile zayıf derecede (r: -0.30, p<0,05), dinamik denge ölçümü BDT ile orta derecede (r: -0.44, p<0.01) korele idi. Korebalance Denge Sistemi©'nin statik denge ölçümü, yaş ile zayıf derecede (r:0.33, p<0.05),BKI ile orta derecede (r:0.50, p<0.01)korele idi. Korebalance Denge Sistemi©'nin dinamik denge ölçümü, yaş ile zayıf derecede (r:0.29, p<0.05), Zamanlı Kalk&Yürü Testi ile orta derecede (r:0,420, p<0.01) korele idi. Diskriminant geçerlilikte, bakılan diğer fonksiyonel olmayan demografik ve klinik parametrelerle korelasyon saptanmadı.

Sonuç: Korebalance Denge Sistemi©,Berg Denge Testi ve ZKY ile kıyaslandığında orta derecede konverjan geçerlilik gösteren bir denge değerlendirme aracı olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Berg denge testi, denge, Korebalance denge sistemi, osteoporoz

P-060 Kalçanın Geçici Osteoporozu: Olgu Sunumu

Ümit Seçil Demirdal, Ayhan Aşkın, Aliye Tosun

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Kalçanın geçici osteoporozu (KGO); nadir görülen klinik bir durumdur. Özellikle orta yaş erkeklerde ve gebeliğin son trimesterindeki kadınlarda, travma öyküsü olmaksızın kalça ekleminde akut başlangıçlı ağrı, eklem hareket açıklığında kısıtlanma ve yürümede güçlük ile karakterizedir. Sıklıkla proksimal femur ve femur başı olmak üzere unilateral kalça tutulumu olur. Tanı klinik bulgulara ve görüntüleme yöntemlerine dayanır. İlk dönemde direkt grafiler normaldir, bu nedenle erken aşamada ve ayırıcı tanıda Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ve sintigrafi önemlidir. Bu çalışmada kalça ağrısıyla ile başvuran, KGO tanısı alan bir olgu hasta sunulmuş ve bu nadir görülen olgu dolayısıyla konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: Kırksekiz yaşında erkek hasta yaklaşık bir aydır olan sol kalça ağrısı ve yürümede güçlük şikayeti ile başvurdu. Öncesinde travma, geçirilmiş enfeksiyon ya da ilaç kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde 12 sene önce yüksekten düşme sonrasında T12 kompresyon fraktürüne bağlı operasyon öyküsü dışında özellik yoktu. Ağrı mekanik karakterde, sol kalçadan dize doğru yayılım göstermekteydi. Ancak aralıklı olarak istirahat ağrısı da mevcuttu. Oral analjezik tedavisine cevapsızdı. Fizik muayenede antaljik yürüyüş, kalça eklem hareket açıklıklarında tüm yönlerde ağrı saptandı. Eklem hareketlerinde kısıtlanma yoktu. Diğer fizik muayene bulguları ve nörolojik muayenesi olağandı. Direkt grafide özellik yoktu. Hastanın çekilen MRG sonucunda eklem aralığında effüzyon, KGO ile uyumlu kemik iliği ödemine ait sinyal değişiklikleri saptandı. Hasta interne edilerek sol kalçaya yüzeyel ve derin ısıtıcılardan, analjezik etkili elektrik akımından ve egzersiz programından oluşan fizik tedavi uygulandı. Kanedyen kullanması sağlanarak sol kalçaya ağrılık verilmedi. Bifosfonat dahil medikal tedavisi düzenlendi. Hastanın Görsel Ağrı Skalası değeri dokuzdan dörde geriledi, antaljik yürüyüş düzeldi. Hasta medikal tedavi, ev egzersiz programı ve kanedyen kullanımının devamı önerileri ile eksterne edildi.

Sonuç: KGO, iyi seyirli ve kendini sınırlayıcı bir klinik durumdur. Tedavisi konservatiftir. Kalça ağrısına yol açan avasküler nekroz (AVN), stres fraktürü, septik artrit, inflamatuvar artrit, refleks sempatik distrofi, sinoviyal patolojiler ve tümörler gibi diğer nedenler ayrıcı tanıda düşünülmelidir. En önemlisi KGO ve AVN ayrımıdır. AVN, KGO'dan daha sık görülen bir durumdur. Ancak istirahatta belirgin ağrı, geç dönemde antaljik yürüyüş, özellikle internal rotasyonda olmak üzere eklem hareket açıklığında azalma, progresif klinik seyir ve görüntüleme yöntemlerinde femur başı konfigrasyonunda bozulma ile anormal sinyal yoğunluğundaki fokal alanların varlığı AVN için tipiktir. AVN tedavisinde erken cerrahi kalçanın ileri deformitesini önleyebilir. Sonuç olarak hastaları gereksiz tedavi seçeneklerinden korumak için KGO ve AVN ayırıcı tanısı muhakkak yapılmalı; nadir görülen bir durum olmakla birlikte kalça ağrısı ile başvurun hastaların ayırıcı tanısında KGO akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kalça eklemi, geçici osteoporoz, kemik iliği ödemi

P-061 Masif Periartiküler Tutulumu Olan Osteopoikilozis Olgusu

Muhsin Doran, Kadriye Öneş, Aysel Çınar

İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Osteopoikiloz (OPK) nadir görülen, asemptomatik bir kemik displazisidir. OPK tanısı genellikle diğer lokomotor sistem semptomları için yapılan radyografilerde rastlantısal olarak konulur. Kemik tümörleri ile karışabilen multipl, küçük, dairesel veya oval şekilli radyodens lezyonları ile karakterizedir. OPK genellikle asemptomatiktir; fakat hastaların %15-20'sinde eklemlerde hafif derecede ağrı ve efüzyonlar görülebilmektedir. En sık görülen bölgeler uzun tübüler kemiklerin epifizleri ve metafizleri ve karpal kemikler, tarsal kemikler, pelvis ve skapulalardır.Bu hastalık osteoblastik kemik metastazlarını taklit edebilir. Bu nedenle, klinik pratikte osteopoikiloz ve metastatik kemik tümörü arasında ayırımı yapabilmek için bu hastalığı tanımalıyız.

Olgu: 33 yaşındaki kadın hasta sol omuz ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Omuz ağrısı uzun zamandır aralıklı varmış. 3 ay önce yer seviyesinden düşme sonrası ağrısı artış göstermiş. daha önce çekilen radyografisinde kemiğinde bazı lezyonlar izlendiği söylenmiş. Dahiliye, ortopedi, onkoloji kliniklerine yönlendirilmiş.Lokomotor sistem muayenesinde palpasyonla sol biseps tendon hassasiyeti izlendi. Sağ omuz fleksiyonu 130 dereceden sonra ağrılıydı ancak bütün eklem açıklıkları açıktı. Sol üst trapez ve levator skapula kaslarında miyofasiyal ağrılı bantlar bulundu. Nörolojik muayene,geri kalan lokomotor sistem ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Deri lezyonu saptanmadı.Olgunun sol omuz antero-posterior grafisinde humerus başı ve korokoid çıkıntıda çok sayıda yuvarlak ve ovoid 3-5mm hiperdens lezyonlar mevcuttu. Eski grafileri sorgulandığında 2 ay önce ortopedi kliniğinde skolyoz ön tanısı ile ortoröntgenogramı çekildiği öğrenildi. Olgunun her iki omuz eklemleri, dirsekler, el bileği kemikleri, proksimal ve distal metakarpal ve falankslarda, pelvis, her iki kalça eklemleri, diz eklemleri, ayak bileği eklemlerinde jukstaartiküler yerleşimli, simetrik, sınırları belirgin, çok sayıda küçük homojen sirküler veya oval radiyodansitesi artmış odaklar gözlendi. Osteoblastik kemik metastazından şüphelenilen olgudan detaylı radyolojik ve laboratuvar inceleme istendi.Kemik sintigrafisi ve abdominopelvik ultrasonu normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde; 25(OH) vitamin D 8.05ng/mL(30-100), 24 saatlik idrarda kalsiyum 30mg(100-320) ölçüldü.Eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan, romatoid faktör, C-reaktif protein, tiroid, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, serum kalsiyum, fosfor, magnezyum, kemiğe spesifik alkalen fosfataz, paratiroid hormon,kalsitonin düzeyleri normal bulundu.Tüm vücut kemik dansitometrisinde tüm vücut toplam bölgesinde ölçülen BMD 1.084 g/cm², Z skoru 0.6'lık değerle normal sınırlar içerisinde bulundu.Bizim olgumuzda eklem ağrısı dışında ek yakınma yoktu. Osteopoikilozlu hastaların bir kısmında eklem ağrısı ve efüzyon olabileceği belirtilmektedir, ancak bugüne kadar eklem yakınmaları ve osteopoikiloz arasında net bir ilişki gösterilememiştir. Ayırıcı tanıda serum alkalen fosfataz değerlerinin normal olması ile paget hastalığından; lezyonların simetrik ve iyi sınırlı oluşu, osseöz destrüksiyon izlenmemesi,kemik sintigrafisinin normal olması ile tümör metastazından uzaklaşıldı.deri lezyonlarının ve diğer ek organ patolojilerinin izlenmemesi ile tüberoskleozdan uzaklaşıldı.Tüm bu radyolojik, laboratuvar ve klinik bulgular ışığında olgu OPK olarak değerlendirildi.Sol omzundaki ağrısı için NSAİİ, TENS, kesikli ultrason uygulandı. Miyofasiyal bantları için trapez ve levator kas germe egzersizleri ve kuru iğneleme yapıldı. D vitamini replasmanı başlandı.1 ay sonraki kontrolde hastanın ağrısının gerilediği görüldü.

Sonuç: Jukstaartikler, çoklu simetrik, yuvarlak sklerotik lezyonların varlığında OPK akılda tutulmalıdır. Klinisyenlerin gereksiz müdahalelerden kaçınmak için görüntü kalıplarını tanıması önemlidir. Düz radyografilerde bu asemptomatik durumun fark edilmesi, daha pahalı veya invaziv araştırmalara duyulan ihtiyacı ortadan kaldırabilir.

Anahtar Kelimeler: Kemik displazisi, osteopoikilozis, otozomal dominant, sklerotik kemik lezyonları

P-062 Osteoporotic Vertebral Fracture After Bariatric Surgery: A Case Report

Ayşe Ünal Erginar[1], Özlem Karataş[2], Nehir Samancı Karaman[1]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Akdeniz University School of Medicine, Antalya, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey

Objective: Roux-en-Y Gastric (gastric bypass) bypass surgery constitutes the most common and effective bariatric surgery to treat obesity. However, gastric bypass surgery has adverse effects on the skeleton, as reflected by increased bone resorption markers and decreased bone mineral density (BMD) post-surgery. Although several studies have reported that bariatric surgery in general is associated with increased fracture risk, only a few study has investigated fracture risk in gastric by-pass patients in comparison to obese weight-matched controls.

Case: A 36-year-old woman who had a history of gastric bypass in 2013 because of obesity. Suddenly experienced severe back pain after massage when she bent forwards three weeks after delivery of her first baby in the 39th week. At that time, the back pain was obvious when turning over and getting out of bed. she did not go to the hospital for treatment. After bed rest, low-back pain relieved, but there are still symptoms of back pain and discomfort when standing and walking. X-ray, bone density and MRI were performed after hospitalization. Lateral x-ray showed compression fracture of T9 and thoracal kyphosis. MRI showed T9 (over to %50) and T7 (minimal) vertebral body compression fracture. The bone density L total (L1-L4) T value was -3.9 and femur total T value was -2.2. Although she take vitamin d supplementation, her vitamin d level was low. Because of breastfeeding she treated only lumbar corset, d vit and paracetamol. Her pain worsened despite treatment after 3 mounths. And new MRI show that there was nex fractures. Breast-feeding was terminated, and to ameliorate her serious condition denosumab therapy was initiated by Prolia Subcutaneous Injection Syringe, Daiichi Sankyo Ltd.; Osaka Japan) 60 mg/6 months was initiated. At six months after the first denosumab injection, her BMD had increased minimaly to 0.636 g/cm2 in L2~4 and to 0.567 g/cm2 in the femoral neck. Her pain had been relieved, and she could walk slowly without wearing a corset.

Conclusion: The mechanisms behind the gastric bypass-induced fracture risk are still unknown, but mechanical unloading due to weight loss and secondary hyperparathyroidism due to vitamin D-deficiency have been the most commonly suggested explanations. But we keep in mind the relationship between gastric bypass surgery-induced weight loss, degree of calcium and vitamin supplementation following surgery and fracture risk.

Keywords: Osteoporotic fracture, bariatric surgery, obesity

P-063 Tedavi Edilmiş Cushing Sendromlu Hastada Multiple Vertebra Fraktürü

Ebru Karakaya, Derya Buğdaycı, Nurdan Paker

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bu yazıda; 27 yaşında adrenal adenom nedeniyle Cushing sendromu tanısı alıp 2001 yılında sol sürrenalektomi olan, kalça ağrısı nedeniyle servisimize yatırdığımız, semptomatik olmayan hastada çekilen dorsal ve lomber lateral vertebra grafilerinde multiple fraktür olduğunu ilk biz saptadık ve hastayı sunduk.

Olgu: Kırkdört yaşında erkek hasta her iki kalçada ağrı şikayeti nedeni ile servisimize yatırıldı. Hastanın öyküsünden Mayıs 2001'de sol sürrenal glandda adenom nedeniyle Cushing Sendromu tanısı konulduğu ve sol sürrenalektomi yapıldığı öğrenildi. Operasyon sonrası 3 ay kortizon tedavisi alan hastanın tedavi bitiminden yaklaşık 3 ay sonra boyunda yaklaşık 8 cm kısalma olduğu öğrenildi. 2011 yılında sol kalça avasküler nekroz nedeniyle total kalça protez ameliyatı olduğu öğrenildi. Hastanın boyu 160 cm, kilosu 95 kg idi ve Cushingoid görünümü yoktu. Yapılan fizik muayenede bilateral kalça eklem hareket açıklığı (EHA) tüm yönlerde kısıtlı ve ağrılıydı. Lomber EHA her yöne açık ve ağrısızdı. Hastanın yapılan rutin kan tetkiklerinde 25-OH Vitamin D 21,84 ng/mL (normal değer:30-100 ng/ml) idi ve bunun dışındaki laboratuar değerleri normal sınırdaydı. Hastaya her iki kalça anterior-posterior (AP), lomber AP-lateral, dorsal lateral direk grafileri çekildi. Sağ kalça AP grafide asetabular eklem aralığının skleroze olduğu, sol kalça AP grafide total kalça implantı, vertebra grafilerinde tüm vertebralarda yükseklik kaybı ve multiple çökme fraktürleri mevcuttu. Dual enerji X ışını absorpsiyometrisi (DXA) değerlendirmesinde sağ femur boyun T skoru -1,2; sağ femur toplam T skoru -1,7; L1-4 T skoru -0,1 idi. Hastaya kalsiyum ve vitamin D replasmanından sonra alendronat 75 mg/hf başlandı. Poliklinik takip önerisiyle taburcu edildi. Bu olgu sunumu için hasta onamı alınmıştır.

Sonuç: Cushing Sendromu (CS) sekonder osteoporozun önemli bir nedenidir ve sıklıkla kırıklar eşlik eder. Trabeküler kemik glukokortikoid osteoporozunda daha fazla etkilenir. Bu yüzden CS hastalarda fraktürler sıklıkla vertebra ve kostalarda görülür. CS olan hastalar lomber dual enerji X ışını absorpsiyometrisi (DEXA) ile takip edilmelidir. Glukokortikoid osteoporozunda hastalarda DEXA T skoru -1 SD'den düşük olanlara bifosfanat tedavisine başlanması önerilmiştir. Glukokortikoid ostoeoporozu olan hastalarda lomber vertebra kırıklarının sadece %30'u semptomatiktir ve bu kırıklar düşük kemik mineral yoğunluğu ile ilişkili olmayabilir. Bu yüzden dorsal ve lomber vertebra lateral X-ray grafileri de tanı için esastır. American College of Rheumatology (ACR) glukokortikoid ostoeoporozunun önlenmesi ve tedavisinde vertebra görüntülemesi için radyografi ya da DEXA ile birlikte VFA (Vertebral Fracture Assessment) kullanımını önermiştir. CS'nda osteoporoz reversibledır ve tam iyileşme yaklaşık olarak 10 yıl sürmektedir. Bu yüzden, kemik mineral yoğunluğu iyileşmesini hızlandırmak için bu hastalarda antirezorptif kullanımı önerilmektedir. Bu olguda sunulan hasta, sürrenalektomi sonrası yaklaşık 6 ay sonra boyunda ortalama 8 cm kısalma olduğunu, sırt ya da bel ağrısı yaşamadığını ifade etmektedir. O dönemde hastaya DEXA ve vertabra grafisi çekilmediği, osteoporoza yönelik medikal tedavi verilmediği öğrenildi. Biz osteopenik olan hastamızda çektiğimiz dorsal ve lomber lateral vertebra grafilerinde multiple fraktürler saptadık. Hastamıza kalsiyum ve D vitamini replasmanından sonra alendronat tedavisi başladık ve poliklinik kontrol takibine aldık. Sonuç olarak CS'nda osteoporoz ve patolojik fraktürler normal populasyona göre sık görülmektedir ve vertebra kırıklarının bir çoğu asemptomatik seyretmektedir. Bu hastalar DEXA ve dorsolomber lateral vertebra grafiler ile takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Cushing sendromu, osteoporoz, vertebra kırığı

P-064 Partial Thickness Supraspinatus Tendon Tear Treated Successfully Using Prolotherapy; Clinical And MRI Findings: Case Report

Sena Tolu[1], Muammer Müslim Köse[2]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Medipol University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Karaman Medical Center, Karaman, Turkey

Objective: Rotator cuff pathology is the most common etiology of shoulder pain. Symptoms include pain, weakness and loss of motion.Conservative treatment (rest, ice packs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs and physical therapy) is usually sufficient. But if it does not improve with conservative treatment, therapeutic injections like prolotherapy can be useful. Prolotherapy is a non-surgical injection therapy for musculoskeletal pain. This case report documents the non-surgical treatment of partial thickness Supraspinatus tendon tear using prolotherapy and at-home exercise.

Case: The patient was a 53-year-old woman who was suffering from a moderate pain in her right shoulder for over 1 year. She was a house-wife and she had no systemic diseases and trauma history. In addition to physiotherapy, she used various NSAID's, but her complaints had not resolved with these treatments. In evaluation with a goniometer, right shoulder had 150°painful forward flexion and abduction. The internal rotation could be done very painfully, not suitable for goniometer measurement. The other movements of the shoulder were relatively normal and the left shoulder was perfectly normal.Tests on the right shoulder showed a positive result for Neer test, empty can test and Hawkins Kennedy test. In evaluating the neck, the range of motion was normal and there was no pain. We used VAS (Visual Analog Scale) for measurement of the pain level and also used DASH questionnaire for evaluation of shoulder function. The pain level of the patient was 8 (VAS) and DASH score was 61.7. After the first visit, blood analysis and biochemical tests were reported as normal. Right shoulder magnetic resonance imaging (MRI) was performed. MRI revealed a partial-thickness supraspinatus tendon tear of the bursal sided fibers which was hyperintense on sagittal oblique fat-saturated T2-weighted (Fig. 1A) and coronal oblique PD images (Fig. 1B). 100 mg tramadol tablet was prescribed for the patient once per day. One session per two weeks protocol of shoulder prolotherapy was applied to the patient after getting the written informed consent. Pendulum exercise and passive ROM exercises were began in the form of forward flexion, internal rotation, external rotation, and abduction. The patient was evaluated after 1 month from the second injection. Her pain level was 4 (VAS) and DASH score was 20.0. There was no limitation in passive and active range of motion. In her control MRI no hyperintensity was detected on the bursal-side of the supraspinatus tendon on the coronal oblique fat-saturated PD images (Fig. 1C).

Conclusion: Clinical and MRI findings suggest a very satisfactory improvement. These results verify the positive impact of prolotherapy in rotator cuff syndrome. As a result of this case report, further studies aiming to offer a different minimally invasive treatment option to the patients who don't get any benefit with the other treatments (NSAID, physiotherapy, exercise) may be performed. We are in the opinion that prolotherapy may be an appropriate therapy for patients with rotator cuff syndrome refractory to conservative care.

Keywords: Supraspinatus tendon tear, prolotherapy, magnetic resonance imaging

P-065 Anti TNF Ajan ile Oral Kortikosteroidin Birlikte Kullanıldığı Romatoid Artritli Bir Olgu Sunumu

Özlem Akan

Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Romatoid artritli (RA) hastalarda genellikle oral kortikosteroid düşük dozda ve kısa süreli başlansa da hastalık modifiye edici ilaçlarla (DMARD) düşük hastalık aktivitesi ya da remisyon sağlanması hedeflenmektedir. Hedefe ulaşılamayan hastalarda kombinasyon tedavilerine ya da anti TNF tedaviye geçilmekte, anti TNF ilaçlar sıklıkla metotreksat başta olmak üzere DMARD'larla kombine edilmektedir. Bu olgu sunumunda amaç uzun süreli steroid kullanım öyküsü olan anti TNF tedavisi ile hastalık aktivitesi kontrol altına alınamayan hastalarda oral steroid kullanımının devam ettirilmesinin irdelenmesidir.

Olgu: 50 yaşında kadın hasta polikliniğimize yaygın eklem ağrısı şikayetiyle başvurdu. Bir aydır şiddetli enflamatuvar karakterde eklem ağrısı varmış, sabah tutukluğu iki saatten fazla sürüyormuş. Hasta on üç senedir dış merkezde romatoid artrit olarak takip edilmiş, düzenli olarak metilprednisolon 6 mg/gün, metotreksat (MTX) 20 mg/hafta, folik asit 1*1/ hafta kullanmış. Leflünamidi ve sulfasalazini tolere edememiş. Metotreksat ile gastrik yan etkiler yaşasa da kullanmaya devam etmiş. Fizik muayenesinde el bileklerinde, mkflerde, piflerde, ayak bileklerinde palpasyonla hassasiyet, sağ el 2. ve 3. mcflerde şişlik tespit edildi. Laboratuar parametrelerine bakıldığında CRP 73,32 (0-5 mg/L), sedimentasyon 84 (0-20 mm saat) saptandı. Diğer laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi. DAS28 6,34 (yüksek hastalık aktivitesi) olarak değerlendirildi. Hastaya anti TNF hazırlığı yapılarak steroidi yavaş yavaş kesildi. Anti TNF ajan + MTX 20 mg /hafta + folik asit başlanan hasta 1 ay sonra acil servise şiddetli eklem ağrısı ve sol dizde şişlik şikayeti ile başvurdu. Laboratuar parametrelerinde CRP 41 (0-5 mg/L), sedimentasyon 120 (0-20 mm saat) saptandı. Diğer laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi. Sol dizde efüzyon tespit edilen hastaya ponksiyon yapılarak sinovyal sıvı analiz edildi ve RA aktivasyonu olarak değerlendirildi. Hasta Romatoloji Ana Bilim Dalı ile konsulte edilerek eklem içi steroid yapıldı ve tedavisine metilprednisolon 4mg/gün ilave edildi. Bir ay sonraki kontrolünde eklem ağrılarının ve sol dizdeki efüzyonun gerilediği semptomların kontrol altında olduğu görüldü. Kontrol CRP'sinin 4.2 (0-5 mg/L), sedimentasyonun 21 (0-20 mm saat) DAS28 1.55 (remisyon)olduğu tespit edildi. Hastaya tedavisine anti TNF + MTX 20 mg /hafta + folik asit 1*1/ hafta+ metilprednisolon 4 mg /gün şeklinde devam etmesi önerildi.

Sonuç: Tedaviye dirençli, uzun süre oral steroid kullanım öyküsü olan, anti TNF+ DMARD kombinasyonuyla hastalık aktivitesi kontrol altına alınamayan seçilmiş romatoid artritli olgularda anti TNF ve DMARD kombinasyonuna düşük doz oral steroid eklenmesi düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Kortikosteroid, romatoid artrit, tnf inhibitör

P-066 Romatoid Artrit Tanılı Hastalarımızda Gelişen Septik Artritin Başarılı Tedavisi

Betül Sargın[1], Gülcan Gürer[2]

[1]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[2]Adnan Menderes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Romatoid artrit, simetrik, poliartiküler, kronik, sistemik, inflamatuar bir hastalıktır. Septik artrit, sinovyal zar ve sıvının bakteriyel, viral ya da fungal etkenlerle oluşan iltihabıdır. Romatoid artrit hastalarında genel populasyona kıyasla septik artrit 4-15 kat artmıştır. Tanı gecikmesi ve yetersiz tedavi edildiği durumlarda kişinin yaşamını ömür boyu etkileyebilmektedir.Burada romatoid artrit tanılı hastalarımızda gelişen septik artritin başarılı tedavisini sunmayı amaçladık. Amacımız romatoid artrit ' de septik artrit ' e dikkat çekmektir.

Olgu: Olgu 1: 83 yaşındaki kadın olgu 10 gündür olan sağ dizde ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişde Romatoid artrit tanısı ile takipli sol diz artroskopi nedeni ile opere olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Leflunamid 20 mg/gün ve metilprednisolon 4 mg/gün kullanmakta idi. Fizik muayenede sağ dizde 1 cm çap farkı vardı. Sağ diz aktif 100, pasif 110 derece fleksiyon yapabiliyordu. Tedavisinin düzenlenmesi için yatırılan hastanın takiplerde ateş yüksekliği olması nedeni ile kan ve idrar kültürleri alındı. Kan kültüründe staphylococcus aureus üremesi oldu. Sağ dizden alınan artrosentez materyalinde 200.000 lökosit görüldü, kültürde kan kültürü ile uyumlu üreme oldu. Ortopedi hastalıklarına drenaj için konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi üzerine Sefazolin 8 gram/intravenöz başlandı. İntravenöz antibiyotik tedavisi 3 haftaya tamamlandı ve setaleksin 4 gram /gün oral tedavi ile taburcu edildi. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir.

Olgu 2: 62 yaşındaki kadın olgu 1 aydır olan sol dizde ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişde hipertansiyon ve vertigo mevcut idi. Soygeçmişde özellik yoktu. Metilprednisolon 4 mg/gün, leflunamid 20 mg/ gün, hidroksiklorokin 200 mg/gün, sulfosalazin 2 gram/gün kullanmakta idi. Fizik muayenede sol dizde 2 cm çap farkı mevcuttu. Sol diz aktif 90, pasif 100 derece fleksiyon yapabiliyordu. Kan kültüründe gram pozitif kümeli kok üremesi oldu. Sol dizden alınan artrosentez materyalinde 179.200 lökosit görüldü, kültürde kan kültürü ile uyumlu üreme oldu. Ortopedi hastalıklarına drenaj için konsülte edildi. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi üzerine sefazolin 6 gram/gün intravenöz başlandı. Antibiyotik tedavisi 3 haftaya tamamlandı ve setaleksin 4 gram/gün oral tedavi ile taburcu edildi. Hasta halen kliniğimizde takip edilmektedir.

Sonuç: Romatoid artrit tanılı hastalarda şiş ve kızarık eklem dikkate alınmalı, sadece hastalık aktivitesi olarak değerlendirilmemeli, ilk etapta septik artrit açısından değerlendirilmeli, tanı ve tedavi amaçlı artrosentez yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, septik artrit, tedavi

P-067 Romatoid Artrit ve Primer Biliyer Siroz Birlikteliği

Mustafa Toprak, Murat Toprak, Levent Ediz, Sedat Öztürk, Burak Yılmaz

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Primer Biliyer Siroz (PBS) serolojik olarak kolestazla uyumlu, yüksek titre antimitokondriyal antikorların varlığı ve histolojik olarak kronik nonsüpüratif kolanjit ve granülomlarla seyreden progresif kolestatik karaciğer hastalığıdır. Epidemiyolojik çalışmalarda PBS hastalarında Romatoid Artrit (RA) insidansında anlamlı olarak artış görülmese de PBS hastalarının %1.8-5.6 sında RA saptanmıştır. RA hastalarında da benzer olarak normal popülasyona göre PBS görülme sıklığı artmıştır. Burada RA ve PBS birlikteliği olan olgu sunulmuştur.

Olgu: 41 yaş bayan hasta, 5 yıl önce sinsi başlayan yaklaşık 6 aydır süren her iki el eklemlerinde ağrı, şişlik ve 45 dakika süren sabah tutukluğu şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde her iki el 2,3,4.metakarpofalangeal (MKF) ve 2,3. Proksimal interfalangeal eklemlerinde(PİF) ve her iki el bileğinde artrit saptandı. Tetkiklerinde CRP: 51 mg/L, ESR: 42mm/saat, RF:218 ve anti-CCP: 300 olarak saptanan hastanın mukayeseli el grafisinde periartiküler osteopeni görülmesi üzerine RA tanısı konuldu. Metotreksat haftalık 15 mg tedavisine rağmen 3 ay içinde yüksek hastalık aktivitesi devam eden hastada takiplerinde sulfasalazin ve hidroksiklorokin de eklenerek klasik 3 lü kombine tedaviye geçildi. Bu tedavi altında klinik takiplerinde AST/ALT: 125/126 U/L Alkalen fosfataz:1676 U/L gamaglutamil transferaz (GGT):216 sonuçlarıyla karaciğer parankim ve kolestaz enzimlerinde artış görülen hasta gastroenteroloji kliniğince araştırıldı. Hepatit markerları ve HIV testleri negatif olan hastanın antimitokondriyal antikoru(AMA) +++ saptanmış. Karaciğer biyopsi sonucunun yer yer granülomların izlendiği kronik nonsüpüratif kolanjit ile uyumlu gelmesi üzerine PBS tanısı konulmuş. Klasik 3 lü DMARD tedavisi altındaki takibinde DAS-28: 4.1 saptanan ve PBS tanısı nedeniyle kombine DMARD kullanımının hepatotoksik etkilerinden korunmak istenen hastada abatasept 500 mg/ay ve sulfasalazin 500mg 2x2 tedavisine geçildi. Klinik takiplerinde DAS-28 değeri 3.8 saptandı, AST/ALT:115/87 U/L saptanan hastada orta hastalık aktivitesi nedeniyle Rituksimab 1000 mg 2 hafta arayla 6 ayda bir ve metotreksat 7.5 mg haftalık tedavisine geçildi. Klinik takiplerinde DAS-28 değeri 1.4 e düştü. AST ve ALT değerlerinde kısmi düşüş izlenen hasta gastroenteroloji bölümünce ursodeoksikolikasit 250 mg 2x1 tedavisi ile klinik takibine devam etmektedir.

Sonuç: Bu vakamızla romatoloji pratiğinde anormal karaciğer testlerinde AMA testinin değerlendirilmesi ve RA hastalarında transaminaz yüksekliğinin sadece ilaca bağlı düşünülmemesi konusunda farkındalığı arttırmak istedik. Literatürde RA ve PBS birlikteliği ile ilgili çok kısıtlı veri bulunmaktadır. Bu hastalıklardaki ortak patogenetik mekanizmaların daha ileri çalışmalarda ortaya konması ile birlikte RA ve PBS tedavisinde hasta yönetimi ve ilaç seçiminde belirgin ilerlemeler sağlanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer biliyer siroz, romatoid artrit, anti mitokondriyal antikor

P-068 The Relationship Between Wrist Proprioception And Hand Function in Patients with Rheumatoid Arthritis

Hilal Ata[1], Nurettin Taştekin[1], Buket Süslü[1], Murat Birtane[1], Necdet Süt[2]

[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Edirne
[2]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bioistatistik Anabilim Dalı, Edirne

Aim: The objective of this study was to evaluate the wrist proprioception and to investigate the relationship between wrist proprioception and hand functions in RA patients.

Methods: Forty female control subjects and forty female RA patients in remission or low level disease activity according to 28-joint Disease Activity Score (DAS-28) were recruited. Wrist range of motion (ROM), hand grip strength and wrist proprioception were measured. Wrist proprioception was evaluated by using the joint position sense test at specific angles for flexion, extension, radial deviation and ulnar deviation. Questionnaires were Duruoz Hand Index (DHI), Health Assesment Questionnaire-Turkish version (HAQ) and Beck Depression Inventory-Turkish version (BDI).

Results: There were significant differences in the ROMs for flexion and extension, wrist proprioception and hand grip strength between groups ($p<0.05$). In the RA, the right wrist JPSE on extension were significantly correlated with right hand grip strength ($p=0.007$, $r=-0,417$) and total DHI ($p<0.001$, $r=0.628$) and total HAQ score ($p=0.001$, $r= 0.510$). Howewer, in this group any outcomes of the left wrist JPSE did not correlate with left wrist ROM and left hand grip strength ($p>0.05$).

Conclusion: It was found that wrist proprioception acuity of RA group was diminished. Wrist extension proprioception is closely related to hand and/or wrist-related functionality and functional status in daily living activities in RA. Dominant side much more valuable in determining the relationship between wrist proprioception and hand functions in RA compared to non-dominant side.

Anahtar Kelimeler: Hand functions, rheumatoid arhritis, proprioseption

P-069 Eroziv Osteoartrit Olarak Takip Edilen Romatoid Artrit Olgusu

Gürkan Akgöl, Muhammet Şahin Elbastı, Arif Gülkesen, Gökhan Alkan, Arzu Kaya

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilimdalı, Elazığ

Amaç: Osteoartrit (OA), çok sık görülen, sinovyal eklem kıkırdaklarında bozulma, eklem yüzeyleri ve kenarlarında yeni kemik oluşumu ile karakterize kronik, inflamatuar olmayan, eklem hastalıklarından biridir. El Osteoartriti(OA), parmak eklemlerinde kemik genişlemeleri ve el deformiteleri ile karakterizedir. Eroziv osteoartrit (EOA) el osteoartritinin bir alt grubudur, öncelikle IF eklemleri hedef alır, ani başlangıç, ciddi ağrı ve fonksiyon kaybı, inflamatuar semptom ve bulgular (tutukluk, yumuşak doku şişliği, eritem, parestezi, hafif CRP yükselmesi) ile seyreder ve non-erozif forma göre daha kötü son durum ile karakterizedir.
Romatoid Artrit (RA); etyolojisi belli olmayan, sistemik bulgular gösteren, özellikle periferik sinovyal eklemleri tutan, ekstraartiküler tutulumun eşlik ettiği, simetrik eklem hastalığının odak oluşturduğu kronik, sistemik, otoimmün, inflamatuar bir hastalıktır. Bu olguda eroziv el osteoartritiyle takip edilen hastada romatoid artrit gibi inflamatuar artritlerinde ileri yaşlarda da ortaya çıkabileğini ve tanıyı hastanın şikayetlerine göre tekrardan gözden geçirmek gerekebileceğini vurgulamak istedik.

Olgu: Yaklaşık 10 yıldır eroziv osteoartrit ile takip edilen 62 yaşında bayan hastaya, eroziv osteoartrit için kolşisin 2*1 ve hidroksiklorokin 200 mg 1*1 başlanmış. Hidroksiklorokini tolere edemeyen hastaya kolşisin ile birlikte metotreksat 7.5mg /hft ve folik asit eklenmiş. Hasta yaklaşık 4 yıl boyunca Bu tedavi ile takip edilmiş. Kendi isteğiyle son 3 aydır metotreksat ve folbiol almayı bırakan hastanın her iki el bileğinde, 2-3. Metakarpofalangeal eklemlerinde ve sağ ayak bileğinde ağrı ve şişlik yakınmasıyla romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sabah tutukluluğu 15 dakika kadar süren hastanın, halsizlik ve uykuya dalmada problemi varmış. Sedef hastalığı öyküsü, psöriazisle uyumlu tırnak değişikliği, daktilit öyküsü yoktu. Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı yoktu. Özgeçmişinde; solda KTS operasyonu mevcutken, soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; Her iki elde heberden ve bouchard nodülleri görüldü ve palpe edildi.Her iki el bileğinde,her iki el 2-3.metakarpofalangeal eklemlerde ve sağ ayak bileğinde hassasiyet, şişlik, sağ diz popliteal bölgede ele gelen şişlik mevcutttu, bilateral krepitasyon alınıyordu. Laboratuvar: Hb:11, Wbc:8560, Plt:421000, Sedimantasyon:14, CRP:3, TİT: Doğal, RF:15.8, CCP>200, HLAB-27: (-) Radyoloji; Hastaya yapılan USG' de ayak ve el bileğinde doppler sinyal artışı ve kemik yapıda düzensizlik izlendi. Çekilen mukayeseli El ve Ayak AP grafide; osteofit formasyonu,kist, subkondral skleroz,erozyon ve bant osteoporoz saptandı.

Sonuç: El OA'sı sıklıkla simetrik, poliartiküler tutulum yapar fakat bütün el eklemleri eşit olarak etkilenmez. OA en sık DIF'de görülür, bunu 1. karpometakarpal ve PIF eklemler takip eder, en az ise metakarpofalangeal eklemlerde görülür.
Eroziv osteoartrit el osteoartritinin bir alt grubudur, öncelikle IF eklemleri hedef alır, ani başlangıç, ciddi ağrı ve fonksiyon kaybı, inflamatuar semptom ve bulgular (tutukluk, yumuşak doku şişliği, eritem, parestezi, hafif CRP yükselmesi) ile seyreder ve non-erozif forma göre daha kötü son durum ile karakterizedir.
Osteoartritin eroziv formunun neden olabildiği sinovit atakları ve radyolojik erozyon bulguları nedeniyle tanı RA ile karışabilir. Radyolojik değerlendirmede erozyonlar RA'daki marjinal erozyonlardan farklı olarak, daha santral şekilde yerleşim gösterir. Sistemik semptomların olmaması, metakarpofalangial eklemlerin nadiren tutulması, enflamatuvar artritteki radyolojik ve laboratuvar bulguların olmamasıyla RA'dan ayırıcı tanısı yapılabilir. Santral erozyon tipik olarak 'martı kanadı' veya 'testere dişi' görünümündedir.
Eroziv osteoartrit ve diğer sık görülen eroziv interfarengeal artropatileri birbirinden ayıran kesin tanı koydurucu laboratuvar bulguları olmadığı için, klinik bulgularla birlikte radyolojik özellikler tanısal değere sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Eroziv osteoartrit, romatoid artrit, interfarengeal artropati

P-070 Romatoid Artrit Tanılı Hastada Sülfasalazin Kullanımı Sonrası Gelişen DRESS Sendromu Olgusu

Musa Dönmez[1], Hasan Cıvan Asıg[1], Hilal Topyıldız[2], Ömer Faruk Şendur[1], Neslihan Şendur[2]

[1]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın
[2]Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Aydın

Amaç: (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) DRESS sendromu klinik olarak yaygın mukokutanöz döküntülerin olduğu şiddetli bir ilaç reaksiyonu tablosudur. Bu tabloya ateş, lenfadenopati, hematolojik anormallikler ve karaciğer gibi iç organ tutulumu eşlik etmektedir. En sık hematolojik bulgular eozinofili ve atipik lenfositlerdir. Literatürde en sık olarak antikonvulzan ilaç kullanımı sonrası saptanmıştır. Sorumlu tutulan ilacın kullanımı ve klinik tablonun ortaya çıkışı arasında 2-8 hafta süren bir latent periyot mevcuttur. Patofizyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte sitokrom ailesinden olan epoksit hidrolaz enziminin eksik yada defektif olması en çok üzerinde durulan nedenidir. Sistemik belirtiler ve solid organ tutulumu nedeniyle başta infeksiyonlar olmak üzere birçok hastalığı taklit edebilmektedir. Mortal seyredebilen bir hastalık olduğu için erken tanı konması önemlidir. Bu bildirimizde romatoid artrit tanılı hastada sülfasalazin kullanımına ikincil gelişen DRESS sendromu olgusu sunulmuştur.

Olgu: 28 yaşında kadın hasta yüzde şişlik, vücutta kızarıklık ve sağ el sırtında şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.Öyküsünde 2008 yılından beri romatoid artrit tanısıyla takıp edildiği methotreksat, hidroksiklorokin, metilprednizolon gibi antiromatizmal ilaçlar kullandığı son olarak gebelik planladığı için leflunomid ve methotreksat'ın kesildiği öğrenildi. Metilprednizolon 4 mg /gün ve Hidroksiklorokin 400 mg /gün tedavisi alırken hastalık aktivitesinde artış olması sebebiyle 3 hafta önce 2000mg/gün dozunda sülfasalazin başlandığı öğrenildi. Sülfasalazin tedavisi baslandıktan 3 hafta sonra hastada üşüme titreme halsizlik, ateş yüksekliği yakınmalarının olduğu ve devamında hastada şiddetli kaşıntı yakınmasının ortaya çıktığı öğrenildi. Kaşıntıdan 1 gün sonra yüzde ve sağ üst ekstremitede şişlik ve tüm vücutta kırmızı renk makulopapuler lezyonların ortaya çıktığını belirten hasta bu şikayetlerle hastanemize başvurmuş ve ilaç erüpsiyonu ön tanısıyla hastanemiz dermatoloji kliniğine yatırılmış. Özgeçmiş sorgulamasında demir eksikliği anemisi ve 10 yıldır tanı aldığı romatoid artrit hastalığı mevcutmuş. Fizik muayenesinde yüzde ödem ve püstüler lezyonlar sağ elde ödem, gövde ve alt ekstremitelerde makulopapuler döküntü, bilateral aksiller bölgede lenfadenopati (LAP) olduğu saptanmış. Laboratuvar bulgularında Hemoglobin:10,6 gr/dL(N: 11-15), Lökosit:20.600/mkrL(N: 4000-10000) Nötrofil:9380mkrL(%30.6)(N: 2000-7000), Eozinofil:8910mkrL(%29.1)(N:20-500) Aspartat aminotransferaz(AST):42U/L(N: 5-34), Alanin aminotransferaz(ALT):88 U/L(N: 0-55) Gamma glutamil transferaz(GGT):280 U/L(N: 9-36) Alkalen fosfataz(ALP):533 U/L(N: 40-150) değerleri saptanmış. Dermatoloji bölümü tarafından kullandığı tüm ilaçlar kesilen hastaya günlük 40 mg metilprednizolon baslanmış. Yuzundeki eritem ve şişlik için hastaya hidrokortizon %0.1'lik krem ve ağız çevresindeki püstüler lezyonlar için %2'lik fusidik asit krem kullanılmış. Tarafımızdan konsültasyon ile değerlendirilen hastaya sağ el sırtındaki ödem için elevasyon ve soğuk uygulama yapıldı. 9 günlük servis takibi sonrasında sağ el sırtındaki ve yüzdeki ödem tamamen gerilerken karaciğer fonksiyon testleri normal değerlere indi. Hastanın metilprednizolon 30 mg /gün dozuna düşülerek taburcu edildi. 1 hafta sonra FTR poliklinik kontrolünde klinik ve laboratuar bulguları olağandı. Metilprednizolon dozu azaltılarak kesilmesi planlandı. Hasta gebelik planladığı için hastalık modifiye edici biyolojik ajanlardan sertolizumab pegol tedavisi planlandı.

Sonuç: Ani başlayan ateş,eşlik eden döküntü ve sistemik bulguları olan olgularda ilaç kullanım öyküsü dikkatli sorgulanmalıdır. Günlük romatoloji pratiğimizde sık kullandığımız ilaçlardan olan sülfasalazın ve antiepileptik ilaçların yan atkisi olarak ortaya çıkabilecek olan DRESS sendromu mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DRESS, ilaç reaksiyonu, romatoid artrit

P-071 Romatoid Artrit'te Etanercept Tedavisi Sonrasında Gelişen Derin Ven Trombozu: Olgu Sunumu

Zeynep Aykın Yığman, Nihan Abidin Geçer, Deniz Erdoğdu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Romatoid artrit (RA) toplumda %1'e yakın sıklığı ile en fazla karşılaşılan inflamatuar bağ dokusu hastalıklarındandır. RA, derin ven trombozu ve pulmoner emboli için sıklıkla risk faktörü olarak görülmemesine rağmen RA'lı hastalarda venöz tromboemboli riskinin arttığı saptanmıştır. Son zamanlarda ön plana çıkan anti-tümör nekroz faktörü (anti-TNF) ajanlarıyla yapılan tedavi, çoğu zaman otoantikorların (anti-nükleer antikorlar, anti-çift sarmallı DNA antikorları ve anti-fosfolipid antikorları) indüksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Bu antikorların klinik önemi belirsizliğini korumakla birlikte, tromboembolik komplikasyonları olan anti-fosfolipid sendromuna yatkınlık yarattıkları düşünülmektedir. Anti-TNF ajanlardan Etanercept'in de tromboembolik olaylarla ilişkisi literatürde az sayıda vaka sunumları şeklinde bildirilmiştir. Bu olgumuzda kliniğimizce RA tanısı ile izlenen; 2016 yılında Etanercept tedavisi başlanan ve tedavinin 2. yılında derin ven trombozu gelişen hastamızı sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Derin ven trombozu, etanercept, romatoid artrit, venöz tromboemboli

P-072 Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Birlikteliği Saptanan Periferik Artrit Olgusu

Ayşe Sevim Kalın, İsmihan Sunar, Şebnem Ataman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS) etyopatogenez, klinik özellikler, radyolojik bulgular ve serolojik testler ile birbirinden farklılık gösteren romatolojik hastalıklardır.Birliktelikleri nadir görülmemesine rağmen, klinik gözlem ve değerledirme eksikliği nedeniyle az sayıda olgu bildirilmiştir. Bu olguda akut başlangıçlı, simetrik, periferik artrit bulgularıyla başvuran hastada ayırıcı tanı değerlendirilmesi ve tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta bir hafta aralıklar ile sırasıyla her iki dirsek, sağ el bileği ve her iki dizde gelişen ağrı,şişlik, hareket kısıtlılığı yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde hipertansiyon dışında öyküsü olmayan hastanın soygeçmiş ve sistemik sorgulamasında özellik yoktu. Fizik muayenesinde servikal omurga sağ ve sol rotasyon, lateral fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri kısıtlı, dorsal kifoz artmış, lomber lordoz düzleşmiş ve lomber hareketler tüm yönlerde range sonu kısıtlı idi. Sağ dirsekte 15 derece, sol dirsekte 45 derece flexiyon kontraktürü mevcuttu. Sağ el bileği dorsiflexiyon range sonu 10 derece limitli, sağ el bileği ve sağ 1, 2. metakarpofalangial eklemde şişlik ve hassasiyet tesbit edildi. Her iki dizinde 20 flexiyon kontraktürü vardı. Hassas eklem sayısı 7, şiş eklem sayısı 5, modifiye shober testi 23 cm, el-yer mesafesi 2 cm idi. Nörolojik defisit yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 11.7 gr/dL, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) 47 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 58.8 mg/L, romatoid faktör (RF) 126 IU/mL, anti siklik sitrülin peptit (anti-CCP) 730 RU/mL olarak saptandı. HLA B27 negatif olarak sonuçlandı. Pelvis grafisinde bilateral sakroiliak eklemlerde skleroz artışı, düzensizlik ve daralma, sakroiliak MR görüntüleme de sakral yüzlerde daha belirgin olmak üzere aktif inflamasyon ile uyumlu kemik iliği ödemi olarak raporlandı.Servikal ve lomber lateral grafide sindezmofit, sağ dirsek grafisinde lateral ve medial epikondil tendon yapışma yerinde entezopati mevcuttu. Diz grafisi bilateral grade 2 gonartroz olarak değerlendirildi. Her iki el postero-anterior grafi de patoloji saptanmadı. Eklem sıvısı aspirat örneğinde beyaz küre sayısı (WBC) 7667, direkt mikroskopide polimorf nüveli lökosit sayısı 10-15 idi ve kültür sonucunda üreme olmadı. Bir hafta sonra hastada sol el bileği ve sol 3,4 ve 5. mkf eklemde artrit bulguları gelişti. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgular ile RA ve AS birlikteliği kabul edilen hastada metotreksat, steroid ve salazopirin başlandı. İki hafta sonra klinik ve laboratuvar bulgu olarak düzelen hasta romatoloji polikliniğinde takibe alındı. İki ay sonra poliklinik kontrolünde Hastalık Aktivite Skoru-28 (DAS28) 1,46, Bath AS Hastalık Aktivitesi İndeksi (BASDAI) 2.4 olarak değerlendirildi.

Sonuç: AS ve RA birlikteliği saptanan hastalarda etkin tedavi planlanmalıdır. Son yıllarda biyolojik ajanlar (TNF-alfa inh) gündemde olsa da ilk basamak tedavide Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) + Steroid + Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, Ankilozan spondilit, periferik artrit

P-073 Kalça Protez Operasyonu Sonrası Septik Artrit Geçiren Hastalık Aktivitesi Baskılanamayan Romatoid Artrit Hastası: Olgu Sunumu

Fatma Ballı, Deniz Dülgeroğlu, Nihan Abidin, Sadık Yiğit Yıldız, Ajda Bal, Yasemin Tombak, Ece Ünlü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Anti-Tumor Necrosis Factor-alpha (Anti-TNF-α) ajanlar sentetik hastalık modifiye edici (s-DMARD) ilaçlara dirençli Romatoid Artrit(RA) tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır,buna karşın en sık yan etkisi enfeksiyona yatkınlığı artırmasıdır. Bu olgu sunumunda kalça protez operasyonu sonrası sık septik artrit geçiren; hastalık aktivitesi baskılanamayan RA'lı hastada biyolojik ilaç seçiminin önemi vurgulanmıştır.

Olgu: YK, 59 yaşında kadın, 20 yıllık seropozitif RA tanılı,10 yıldır kliniğimizde takipli hasta. İlk başvurusunda RF: 50 IU/ml, Anti-CCP: negatif, DAS 28:3.29.Ellerinde ileri RA deformiteleri, bilateral diz ve sağ kalçada protez mevcut. Daha önceden Metotreksat (MTX)15 mg/hafta, Leflunomid(Lef) 20 mg /gün, Salazopyrin (SLZ) 2x1000 mg /gün, Prednisolon 10 mg /gün ve Asemetazin 2x60 mg/gün kullanmış.S-DMARD'lara rağmen yüksek klinik aktivitesi baskılanamadığı için 2013 de Adalimumab (ADA) tedavisi başlanmış ve 3 yıl kullanmış, iyi cevap alınmıştır. Eylül 2016 yılında sol kalça tutulumuna bağlı ağrı ve fonksiyon kaybı arttığı için ADA kesilip, ortopedi kliniğinde total kalça protezi yapılmıştır; ancak hastanın sol kalçaya yük verememe şikayeti ve ESR,CRP yüksekliği olduğu için Kasım 2017 ortopedi kliniğinde septik artrit tanısıyla 3 kez revizyon operasyonu, eklem lavajı, intravenöz antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. Haziran 2018'de sol kalça enfeksiyonu tamamen iyileşmiştir. Takiplerinde Lef 20 mg /gün,Asemetazin 2x60 mg/gün, Prednisolon 10 mg /gün ve tramadol 2x50 mg /gün kullanan hastanın HAQ:2,5, DAS-28:6 hem klinik hem laboratuar aktivitesi yüksek olduğu için kliniğe yatırılarak takip edilmiş, bu sırada 15 seans fizik tedavi uygulanmıştır (El ve ayaklara dört hücre galvani, cold pack). Hastanın şikayetleri oldukça azalmıştır.DAS-28:4.05, ancak ESR: 118mm/sa, CPR:71 mg/dl, RF:338IU/ml, Anti-CCP 76 U/ml olmak üzere belirgin laboratuar aktivite tespit edilmiştir. Bu nedenle ekstraartiküler tutulum varlığı araştırılmış, patoloji saptanmamış ve B hücre aktivasyonu düşünülmüştür. Tedaviye biyolojik ajan eklemenin gereği ortaya çıkmış; hastanın seropozitif olması, B hücre deplesyonu yaparak etki göstermesi, enfeksiyon riskinin düşük olması nedeniyle Rituksimab uygun bulunmuştur. İlk doz 1000 mg intravenöz uygulanmış, hastanın 15. gün kontrolünde ESR 90mm/sa CRP:16.2mg/dl, DAS-28:3.58 olduğu, laboratuvar ve klinik aktivitenin düştüğü gözlemlenmiş, hasta da çok memnun olduğunu ifade etmiştir.
TNF-α'nın endotel hücre aktivasyonu, adezyon molekül sunumunun artırılması, inflamatuvar hücrelerin inflamasyon alanında toplanmasının kolaylaştırılması, prokoagülan etki ile enfeksiyon ajanının yayılmasının önlenmesi ve granülom yapısının kuvvetlendirilmesi gibi enfeksiyonla mücadeleyi kolaylaştıran etkileri vardır. Bu nedenle Anti-TNF-α ajanlar yan etki olarak sıklıkla hafif enfeksiyonlara,nadir de olsa hospitalizasyon gerektiren septik artrit gibi ciddi enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle komplike protez cerrahisi, birkaç kez septik atrit geçiren hastamızda tekrar Anti-TNF-α ajan başlamak uygun değildir. Rituksimab, esas olarak CD20 (+) B hücreleri hedefleyen kimerik monoklonal antikordur, B hücre deplesyonu yapmaktadır, özellikle seropozitif RA tedavisinde daha da etkilidir. Anti-TNF-α ajanlara dirençli ya da enfeksiyon riskinin yüksek olduğu hastalarda güvenli bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, adalimumab, rituksimab

P-074 Seronegatif Romatoid Artritli Hastaların Ultrasonografi ile Entezopati Açısından Değerlendirilmesi

Zeynep Ertürk[1], Tuğba Özsoy[2], İlker Yağcı[2], Ümmügülsüm Gazel[1], Yasemin Yalçınkaya[1], Pamir Atagündüz[1], Haner Direskeneli[1], Nevsun İnanç[1]

[1]Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Tendon ve entezis bölgeleri kas iskelet sisteminin önemli bir kısmını oluşturmakla birlikte romatoid artrit (RA) hastalarında bu bölgelerin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Seronegatif RA hastalarında ise özellikle spondiloartropati ile tanının karışabilmesi açısından bu bölgelerin tutulumunun değerlendirilmesi daha da önem kazanmaktadır.

Amaç: Seronegatif romatoid artrit hastalarında entezit bölgelerindeki inflamatuar tutulumu araştırmak ve sağlıklı toplum, seropozitif RA ve ankilozan spondilit hastaları ile farklılıklarını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Bu kesitsel çalışmada, 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre tanı alan seronegatif RA hastalarının aşil, plantar fasya, proksimal patella, distal patella, quadriceps, tibialis anterior, triceps, ortak fleksör ve ortak ekstansör tendon tutunma yerleri entezopati açısından ultrasonografi eşliğinde gray skala ve power Doppler ile değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, hastalık aktivite skoru ve yaşam kalite ölçekleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda 27 seronegatif RA, 10 sağlıklı kontrol, 24 seropozitif RA ve 21 ankilozan spondilit hastasının sağ ve sol taraf tendon tutunma bölgeleri değerlendirildi. Seronegatif RA hastalarının ortalama DAS28 düzeyi 3,6 ± 1,28; ESR düzeyi 32,2 ± 21,2; CRP düzeyi 12,37 ± 27,77 olarak bulundu. Seronegatif RA hastalarında Madrid sonografik entezit skoru (MASEI) 5 olarak bulundu, 4 hastada ciddi tutulumlu bölge saptandı. Seronegatif RA ile sağlıklı kontrol grubu (median: 3) arasında anlamlı fark bulunurken (p=0.014), seropozitif RA (median: 6) ve ankilozan spondilit (median:7) grupları arasında anlamlı fark izlenmedi. Yapılan karşılaştırmalarda quadriceps tendonda hipoekojenisite (16 (29.6%) vs 6 (12.5%), p=0.037), quadriceps tendonda kemik erozyonu (9 (16.6%) vs 0, p=0.003) ve aşil tendonda kalsifikasyon (17 (31.4%) vs 6 (12.5%), p=0.023) seronegatif RA hastalarında seropozitif RA hastalarına göre daha sık olarak saptandı. Seronegatif RA hastalarında ortak ekstansör tendon erozyonu (26 (48.1%) v 3 (7.1%), p= <0.001), aşil tendon kalsifikasyonu (17 (31.4%) vs 2 (4.7%), p= 0.024) ve triceps tendon erozyonu (13 (24%) vs 1 (2.3%), p=0.036) ankilozan spondilit hastalarına göre daha sık olarak saptandı.

Sonuç: Seronegatif RA hastalarında entezit tutulumunun nadir olmadığı, aynı zamanda seropozitif RA hastalarında da benzer tutulumların olabileceğini gözlenlemiştir. Ayırıcı tanı açısından entezit bölgelerinin tutulumu seronegatif RA hastalarında daha çok araştırılmalı ve entezit bölgelerindeki aktif ve kronik tutulumların bu ayırımda bir rol oynayıp oynamadığı değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Entezit, romatoid artrit, spondiloartropati

P-075 Romatoid Artrit'in Etanercept ile Tedavisi Sırasında Gelişen Derin Ven Trombozu, Lupus Like Sendromu Olabilir mi?: Olgu Sunumu

Zeynep Aykın Yığman, Nihan Abidin Geçer, Deniz Dülgeroğlu, Ajda Bal, Yasemin Tombak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilasyon Kliniği, Ankara

Romatoid artrit (RA) toplumda %1'e yakın sıklığı ile en fazla karşılaşılan inflamatuar bağ dokusu hastalıklarındandır. RA, derin ven trombozu ve pulmoner emboli için sıklıkla risk faktörü olarak görülmemesine rağmen RA'lı hastalarda venöz tromboemboli riskinin arttığı saptanmıştır. Son zamanlarda ön plana çıkan anti-tümör nekroz faktörü (anti-TNF) ajanlarıyla yapılan tedavi, çoğu zaman otoantikorların (anti-nükleer antikorlar, anti-çift sarmallı DNA antikorları, anti-fosfolipid antikorları ve lupus antikoagulanı) indüksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Bu antikorların klinik önemi belirsizliğini korumakla birlikte, tromboembolik komplikasyonları olan lupus like sendromuna yatkınlık yarattıkları düşünülmektedir. Anti-TNF ajanlardan Etanercept'in de tromboembolik olaylarla ilişkisi literatürde az sayıda vaka sunumları şeklinde bildirilmiştir. Bu olgumuzda kliniğimizce RA tanısı ile izlenen; 2016 yılında Etanercept tedavisi başlanan ve tedavinin 2. yılında alt ekstremitede derin ven trombozu gelişen hastamızı sunmaktayız.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta, 2005 yılında seropozitif (RF(+), anti-CCP(+)) RA tanısı ile takibimize girmiştir. Tedavisi Hidroksiklorakin (200mg 2x1), Methotrexat (MTX) (15 mg/hf sc),Sulfasalazin (SZZ) (500 mg 2x2) ve NSAİİ olarak belirlenmiştir. Takipler sırasında SLZ tedavisine etkisizlik nedeniyle,HCQ tedavisine göz yan etkisi nedeniyle devam edilmemiştir. Takiplerinde ESR:74, CRP: 55 DAS28:4,7 şeklinde yüksek laboratuvar ve klinik aktivasyon olması üzerine tedaviye Ağustos 2016'da Tofasitinib 2x5 mg eklenmiş fakat yan etki sebebi ile 1 hafta sonra kesilmiştir. Eylül 2016'da Etanercept (ETA) (50 mg/hafta,sc) başlanan hasta tedaviden klinik olarak fayda görmüştür. ETA tedavisinin 2. yılında sağ alt ekstremitede ödem ve kızarıklık gelişmesi üzerine yapılan Doppler USG'de derin ven trombozu saptanarak Kalp-Damar Cerrahisi tarafından antikoagulan tedavi başlanmış, tarafımızdan ETA tedavisi kesilmiş, prednizolon 10 mg başlanmış, göğüs ağrısı, nefes darlığı nedeniyle AC grafisi çekilmiş şüpheli görüntü üzerine pulmoner emboli, akciğer malignitesi ön tanısıyla göğüs hastalıkları kliniğinde yatırılarak takip edilmiş bronkoskopik inceleme sonucu malignite düşünülmemiş olup pnömoni tedavisi başlanmıştır. Yapılan tetkiklerde ANA IFA (+) homojen patern, lupus antikoagülan tarama 66 gelmiş olup elde edilen sonuçlar lupus like sendromunu düşündürmektedir. Tedavinin 2. ayında ödem ve renk değişikliği gerilemiş, hastanın yakınmaları büyük oranda sonlanmıştır. Kasım 2018 itibari ile Rituksimab (1000mgx2/6ay,ıv) tedaviye eklenmiştir. Antikoagulan tedavisi halen devam etmekte olan hastanın yapılan Rituksimab infüzyonundan 15 gün sonra yapılan değerlendirmesinde DAS28:4,1 ESR:40 CRP:25 şeklinde gerileme kaydedilmiş, hastanın memnuniyeti artmıştır.

Sonuç: TNF-α, romatoid artrit dahil olmak üzere bir çok inflamatuvar hastalığın patogenezinde rolü olan pro-inflamatuvar sitokinlerdendir. inflamatuvar hastalıkların tedavisine yeni bir boyut kazandıran ve giderek daha yaygın olarak kullanılmaya başlanılan bu ilaç grubunun enfeksiyon, otoimmün hastalık, malignite, demiyelinizan sendromlar gibi önemli yan etkileri de bildirilmiştir.Son çalışmalarda, anti TNF-α tedavinin otoantikor pozitifliğine yol açabileceği, hastamızda olduğu gibi ANA pozitifliği ve lupus like sendromuna zemin hazırlayabileceği, buna bağlı olarak troboemboli dahil olmak üzere çeşitli komplikasyonların gelişebileceği ileri sürülmüştür. Klinisyenler, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gibi olası sonuçları önlemek, tespit etmek ve tedavi etmek için anti-TNF ajanlarıyla yapılan tedaviler sırasında bu etkileri akılda bulundurmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Derin ven trombozu, etanercept, lupus like sendromu, romatoid artrit

P-076 Romatoid Artrit Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı

Nehir Samancı Karaman[1], Elif Tezeri Şenel[1], Özlem Karataş[2], Hasan Fatih Çay[3], Sevcan Uğur[4], Nesrin Şen[5], Cem Erçalık[6], Cahit Kaçar[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya
[2]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Antalya
[3]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Antalya
[4]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Balıkesir
[5]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Balıkesir
[6]İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, İstanbul

Amaç: Huzursuz bacak sendromu (HBS); karşı konulamayan bacakları hareket ettirme ihtiyacı ve anormal duyusal semptomlarla karakterize, kronik, ilerleyici sensorimotor bir rahatsızlıktır. Etiyopatogenezi halen tam olarak aydınlatılamamış olan HBS, primer ve sekonder olmak üzere iki tipte görülmektedir. Primer HBS hastalarında genetik geçişin önemli rolü olduğu, sekonder HBS'nin ise periferik polinöropati, diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, parkinson hastalığı gibi bazı hastalıkların seyri sırasında ve gebelikte görülebileceği ve ayrıca antiepileptik, nöroleptik, kalsiyum kanal blokerleri ve dopamin antagonistleri gibi bazı ilaçların kullanımına eşlik ettiği bildirilmektedir. Literatürde inflamatuvar romatizmal hastalıklarda HBS varlığı sınırlı sayıdaki çalışmada araştırılmış olmakla birlikte sonuçlar çelişkilidir. Dolayısıyla bu araştırma klinik pratiğimizde sık karşılaştırdığımız RA hastalarında HBS sıklığını araştırmak ve klinik parametrelerle HBS varlığı ve şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 18 yaş ve üstü, Amerikan Romatizma Cemiyetinin tanı kriterleri göre kesin RA tanısı almış olan hastalar alındı. Yaş ve cinsiyet benzer inflamatuvar romatizmal hastalığı bulunmayan gönüllüler ile de kontrol grubu oluşturuldu. Lokomotor sistem semptomlarını HBS'den ayırt edemeyen hastalar, sekonder HBS'ye neden olabilecek hastalıkları ve ilaç kullanım öyküsü olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan tüm hasta ve kontrol grubunun demografik verileri, antropometrik ölçümleri, alışkanlıkları, yaşam tarzları, eşlik eden hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve aile öyküleri kaydedilerek ayrıntılı olarak sistemik ve lokomotor sistem muayeneleri yapıldı. Ayrıca uyku ve duygu durum bozuklukları değerlendirildi. HBS tanısı, Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu'nun (UHBSÇG) tanı kriterlerine göre konuldu. HBS şiddeti ise yine UHBSÇG HBS Şiddet Ölçeği'ne göre değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya belirlenen kriterler ile uyumlu 92 RA hastası alınarak yaş ve cinsiyet benzer 105 hasta ile kontrol grubu oluşturuldu. Çalışmaya alınan RA hastalarının yaş ortalaması 51±9.91 yıl, ortalama hastalık süresi 8.3 yıl idi. RA ve kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık yoktu. RA grubundaki 12 hastada (%13), kontrol grubunda ise 8 hastada (%7.6) HBS tespit edildi. RA ve kontrol grubu HBS varlığı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Ayrıca RA ve kontrol grubu HBS başlangıç yaşı, toplam HBS süresi gibi klinik parametreler açısından karşılaştırıldığında da gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlendi.

Sonuç: Bu araştırmada, RA hastalarında HBS sıklığı kontrol grubuyla benzer sıklıkta bulundu. Literatürde RA hastalarında HBS sıklığının artmış olduğunu bildiren araştırmalar ile karşılaştırıldığında, bulgularımızda HBS tanı kriteri olarak güncel UHBSÇG tanı kriterlerinin kullanılmış olması ve ayrıca son yıllardaki RA tedavisindeki gelişmelerin etkili olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz bacak sendromu, romatoid artrit, etiyopatogenez

P-077 Artritis Mutilans Klinik Tablosuyla Seyreden Bir Psoriatik Artrit'li Olgu

Kemal Nas, Gökhan Koz, Ayhan Kamanlı, İbrahim Tekelioğlu

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya

Amaç: Psoriatik artrit (PsA) periferik eklemler, omurga ve entesis bölgelerininin kronik inflamatuvar artropatisidir. Olguların çoğu kronik ve progresiftir; hastalık ciddi fonksiyonel kayba yol açar ve yaşam kalitesini düşürür (1). Artrit mutilans, özellikle ellerin ve ayakların küçük eklemlerini etkileyen nadir fakat agresif bir psoriatik artrit şeklidir(2). Psoriatik artrit hastalarının yaklaşık olarak %5 inde görülür. El ayak parmaklarında kısalmaya yol açan osteoliz ve ankiloz ile seyreder. Radyolojik bulgularda metakarpal ve interfalangeal kemiklerde sivrileşme ve komşu kemikte çukurlaşma ile ortaya çıkan kalem-hokka görünümü ortaya çıkar. Kemiklerde oluşan bu osteolizi kemik füzyonu izleyebilir (3).

Olgu: 64 yaşında bayan hasta yaklaşık 40 yıl önce psoriasis tanısı almış. Bundan bir sene sonra da el eklemlerinde ağrı şişlik olmaya başlamış. O dönemde tanı gecikmesi olmuş. Yaklaşık 30 sene önce de psoriatik artrit tanısı almış. Çeşitli tedaviler verilmiş. Hastaya en son 14 yıl önce etanercept 50 mg haftada bir subkutan olarak başlanmış ve klinik fayda görmüş. Halen daha aynı tedavi ile takip edilmektedir. Hastanın antesedanında özellik yoktu. Yapılan romatolojik sorgusunda da bulunan klinik özelliklere ek başka bulgu yoktu. Fizik muayenesinde el ve ayak eklemlerinde ileri derecede deformite ve fonksiyon kaybı saptandı (Resim 1).

Sonuç: Psoriatik artrit, spondiloartropati ailesinin bir üyesidir ve genellikle romatoid faktör negatif olan ve psoriasis ile ilişkili enflamatuar artropati olarak tanımlanır (4). PsA psoriasis tanılı hastaların yaklaşık %4-9 'unda görülür (5). Wright and Moll PsA için 5 klinik tip tanımlamıştır. Bunlar asimetrik oligoartrit, simetrik poliartrit, distal interfalangeal eklem tutulumu ile seyreden tip, spondiloartrit baskın tip ve artritis mutilans'dır (6). Artritis mutilans en nadir görülen formudur ve PsA hastalarının %5'inde görülür (3). Biz de burada psöriatik artritin bu nadir formunu klinik bulgularında barındıran bir olgu takdim ettik.

Anahtar Kelimeler: Psoriatik artrit, arthritis mutilans, spondiloartrit

P-078 Sistemik Lupus Eritematozis Olgusunda Romatoid Artrit Gelişimi: RHUPUS

Jülide Öncü Alptekin[1], Aylin Ayyıldız[1], Banu Kuran[1], Hüseyin Bertan[1], Selda Çiftçi[1], Kerem Alptekin[2]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Amaç: Sistemik lupus eritematozus ve romatoid artrit birlikteliği, nadir olarak görülen bir durumdur. ilk defa 1971 yılında tanımlanmış; P.Schur tarafından, RA ve SLE birlikteliğine "Rhupus" ismi verilmiştir. Bu olguda sistemik lupus eritematozus ve romatoid artrit birlikteliğine (rhupus) vurgu yapmak amaçlanmıştır.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 yıldır SLE tanısıyla polikliniğimizden izlenmektedir. Hastanın fotosensitivite, halsizlik ve ara sıra olan eritemli döküntüleri dışında yakınması yoktu. Laboratuar testlerinde ANA 1/320+, dsDNA pozitif olarak bulundu. Tedavi olarak günde 200 mg hidroksiklorokin tb kullanmaktaydı. Ancak, son 5 aydır giderek şiddetlenen el eklemlerinde ağrı şikayeti giderek, objektif olarak da tespit edilen artrite dönüştü. D2-3-4 el eklemlerinde bilateral MKF de artrit saptandı. Direkt grafide yumuşak dokuda şişlik mevcuttu. Laboratuar tetkiklerinde RF pozitif, sedim: 45 mm/st, CRP:10,5 olarak bulundu. Tedaviye 15 mg/g methotreksat, 10 mg/g prednizolon tb eklendi. Hastanın el eklemlerindeki artritinde düzelme ile birlikte, sedim ve CRP de normale döndü.

Sonuç: Literatüre bakıldığında, SLE hastalarının %1-%9'unda RA birlikteliği görülebilir. Bu hastalarda özellikle el eklemleri tutulmaktadır.Böbrek tutulumu daha az görülmekle birlikte SLE'ye özgü tüm bulgular görülebilmektedir. Hafif klinik seyirli SLE ama özellikle el eklemlerini tutan simetrik şiddetli poliartrit şeklinde RA tablosu olarak ortaya çıkmaktadır. RF, CCP pozitif olmakla birlikte, Sedim ve CRP değerleri, SLE'de beklenenden daha yüksektir.
Sonuç olarak, SLE tanılı olgularda simetrik poliartrit geliştiğinde, üzerine RA'in de eklenebileceği akılda tutulmalıdır.

Referanslar
C Tani, D D'Aniello, A Delle Sedie, L Carli….Rhupus syndrome: assessment of its prevalence and its clinical and instrumental characteristics in a prospective cohort of 103 SLE patients - Autoimmunity …, 2013
J Li, H Wu, X Huang, D Xu, W Zheng, Y Zhao, W LiuClinical analysis of 56 patients with rhupus syndrome: manifestations and comparisons with systemic lupus erythematosus: a retrospective case–control study… - Medicine, 2014

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, rhupus, romatoid artrit

P-079 Transvers Miyelit ile Prezente Olan Sistemik Lupus Eritematozus Olgusu

Emine Dede, Yılmaz Savaş, Sami Hizmetli

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç: Transvers miyelit (TM) ile sistemik lupus eritematozus (SLE) arasındaki ilişki daha önce bildirilmiş olmasına rağmen, nadir görülen klinik bir durumdur. Literatürde SLE'li hastalarda sıklığı %1-2'dir. Spinal kordun inflamatuar süreci olan TM; kas güçsüzlüğü, duyu kaybı ve sfinkter kontrol bozukluğu ile başlayan akut/subakut parapleji veya tetrapleji olarak görülen klinik tablodur. Bu hastaların yarısından fazlası tedaviye cevap vermesine rağmen, önemli sayıda hastada kalıcı parapleji ve sfinkter disfonksiyonu gelişir. Anti-fosfolipid antikorları saptanan hastalarda saptanmayanlara göre paralizi görülme sıklığı daha düşüktür; ancak bu hastalarda TM, SLE'nin ilk belirtisi olarak ortaya çıkabilir. Bu olgu sunumu ile SLE'nin nörolojik tutulumuna dikkat çekmek istenmiştir

Olgu: 41 yaşında kadın; acil servise bacaklarda giderek artan güç kaybı, hissizlik ve idrar yapamama şikayetleri ile başvurmuştu. FM'de alt ekstremitede flask paralizi, T8'den itibaren duyu kaybı ve glob vezikale saptanması üzere TM ön tanısı ile Nöroloji servise yatırılan hastanın çekilen kranial MRG'de "sol eksternal kapsül lokalizasyonunda milimetrik laküner infarkt" ve spinal MRG'de "servikal kord ekspansil görünümde, spinal kord ve bulbus inferioru ödemli; torakolomber düzeyde diffüz sinyal artışı ve L1 düzeyinde kord minimal ekspansil görünümde" olarak saptandı. Nöroloji tarafından ayırıcı tanıya yönelik yapılan LP'de BOS serolojisi, ARB, kültür, oligoklonal bant ve anti-aquaporin-4 negatif idi. Bakılan otoantikorlarda ANA:1/160 granüler patern pozitifliği saptanması üzere tarafımıza danışıldı. Hastanın öyküsünde 1 yıldır dış merkezde el eklemlerinde ağrı, şişlik ve sabah tutukluğu olması üzere romatoid artrit tanısı ile takipli olduğu ve metotreksat 15 mg/hafta kullandığı öğrenildi. Romatolojik sorgulamasında; halsizlik, el eklemlerinde belirgin artralji, fotosensivite, ağız ve göz kuruluğu mevcut idi. Laboratuarda saptanan otoantikorlardan RF:25, Anti-dsDNA (+), Anti-Ro52 (+), Anti-SSA (+), Anti-Kardiyolipin Ig G ve Ig M (+) ve C3-4 düşüktü. Hasta SLE'ye bağlı santral sinir sistemi tutulumu tanısı konarak; hidroksiklorokin 400 mg/gün, 1 gr pulse steroid ve iv siklofosfamid 1gr/m² olarak başlandı. 7 kez plazmaferez yapıldı. Çekilen kontrol MRG'de spinal kord sinyal değişikliğinde belirgin gerileme saptandı. Paraplejik hastanın nörolojik rehabilitasyon süreci devam etmektedir.

Sonuç: SLE'ye bağlı nadir görülen nöropsikiyatrik tutulum tipi olan miyelopati; en sık servikal kord ile orta torakal bölge arasında ortaya çıkmakla birlikte spinal kordun her bölgesini etkileyebilmektedir. Miyelopati semptomları ile gelen bir hastada ayırıcı tanı için mutlaka BOS örneklemesi, kraniyal ve spinal görüntüleme yapılmalıdır. Lupus miyeliti genellikle kötü gidişlidir ve hızlı ilerler. Bu nedenle birkaç gün içinde agresif olarak kortikosteroid ve immunsupresif tedavinin başlanması gerekir. Bu hastaların yarısından fazlası tedaviye cevap vermesine rağmen, önemli sayıda hastada kalıcı parapleji ve sfinkter disfonksiyonu gelişir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, transvers miyelit, siklofosfamid

P-080 Sistemik Lupus Eritematozus'un Nadir Bir Akciğer Tutulum Tipi; Kavitasyon

Mehmet Emin Derin[1], Fatih Albayrak[1], Burak Karakaş[1], Çağla İpek Sayın[2], Ali Şahin[1]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[2]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE), sebebi tam olarak bilinmeyen, multisistem tutulumu olan kronik otoimmun bir hastalıktır. SLE akciğer tutulum tipleri plörit, intersitisyel akciğer hastalığı, alveolar hemoraji, havayolları hastalığı, tromboembolik olaylar ve pulmoner hipertansiyon olarak sayılabilir. SLE'nin akciğerde kavitasyon yapması çok nadirdir (1). Biz de akciğerde kavitasyonla presente olan bir SLE vakasını paylaşmak istiyoruz.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta, nefes darlığı nedeniyle başvurduğu Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde ileri tetkik amaçlı yatırılarak tetkik edilmiş. Hastanın geliş fizik muayenesi dil ve dudak siyanotik, her iki hemitoraksta yaygın ronküs ve bilateral pretibialödem:++/++ olup sağ alt ekstremitede ısı artışı mevcut idi. Derin ven trombosü saptanan hastanın olası pulmoner tromboemboli ekartasyonu anjiyografi ile yapıldı. Emboli saptanmayan hastanın bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde üst loblarda 4*5 cm'lik kavitasyon saptandı (Resim 1,2). Kavitasyon etyolojisine yönelik yapılan tetkiklerde Tbc, mantar enfeksiyonu quantiferon testi, galaktomannan ve balgam kültürü negatif saptanarak ekarte edildi. Tetkikleri ANA(IFA) pozitif, ANA(IFA) pozitif, Anti dsDNA (IFA) pozitif, C3:normal, C4:düşük, Ro-52: +3 pozitif, saptandı. Beyaz kan hücresi (WBC) 5,86x103 (4-11x103), hemoglobin 11,1g/dL(12-16g/dL), trombosit sayısı 184x10(150-400x103), kreatinin:0,72mg/dL (0,5-0,9 mg/dL), C-reaktif protein 15,6mg/Dl (0-8mg/dL), eritrosit sedimantasyon hızı 13mm/h (0-20mm/h), Coombs testi ise pozitifti, diğer elektrolitler ve karaciğer enzimleri normaldi. İdrarda proteinüri saptanmadı. Yapılan EKO'da ise PAB:85 mm/hg, Sağ kalp kataterizasyonu ile prekapiller pulmoner hipertansiyon saptandı. DLCO: %45 ile oldukça düşüktü. Hastaya SLE akciğer tutulum tanısı ile 1gr/gün pulse metilprednizolon, mikofenolat mofetil (MMF) 2x500mg, hidroksiklorakin 2x200mg, diltizem 2*60 mg ve ilioprost (5 gün) tedavileri verildi. Klinik olarak dispnesinde gerileme olan hastanın takibine ayaktan devam edilmektedir.

Sonuç: SLE akciğer tutulumu tipleri oldukça çeşitlidir. SLE'nin kavitasyon yapması oldukça nadirdir. Bu tip vakalarda ayırıcı tanı yapmak oldukça önemlidir. Özellikle mantar, tüberküloz enfeksiyonları dışlanmalı ve granulamatozis polianjitis de ekarte edilmelidir. Tedavide pulse steroid sonrasında MMF/siklofosfamid ile devam edilmektedir. Rituksimab da dirençli vakalarda kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kavitasyon, SLE, akciğer tutulumu

P-081 Plevral Efüzyon ve Lenfadenopati ile Presente Olan Sistemik Lupus Eritematozus (Olgu Sunumu)

Aslınur Akıncı Altundal[1], Özgül Soysal Gündüz[2], Aydın İşisağ[3], Timur Pırıldar[2]

[1]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa
[2]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Manisa
[3]Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, klinik ve laboratuar bulguları çok çeşitli olabilen, multisistemik, otoimmün bir hastalıktır. SLE çoğunlukla doğurganlık çağındaki genç kadınlarda görülür ve sıklıkla tanı yaşı 15-35 yaşlarıdır. Prevalansı 4-250/100.000 'dir. Konstitüsyonel semptomlar, kas iskelet, deri, böbrek, kardiyovasküler, nörolojik, pulmoner, hematolojik veya gastrointestinal sistem tutulumu bulgularıyla ortaya çıkabilir(1). Hastalığın seyrinde plörezi (plevral efüzyonlu ya da efüzyonsuz) %63 görülebilirken plevral efüzyon bilateral ve az miktarda olma eğilimindedir(2). Hematolojik tutulum olarak anemi, lenfopeni daha sık görülürken olguların yaklaşık üçte birinde diffüz lenfadenopati(LAP) görülebilmektedir(3). Lenfadenopatili olgularda malignite ve enfeksiyon ekarte edilmelidir. Biz daha nadir olarak görülen tek taraflı masif plevral efüzyon ve diffüz lenfadenopati ile prezente olan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta, ellerde ve ayaklarda şişlik şikayeti ile başvurduğu merkezde lenfödeme yönelik yapılan yüzeyel ultrasonografi görüntülemelerinde multiple lenfadenopati saptanmış. Hastanın servikal lenf nodu lenfoma ön tanısı ile eksize edilmiş. Hastanın tetkikleri devam ederken göğüs ağrısı, nefes darlığı gelişmesi üzerine hasta Celal Bayar Üniversitesi Göğüs Hastalıkları servisine interne edildi. Öz geçmişinde 9 ay önce menenjit, 6 yıl önce splenektomi (anamneze göre hipersplenizm ve sinuzoidal ven okluzyonuna bağlı) öyküsü dışında ek bulgu yoktu. Sistem sorgusunda nefes darlığı dışında ek şikayeti yoktu. Fizik muayenede, sağ tarafta solunum seslerinin azalması ve servikal, aksiller, inguinal ele gelen lenfadenopatiler dışında patoloji saptanmadı. İlk başvurusunda hemoglobin:11 g/dl, trombosit:604.000/µl, lökosit:7460/µl, lenfosit: 1370/µl, sedimantasyon:31mm/saat, CRP:27 mg/dl, INR:2.14 (koa mixing ile düzelmeyen) şeklinde idi. Lenfadenopatiye yönelik istenilen viral markerlar (-), brucella (-) saptandı. Akciğer grafisinde sağ hemitoraksta orta zonu kaplayan plevral efüzyon saptandı(şekil 1).Plevral sıvı örneğinde enfeksiyon parametreleri olağan, ADA (-), kültürleri (-), tbc (-), sitolojik bakısı benign saptandı. Sağ servikal lap biyopsi sonucu: 'Gerek kortekste ve gerekse medullada atrofik germinal merkezli, genişlemiş manşon zonuna sahip folliküller mevcuttur(figüre 1). Neoplastik bir infiltrasyon lehine bulgular göstermemiştir. MUM-1 ile yer yer kümeler yapmış plazma hücreleri görülmektedir(figüre 2). Gümüşleme ve PAS teknikleriyle spesifik mikroorganizmalara rastlanmamıştır. Bulgular sistemik lupus eritematoza bağlı bir lenfadenit için tipik olmasa da, araştırmaların bu yönde sürdürülmesi ve yeni biyopsi önerilir' şeklinde sonuçlanmıştır. Hastanın SLE ön tanısı üzerine istenilen ANA 1/100 titre pozitif, Anti Ds DNA IgG ve IgM (+), Anti Kardiyolipin IgG ve IgM (+), C3 normal C4 düzeyi düşük saptandı. Mevcut klinik ve laboratuar bulgularla SLE tanısı alan hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Metilprednizolon tedavisi altındayken plevral efüzyonu tekrarlayan hastanın tedavisine 2mg/kg/gün azatiopürin eklendi. Takiplerinde efüzyon ve lenfadenopatileri geriledi(şekil 2).

Sonuç: SLE klasik cilt ve eklem tutulumu dışında diğer organ tutulumları ile presente olabilimektedir. Diğer organ tutulumları ile seyrinde ilk olarak tutulmuş sistemlere spesifik malignite, enfeksiyon gibi hastalıklar ön planda düşünülmektedir. Bu sunumda özellikle genç bayan, atipik semptomları olan hastalarda SLE 'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekliliğine dikkat çekilmiştir.

Kaynaklar:
1-Goldman L, Bennet JC (eds). Cecil Textbook of Medicine, In: Systemic Lupus Erythematosus. Edited by Schur PH. W.B. Saunders Company, 24st edition, 2015
2-Characteristics of pleural effusions in systemic lupus erythematosus: differential diagnosis of lupuspleuritis. Choi BY et al. Lupus. (2015)
3-Acta Cytol. 2000 Jan-Feb;44(1):67-9.Fine needle aspiration cytology in systemic lupus erythematosuslymphadenopathy. A case report. Pai MR1et all.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenopati, plevral efüzyon, sistemik lupus eritematozus

P-082 Lupus Eritematozus Tumidus; Olgu sunumu

Sevcan Uğur[1], Cahit Kaçar[2]

[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Balıkesir
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Lupus eritematozus multisistemik, otoimmün bir hastalıktır. Cilt en sık etkilenen organdır. Lupus eritematozus'ta cilt tutulumu izole veya sistemik bulgularla birlikte olabilir. Lupus eritematozus tumidus (LET) nadir görülen dermatolojik bir hastalıktır. Güneş gören bölgelerde düz, parlak, kırmızı plaklar şeklinde görülür. LET kronik kutanöz lupus eritematozusun nadir bir formu olarak kabul edilse de ayrı bir klinik tablo olup olmadığı hala tartışmalıdır. Biz bu raporda LET tanısı alan olguyu sunmayı planladık.

Olgu: Otuz altı yaşındaki erkek hasta sırtta ve göğüs ön yüzünde parlak, kırmızı renkli cilt lezyonu ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Cilt lezyonları sık tekrarlıyor, güneşe maruziyet ile şiddetleniyordu. Cilt lezyonlarında skar veya atrofi yoktu. Malar raş, oral ülser, genital ülser, derin ven trombozu öyküsü yoktu. Laboratuvar incelemesinde anti nükleer antikor ve ENA profili, anti fosfolipid antikorlar, direkt coombs tesi negatifti. Hemogram, kompleman seviyeleri ve tam idrar tetkiki normaldi. Cilt biyopsisinde dermiste belirgin müsinöz dejenerasyon ve lenfositik vaskülitik patern vardı. Klinik ve histopatolojik bulgularla hasta LET tanısı aldı. Hidroksiklorokin 200 mg/gün ve topikal kortikosteroid tedavisi planlandı.

Sonuç: LET'te histolojik olarak perivasküler ve periadneksiyal lenfositik infiltrasyon ve interstisyel müsin depolanması görülür. İlk olarak 1909 yılında tanımlanmasına rağmen az sayıda olgu bildirilmiştir. LET kronik kutanöz lupus eritematozusa göre daha fotosensitiftir ve skar bırakmayan çok sayıda ataklarla karakterizedir. LET'in seyri benigndir. LET'te nadiren sistemik semptomlar eşlik eder. Olgu serilerinde hastaların büyük çoğunluğunda SLE gelişmediği gösterilmiştir. Ultraviole maruziyeti, genetik ve çevresel faktörler LET patogenezinde sorumlu tutulmuştur. Olgu serilerinde sigaranın da etkili olabileceği vurgulanmıştır. LET tanısı sistemik semptomların sıklıkla eşlik etmemesi nedeniyle diğer dermatozlarla karışır. Tedavide güneşten korunma, topikal kortikosteroid ve antimalariyal ilaçlar kullanılır. Bizim olgumuz SLE ile uyumlu semptom ve bulgulara sahip değildi. Biz bu raporda lupus eritematozusun çok nadir görülen kutanöz lezyonu olan LET 'e dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Lupus eritematozus tumidus, müsin birikimi, parlak-kırmızı plak

P-083 Nonkompakt Kardiyomiyopati, Protein Kaybettiren Enteropati ve Nefrit ile Prezente Olan Ciddi Sistemik Lupus Eritematozus Vakası

Halise Hande Gezer[1], Didem Erdem[1], Merve Demirci[2], Mehmet Tuncay Duruöz[1]

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

Amaç: Nonkompakt kardiyomiyopati, sol ventrikül miyokardında belirgin trabekülasyonlar, derin intertrabeküler girintiler ve incelmiş kompakte alanlar ile karakterize nadir bir kardiyomiyopatidir. Kalp yetersizliği, ventriküler aritmiler ve emboliler nedeniyle mortalite ve morbiditesi yüksektir. Protein kaybettiren enteropati (PLE) ise bağırsak mukozasında gelişen mukozal enflamasyon ve mukoza geçirgenliğinde artma sonucu proteinden zengin sıvı kaybı ile giden sistemik lupus eritematozusun (SLE) nadir bir gastrointestinal komplikasyonudur.

Olgu: Yirmi yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın 5 yıl önce dış merkezde SLE tanısı aldığı steroid ve azatiopürin kullandığı ancak 1 yıl önce gebelik nedeniyle ilaçlarını bıraktığı ve gebeliğinin son ayında karın ağrısı, ishal ve kusma nedeniyle erken sezeryana alındığı öğrenildi. Doğum sonrası şikayetleri devam eden hastanın abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) intestinal segmentlerde genişleme, duvar kalınlaşması, ödem ve batında serbest sıvı görülmüş, ileus şüphesiyle opere edilmiş. Eksplorasyonda tüm bağırsak segmentlerinde dilatasyon ve duvar kalınlaşması görülmüş batından 4000 cc seröz mayi boşaltılmış. Operasyon sonrası kusma, halsizlik ve nefes darlığı şikayetlerinin devam etmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Son 5 ayda 30 kilo kaybı ve günde 20 defa kusma şikayeti vardı. Özgeçmişinde SLE tanısı ve doğuştan tek renal agenezisi mevcuttu. Romatolojik sorgulamasında fotosensivite, ağız kuruluğu ve erken doğum hikayesi mevcuttu. Fizik muayenesinde kaşektik hasta, batın hassastı ve hepatomegalisi mevcuttu. Tetkiklerinde ANA 1/3200 homojen, SS-A, nukleosom, Ro-52, histon ve dsDNA pozitif saptandı. C3 0.3 gr/l (0.9-1.9), C4 0.06 gr/l (0.1-0.4), hemoglobin 9.6 g/dl, MCV 82.6, lenfosit 800/µL, kreatinin 0.4 mg/dl, ALT 31 U/L, AST 60 U/L GGT 73 U/L saptandı. Direkt coombs IgG pozitif olan hastanın periferik yayma ve anemi ve parametreleri kronik hastalık anemisi ile uyumluydu. Spot idrar protein/kreatin oranı 1.9 olan hastanın idrar sedimentinde her alanda 15-20 eritrosit ve %20'si dismorfik eritrosit görüldü. Hastanın Toraks BT'sinde sağ hemitoraksta 8 mm plevral efüzyon saptandı. Abdomen BT'de ileri evre hepatosteatoz, hepatomegali, tüm ileal ve kolonik anslarda diffüz duvar kalınlaşması, duvarda kontast tutulumu ve batında serbest sıvı görüldü. EKO'sunda sol ventrikülde noncompaction, deprese sol ventrikül sistolik fonksyonu, EF %30-35, sol ventrikül içinde spontan EKO kontastı, eser MY ve minimal perikardial sıvı saptandı. Hastaya kalp yetmezliği tedavisi ve enoksaparin 0.3 2x1 başlandı, taburculukta warfarin kararı verildi. Elektrolit imbalansı olan hastanın replasman tedavileri yapıldı ve beslenmesi düzenlendi. Dışkı tetkikleri ve kültürleri gönderildi normal saptandı. Mevcut durumu kolonoskopiyi tolere edemeyeceği için takip kararı verildi. Tek böbrek olan ve diğer tutulumları ön planda olan hastadan renal biyopsi alınmadı. Hastanın SLEDAI skoru 18 idi (ciddi alevlenme). Nefrit, PLE ve nonkompakt kardiyomyopati olan hastaya 250 mg mini pulse ve ardından 24 mg /gün (1 mg/kg/gün) prednizolon ve mikofenolat mofetil 3x250 mg başlandı. Takiplerde karın ağrısı ve kusması gerileyen hastanın C3, C4 değeri geriledi. Hastanın tetkik ve tedavisi devam etmektedir.

Sonuç: PLE, SLE'de özellikle gençlerde ve ciddi hastalıkta görülen nadir bir komplikasyondur. Hastaların %70'inde böbrek tutulumu, hematolojik ve nöropsikiyatrik tutulumlarla beraber olabilir. Nonkompakt kardiyomiyopati ve SLE birlikteliği vaka bildirimlerinde görülmüş olup hastalar SLE tedavisi ve kalp yetmezliği tedavisi ile takip edilmektedir. Nonkompakt kardiyomiyopati, PLE ve nefrit birlikteliği olan SLE hastası literatürde görülmemiş olup nadir komplikasyonların birlikteliği açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritemetozus, nonkompakt kardiyomiyopati, protein kaybettiren enteropati

P-084 Sistemik Skleroz ve Polimiyozitli Bir Hastada Multifokal Osteonekroz

Ayşe Ünal Enginar, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Osteonekroz (ON), subkondral kemik infarktları ile karakterize multifaktöriyel bir hastalıktır. Ensık gözlenen risk faktörleri, travma, steroid kullanımı, alkol kullanımı ve koagülopatilerdir. ON en sık proksimal femur, diz, omuz ve ayak bileğinde görülür. ON nadiren aynı anda birden fazla bölgede gözlenebilmekte, 3 ya da daha fazla farklı anatomik bölgeyi etkilediğinde "multifokal ON" olarak adlandırılmaktadır. Biz de steroide bağlı multifokal ON gelişen sistemik skleroz ve polimiyozitli bir olguyu sunmak istedik.

Olgu: 10 yıldır sistemik skleroz ve polimiyozit tanısı ile metotreksat 15mg/hafta, prednizolon 5mg/gün kullanan, diz ve kalça ağrısı olan, kırkbeş yaşında erkek hastanın muayenesinde; sağ diz ve kalçada ağrı ve hareket kısıtlılığı vardı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Antinükleer antikor granüler formda 1/1000 pozitif, lupus antikoagülanı negatif, antikardiyolipin Ig M ve Ig G negatifti. Direkt grafilerinde sağ kalçada ve dizde belirgin dejenerasyon mevcuttu. Kalça MR'ında sol femur başı epifizinde, sağ femur başı epifizinden femur boyun kesimine uzanan ve sağ büyük trokanterde serpijinöz konturlu T1 hipointens ödematöz sinyal intensite artışları izlendi (avasküler nekroz). Diz MR'ında sağ femur distal metafizodiafizer alanda ve epifizde, tibia epifizometafizer alanda ve patellada ödematöz sinyal intensite artışlarının eşlik ettiği osteonekroz alanları izlendi. Hasta mevcut bulgularla steroide bağlı multifokal osteonekroz olarak değerlendirildi. Hasta rehabilitasyon programına alındı ve ortopedi kliniği ile konsülte edildi.

Sonuç: ON'li olguların sadece %3'ünde lezyonların multifokal yerleşim gösterdiği belirtilmiştir. Multifokal ON'li hastaların %90'ından fazlasında, kronik kortikosteroid kullanım öyküsü mevcuttur. ON gelişim riski, steroid dozu ve kullanım süresine bağlı olmakla birlikte, yüksek dozda uzun süre steroid kullanan her hastada ON gelişmemektedir. Antifosfolipid sendromu gibi altta yatan bir hiperkoagülopati durumunun, ON gelişimini tetiklediği düşünülmektedir. Özellikle uzun dönem steroid kullanım öyküsü olan hastalarda multifokal ON olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Multifokal osteonekroz, polimiyozit, sistemik skleroz

P-085 Sistemik Sklerozlu Hastada Bilateral Elastofibroma Dorsi

Ayşe Ünal Enginar, İlhan Sezer

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Elastofibroma dorsi, yumuşak dokudan köken alan, yavaş büyüyen nadir görülen benign bir tümördür. Etyolojide mekanik ve genetik faktörler rol oynamaktadır. Genelli İde tek taraflıdır. Bilateral görülme sıklığı %10 olup en sık subskapu-lar-infraskapular bölgede ve romboid majör ile latissimus dorsi kasları arasında yerleşir. Elastofibroma dorsi hastaları genellikle asemptomatiktir. Asemptomatik hastaların %2'si toraks BT'de tesadüfen saptanır. Semptomatik olarak ağrı, şişlik, klik sesi olabilir. Karakteristik patolojik özelliği bant şeklinde fibro-tik alanlar, yağlı doku ve bozulmuş elastogenezisdir. Elastofibroma dorside önerilen tedavi cerrahi rezeksiyondur. Bununla birlikte 5 cm'den küçük lezyonlarda cerrahi tedaviden kaçınılması önerilmektedir. Biz de literatürde rastlamadığımız ancak sistemik skleroz tanılı ve bilateral elastofibroma dorsi saptanan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 73 yaşında yaklaşık 20 yıldır sistemik skleroz tanısı olan daha önceden interstisyel akciğer tutulumu nedeniyle siklofosfa-mid ve rituksimab kullanan hasta kontrol amaçlı polikliniğimize başvurdu. Hastamn fizik muayenesinde digital ülseri yoktu. Skle-rodaktili, telenjiektazisi mevcuttu. Solunum sesleri bilateral bazallerde raileri mevcuttu. Hemogram, biyokimya, idrar tetkikleri normaldi. ANA 1/1000+, antiscl 70 + idi. Hastanın çekilen yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisinde her iki hemitoraks pos-teriorda subskapular kas altında yerleşimli sağda yaklaşık 5x1.5 cm, solda yaklaşık 4.5x1.5 cm boyutunda hipodens yumuşak doku dansiteleri izlendi (elastofibromatozis dorsi). Her iki akciğerde ağırlıklı olarak periferin ve alt lobların tutulduğu yer yer bal-peteği görünümde interlobüler septa kalınlık artışı ve zayıf buzlu cam atenüasyon artışları saptandı. Hastanın asemptomatik olması nedeniyle elastofibroma dorsi için cerrahi tedavi önerilmedi.

Sonuç: Elastofibroma dorsi nadir görülen bir tümördür. Bozulmuş elastogenezle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde sistemik sklerozda bildirilen elastofibroma dorsi olgusuna rastlamadık ve etyopatogenezde bu durumun ilişkili olabileceğini düşündüğümüz için bu olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Bilateral, elastofibroma dorsi, sistemik skleroz

P-086 Sistemik Skleroz Tanılı Hastada Önemi Bilinmeyen Monoklonal Gammopati: Olgu Sunumu

Elif Tezerişener, Ayça Ayşe Aytekin, Ayşe Ünal Enginar, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Sistemik skleroz ciltte skleroz ve kalınlaşma ile karakterize multisistemik tutulum yapabilen otoimmün bağ dokusu hastalığıdır. Sistemik sklerozlu hastalarda kanser riskinin genel populasyona oranla yüksek olduğu bilinmektedir. Meme kanseri, akciğer kanseri, cilt kanserleri ve hematolojik maligniteler en sık görülenleri arasındadır. Biz bu olgu sunumunda takibinde önemi bilinmeyen monoklonal gammopati (MGUS) saptanan sistemik skleroz tanılı hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 67 yaşında 5 yıldır sınırlı kutanöz sistemik skleroz tanısı ile takip edilen ve methotreksat 10mg/hafta, nifedipin 30 mg/gün, asetilsalilsilik asit 100 mg/gün kullanmakta olan erkek hasta; Mayıs 2018'de kontrol amacıyla romatoloji polikliniğine başvurdu. Osteoporoz haricinde bilinen ek hastalığı bulunmayan ve osteoporoza yönelik ek olarak alendronat 70 mg/hafta kullanmakta olan hastanın, sistemik skleroz ile ilgili cilt tutulumu dışında akciğer ve diğer ek sistemik tutulumları mevcut değildi. Eski anamnezleri ve tetkikleri incelendiğinde 5 yıl önce eklem ağrısı ve el, ayaklarda ödem şikayetleri ile romatoloji polikliniğine başvurduğu, sistemik sorgulamasında raynaud fenomeni tariflediği, laboratuar testlerinde ANA ve ENA profilinin negatif saptandığı ve fizik muayenesinde sklerodaktili, ön kol cildinde sertlik saptandığı öğrenildi.
Mayıs 2018 başvurusunda sistemik sorgulamasında yeni gelişen semptom tariflemeyen hastanın; fizik muayenesinde her iki el dorsumunda ve ön kolda cilt sertliği, sağ 2. parmakta pitting skar ile uyumlu görünüm saptandı. Solunum sesleri doğal ve diğer sistemik muayenesi doğal saptandı. Laboratuar incelemesinde CRP 0,459 mg/dL, sedimentasyon 83 mm/saat, total protein 9,58 g/dL, albumin 3,61 g/dL olduğu görüldü. Hastanın son 1 yıl içerisindeki takiplerinde sedimentasyon değerinin ve total protein/albumin değerinin yüksek seyrettiği saptandı. Ig G 3140, Ig A 63, Ig M 34 mg/L saptandı. Serum immunfiksasyon elektroforezinde Ig G lambda monoklonal bant, idrar immunfiksasyon elektroforezi negatif, beta-2 mikroglobulin düzeyi 5,55 mg/L, serbest kappa/lambda oranı 0,9 saptandı. Hematoloji bölümüne danışılan hastanın Pet bt'si istendi. Sonucunda sol femur başı-femur boynu bileşkesinde anteriorda subkortikal alanda yerleşimli yaklaşık 1 cm boyutunda periferi sklerotik hipometabolik litik lezyon (SUVmax: 1.4, primer benign kemik lezyonu?) saptandı. Myelom, smoldering myelom, MGUS ön tanıları ile kemik iliği aspirasyon biyopsisi planlandı. Kemik iliği biyopsisi yapılan hastanın patoloji sonucu % 5 oranında lambda hafif zincir baskınlığında plazma hücre artışı içeren hafif hipersellüler kemik iliği saptandı. Hematoloji bölümünce MGUS ile uyumlu kabul edildi ve takibi önerildi.

Sonuç: Sistemik sklerozun artmış malignite riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Henüz malignite hastalık ilişkisinin patojenik temeli açıklanamamıştır. Malignite gelişimi ile ilgili predispozan risk faktörlerinin tanımlanması ve sistemik skleroz hastalarına yönelik malignite tarama kılavuzlarının oluşturulması için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malignite, önemi bilinmeyen monoklonal gammopati, sistemik skleroz

P-087 Scheuermann Hastalığı: Bir Olgu Sunumu

Fahrettin Bostancı, Sami Hizmetli

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Scheuermann hastalığı özellikle adolesan çağda görülen, spinal ağrı, kozmetik deformite, vertebralarda erken dönemde dejenerasyona sebep olan bir hastalıktır. Etiyolojisi hala tartışma konusu olup genetik faktörler, jüvenil osteoporoz, A vitamini eksikliği, kollajen fibrillerinin kusurlu oluşumu, epifizit gibi teoriler öne sürülmüştür. Yorgunluk, ağrı, deformite gibi semptomlar olmakta ve en sık orta ve alt torakal vertebralar tutulmaktadır. Tanı radyolojik olarak konulmakta ve radyolojide vertebralarda kamalaşma ve şekil bozuklukları görülmektedir. Tedavisinde hastanın yaşı ve deformitenin şiddetine göre karar verilmektedir. Tedavide analjezikler, egzersiz programları kullanılmakta, ileri olgularda gerektiğinde brace ve operasyonlarla deformite düzeltilmeye çalışılmaktadır. Klinik ve radyolojik olarak Scheuermann hastalığı tanısı almış 17 yaşında bir kadın hasta olgusunu sunduk. 2 yıldır sırtta ağrısı ve eğriliği ile belde eğrilik şikayetleri olan hasta polikliniğimize başvurdu. Ailesinde benzer bir hastalık öyküsü olmayan hastanın muayenesinde kifotik postürü mevcuttu. Forward bend testi ile dorsal kifoz belirginleşiyordu. Çekilen skolyoz grafisi tetkikinde torakal 6 ve torakal 7 vertebra korpuslarında anteriorda ve torakal 1 vertebrada belirgin olmak üzere kamalaşma izlenmiş ve kifoz açısı 45 derece olarak ölçülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Scheuermann hastalığı, sırt ağrısı, vertebra

P-088 Eklem ve Tırnak Tutulumu ile Prezante olan Psöriatik Artrit sine Psöriasis Olgusu

Mehmet Nayimoğlu, Banu Sarıfakıoğlu, Kübra Ustaömer

Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Amaç: Psöriatik artrit(PsA), periferal artrit, entezit, spondilit ve psöriasis ile karakterize inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. PsA'nın ortalama başlangıç yaşı 30-50 yaşları arasındadır. Klinik olarak, yaklaşık %15-17 hastada artrit, psöriasisin başlangıcından daha önce gelişmektedir. Bu yazıda, eklem ve tırnak tutulumları olup cilt lezyonları olmayan psöriatik artrit olgusu tartışılmaktadır.

Olgu: Sağ el 4. parmak şişlik, kızarıklık ve şekil bozukluğu şikayetleri olan 33 yaşında kadın hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetlerinin 6 aydır olduğu öğrenildi. Son 1 haftada sol el 4. parmak distal interfalangial (DIF) eklemde de şişlik ve kızarıklık geliştiği hasta tarafından bildirildi. Hastanın sorgulamasında daha önce herhangi bir ekleminde artrit öyküsü, bel ve kalça ağrısı ve topuk ağrısı yoktu. Hastanın daha önce psöriasis öyküsü olmadığı ancak annesinde psöriasis öyküsü mevcuttu. Sabah tutukluluğu, üveit öyküsü, cilt döküntüsü yoktu. Diğer romatolojik sorgulamasın negatifti.
Fizik muayenede sağ el 4. parmakta DIF eklem proksimalinden başlayan ve distale doğru uzanım gösteren şişlik kızarıklık ve aynı eklemde 20 derece fleksiyon kontraktürü olduğu görüldü. Sol el 4. Parmak DIF ekleminde şişlik ve kızarıklık mevcuttu. Hastanın tırnak muayenesinde tutulan parmaklarda daha fazla olmak üzere 20:'den fazla pitting ve onikoliz mevcuttu. Hastayı psöriasise yönelik tekrar sorguladığımzda bulguların son 1 ayda başladığı daha öncesinde olmadığı öğrenildi. Hasta psöriasis cilt bulguları açısından tarandı, özellikle umblikus çevresi, gluteal bölge, Kulak arkası, saç dipleri ve meme altları dikkatle kontrol edildi fakat psöriatik lezyonlara rastlanılmadı. Hastanın diğer eklemlerinde hassasiyet yoktu.
Hastanın çekilen mukayeseli el grafisinde sağ el 4. parmak DIF çevresinde yumuşak doku ödemi, eklem aralığında daralma ve her iki eklem yüzeyinde erozyon mevcuttu (Şekil-1).
Hastanın laboratuar bulgularında hemogram, biyokimya normal, ESH 7 mm/h, CRP 15.9 mm/L ve Rf negatifti.
Hastanın fizik muayene, laboratuar ve grafi bulguları ile beraber Psöriatik artrit tanısı konularak, non-steroid anti-inflamatuar, methotreaxate 15 mg/hafta ve folbiol tedavisi başlanıldı.

Tartışma: PsA, psöriazis ile ilişkili bir tür kronik, heterojen, destrüktif ve inflamatuar bir artropatidir. PsA'lı hastaların %84'ünde deri bulgularının, PsA başlangıcından ortalama 12 yıl önce ortaya çıktığı gösterilmiştir (1). Oysa PsA %17 oranında deri lezyonları oluşmadan önce de ortaya çıkabilmektedir (2). Son yıllarda Fournié ve arkadaşları tarafından geliştirilen kriterlere göre, psöriazis yokluğunda da PsA tanısı konulabilmektedir(2). 2006 yılından beri kullanılan CASPAR (Clasification Criteria for Psoriatic Artritis) kriterleri bu eksikliğin giderilmesini sağlamıştır. Bu kriterlere göre eklem, omurga veya entesial bulguları olan hastalar 5 kriterden 3'ü PsA tanısı için yeterli olmaktadır(6). Bizim olgumuzda da cilt tutulumundan önce DIF eklem tutulumu ile beraber tırnak lezyonu, Rf negatifliği ve aile öyküsü mevcuttu. Literatüre baktığımız PsA sine Psöriasis olgularında, genellikle daktilit ya da DIF eklem tutulum ve ya psöriasis aile öyküsü bulunmaktadır(7).
Psöriasisli hastaların yaklaşık %50'sin de tırnak tutulumu bulunur. PsA'i de olan psöriasis hastaların tırnak tutulumu daha sık görülmektedir (3,4). El tırnakları ayak tırnaklarından daha sık tutulur (5).

Sonuç: PsA, çoğunlukla psöriasis üzerine artrit gelişimi şeklinde görülse de az da olsa cilt bulgusu olmadan artrit veya daktilit kliniği ile hasta başvurabilmektedir. Bu yüzden artrit ile gelen her hastada psöriasis aile öyküsü sorgulanmalı, detaylı cilt ve tırnak muayenesi özenle yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psöriasis, artrit, tırnak, tutulum

P-089 Bariatrik Cerrahi Sonrası Görülen Sakroileit Olgusu

Sevil Karagül

Burdur Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Burdur

Amaç: Sakroileit genellikle spondiloartropati gibi romatizmal durumlarda görülmekle birlikte enfeksiyon, Crohn, Ülseratif kolit gibi hastalıklara da eşlik edebilir. Bariatrik cerrahi, uygulanan tedavi ve beslenme programlarıyla kilo vermeyi başaramayan beden kitle endeksi 40'tan yüksek ya da beden kitle endeksi 35"ten yüksek ve kronik bazı hastalıkları bulunan ve bu nedenle önemli sağlık sorunları yaşayan kişilere tedavi amaçlı uygulanan cerrahi girişimlerdir. Bariatrik cerrahi sonrası gastrointestinal sistemde mikrobiota değişimi ve bazı inflamatuar süreçlerin başlaması sonucunda romatizmal semptom ve bulgular gözlenebilir. Bu çalışmada 3 yıl önce bariatrik cerrahi geçiren bilateral kalça ağrısıyla başvuran 41 yaşında kadın hastada saptanan bilateral sakroileit olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 41 yaşında kadın hastaya 2015 yılında 96 kg ile beden kitle indeksi 36 olması ve ek olarak diabetes mellitus ve hipertansiyon komorbideteleriyle bariatrik cerrahi yapılmış olup 1,5 yıl sonunda 36 kg kilo kaybı gözlenmiştir. Hasta operasyondan 3 yıl sonra bilateral kalça ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Çekilen sakroiliak Mrg'da bilateral sakrolileite ait bilateral sakroiliak eklemde kemik iliği ödemi, erozyon saptandı. Sedimentasyon, C-Reaktif protein, HLA B27 negatifliği izlendi. 3 aylık maximum dozda indometazin tedavisine yanıt alınamayan hastaya dış merkez romatoloji bölümünde golimumab tedavisi başlanmış olup Basdai değerlerinde gerileme gözlendi.

Sonuç: Bariatrik cerrahi operasyonlarından sonra görülen kas iskelet sistemi semptom ve bulgularına, enflamatuar süreçlerin ve mikrobiota değişimi etkilerine bağlı olarak romatizmal hastalıkların da etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, sakroileit, kalça ağrısı

P-090 Donuk Omuzla Başvuran Bir Ankilozan Spondilit Olgusu

Melek Didem Aslan[1], Hüseyin Kaplan[2], Mehmet Kırnap[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aksaray

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) bozulmuş spinal mobilite, postural anormallikler, kalça ağrısı, periferik artrit, entezit ve daktilit gibi çeşitli klinik belirti ve bulgularla seyreden kronik inflamatuar bir hastalıktır. AS'de diğer periferik eklemlere göre omuz tutulumu daha sık görülür. AS'nin manifesyonlarının farkında olunmaması durumunda tanı ve tedavide gecikmeler ortaya çıkabilir. Burada omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvuran, ayrıntılı sistem sorgusunda inflamatuar bel ağrısı olması üzerine yapılan tetkiklerinde AS tanısı konulan bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: 28 yaşında kadın hasta, 1 yıl önce başlayan ve son 3 aydır artış gösteren sağ omuz ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Romatolojik sorgulamasında inflamatuar bel ağrısı tarifleyen hastanın yaklaşık yarım saat süren sabah tutukluğu mevcuttu. Fizik muayenesinde shober testi 10+3 cm, göğüs ekspansiyonu 5 cm, çene-sternum mesafesi 3 cm, tragus-duvar mesafesi 14 cm, oksiput-duvar mesafesi 4 cm, el parmak-zemin mesafesi 12 cm idi. Omuz muayenesinde; sağ omuz fleksiyonu aktif 120 derece pasif 130 derece, sağ omuz ekstansiyonu aktif ve pasif açık, sağ omuz abduksiyonu aktif 80 derece pasif 90 derece, internal ve eksternal rotasyonu aktif ve pasif olarak minimal kısıtlıydı. Sakroiliak eklem magnetik rezonans (MR) incelemesi erken evre sakroiliit olarak raporlandı. BASDAI değeri 5,5 olan hastaya AS tanısıyla sulfasalazin ve asemetazin tedavisi başlandı. 3 aylık takip sonrası şikayetlerinde gerileme olmayan ve BASDAI değeri 5,7 olan hastaya golimumab tedavisi başlandı. Tedaviden belirgin yarar gördü. Takiplerine devam ediliyor. Ayrıca omuz için ultrason eşliğinde supraskapular blok ve intraartikuler steroid enjeksiyonu sonrasında 10 seans fizik tedavi uygulandı.

Sonuç: Ankilozan spondilit primer olarak aksiyal iskeleti etkileyen ancak periferik eklem tutulumunun da görülebildiği kronik inflamatuar bir hastalıktır. Periferal eklem tutulumu %10-30 arasında ortaya çıkar. İlk başvuruda AS'li hastaların yaklaşık % 15'inde omuz tutulumu gözlenirken hastalık seyri sırasında% 35'e kadar ulaşabilir. Bu olgudaki amaç; donuk omuz ile başvuran hastalarda romatizmal hastalıkların da akla gelmesi açısından detaylı bir öykü ve romatolojik sorgulamanın önemini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, donuk omuz, omuz ağrısı

P-091 Polisitemia Vera ile Ankilozan Spondilit Birlikteliği

Sedat Öztürk, Levent Ediz, Murat Toprak, Arif Kaan Erdemoğlu

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: Ankilozan spondilit(AS) omurga ve periferal eklemleri tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Polisitemia Vera (PV) ise kronik miyeloproliferatif hastalıklardan biri olup miyeloid hücrelerin klonal çoğalması ile karakterizedir. Bu olguda AS ile Polisitemia Vera birlikteliğinden bahsetmek istedik.

Olgu: 2012 de Polisitemia Vera tanısı alan ve peginterferon alfa-2a tedavisi ile hematoloji polikliniğinde takip edilen 45 yaşında erkek hasta. Hasta bel ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.Yaklaşık 10 yıldır olan fakat son 1 yıldır artan bel ağrısı vardı. Bel ağrısı geceleri artan ve hareketle azalan tipteydi.Yaklaşık 2 saat sabah tutukluğu vardı.Üveit, sedef, diyare, topuk ağrısı, daktilit, ve ailede romaztimal hastalık öyküsü yoktu.Herhangi bir ekleminde ağrı,şişlik olmamıştı. Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi tariflemiyordu.Fizik muayenede lomber hareketler hafif kısıtlı, faber -/-, fadır-/-, sakroiliak kompresyon testi+, Modifiye shober:4, BASDAI:6.1, BASMI:4 olarak saptandı. Laboratuvar sonuçlarında hemogram ve tit normaldi.CRP:15 mg/l, sedimantasyon:12 mm/sa,brucella, salmonella negatif idi.Çekilen pelvis ap grafisi bilateral grade 2 sakroileit olarak değerlendirildi. Sakroiliak mr da bilateral sakroileit vardı.Hla b27 pozitif geldi.Hastaya ASAS sınıflandırma kriterlerine göre AS tanısı kondu.Tedavi olarak diklofenak 75 mg 2x1 başlandı ve egzersizleri öğretilerek takibe alındı.

Sonuç: Literatürde Polisitemia Vera ile AS birlikteliğini gösteren vaka çok nadirdir.Biz bu olguda Polisitemia Vera ile takip edilen hastalarda bel ağrısının spondiloartropati kaynaklı olabileceğini ve bu açıdan araştırılması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, polisitemia vera, sakroileit

P-092 Yanlış Teşhis ve Tedavi Nedeniyle Komplikasyon Gelişen Ankilozan Spondilit Hastası: Olgu Sunumu

Selvi Nalbant, Gülsüm Zeynep Fatma Yavuz, Emine Dede, Sami Hizmetli

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Ankilozan Spondilit(AS),özellikle omurga ve sakroiliak eklemleri tutan süreğen ve ilerleyici bir romatizmal hastalıktır.Erken teşhis ve tedavi hastalığın seyrinde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.Bizde erken teşhisin ve dikkatli anamnezin önemini vurgulamak için yanlış teşhis ve tedavi edilen AS hastasını sunmak istedik.

Olgu: Dış merkezde 2008 yılından beri RA tanısı ile takipli olan hastanın uzun zamandan beri olan ve son zamanlarda daha da şiddetlenen bel ve kalça ağrısı mevcut. Gece ağrısı ve sabah tutukluluğu oluyormuş.Hastaya o dönem metotreksat ve steroid başlanmış.Daha sonra metotreksat kesilmiş, leflunomid başlanmış.Hastanın steroid tedavisi hiç kesilmemiş. Hastanın yapılan fizik muayenesinde: Tek destekle ambüle oluyor, hasta 20 derece fleksiyon postüründe duruyor. Lomber EHA muayenesinde:fleksiyon 65 derece,Ekstansiyon 20 derece limitli,Lateral fleksiyon sağda 15 derece solda 20 derece,Servikal EHA muayenesinde:tüm yönlere kısıtlıydı. Oksiput-Duvar Mesafesi:18 CM,Tragus-Duvar Mesafesi:27 CM,Göğüs Expansiyon Çapı:4 CM,Schober:6 CM olarak Değerlendirildi.Hastanın fizik muayene bulguları RA'dan çok ankilozan spondilite spesifikti.Anamnez derinleştirildiğinde hastanın hikayeside ankilozan spondilite daha uygundu.Hastadan sakroiliak MR ve pelvis grafisi istendi.
Sİ Eklem MR İNCELEMESİ: "Her iki sakroiliak eklem aralığı daralmıştır. Sİ eklemi oluşturan her iki sakral ve İliak yüzlerde yağlı dejenerasyon ve sağ iliak yüzde skleroz artışı dikkati çekmiştir.Kesitte geçen serilerde kesitlere kısmen giren her iki koksofemoral eklem aralığı daralmıştır.Her iki femur başı ve asetabulumlarda kemik iliği ödemi ile uyumlu sinyal değişiklikleri izlenmiştir.Ayrıca sağ koksofemoral eklem komşuluğundaki kas planlarında T2 hiperintens sinyal değişiklikleri izlenmiştir.Diğer kesit düzlemine giren kemik yapı ve yumuşak doku planları doğaldır, şeklinde raporlanmıştır. Kalça Grafisinde her iki kalçada eklem aralığında ileri derecede daralma mevcuttu. Servikal ve lomber grafide dejeneratif değişiklikler mevcuttu.Hasta alınan anamnez, fizik muayene bulguları ve görüntüleme sonuçlarına göre ankilozan spondilit olarak değerlendirildi.Hastaya adalimumab ve sulfasalazin başlandı.Hasta kontrole geldiğinde numerik ağrı skalası belirgin düzelmiş, hayat kalitesi artmıştı.Hasta düzenli takiplerine gelmeye devam etti.

Sonuç: Hastaya AS tanısı yeni değilde yıllar önce konsaydı, hastada gelişen komplikasyonlar belki gelişmeyecekti ve hasta yıllarca gereksiz steroid kullanmayacaktı.Bu vakayla bir kez daha her durumda olduğu gibi romatolojik hastalıklarda da doğru alınan anamnezin ve doğru tedavinin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, erken teşhis, komplikasyon, yanlış tedavi

P-093 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Lokomotor Sistem Polikliniğinde Tanı Konulan Juvenil Spondiloartritlerin Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Özge Gülsüm İlleez, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş

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

Giriş: Juvenil spondiloartrit; şikayetlerin 16 yaşından önce başladığı, entezit, alt ekstremitelerde oligoartrit, aksiyel tutulum ve HLAB27 pozitifliğini de içeren bir romatizmal hastalıktır. Çocukluk çağında görülen tipik şekli entezitle ilişkili artritten, çoğunlukla yetişkinlerde görülen en ciddi tip olan ankilozan spondilite kadar geniş bir spektrumdur. Entezit ilişkili artrit; ILAR (The International League Against Rheumatism) tarafından juvenil idiopatik artritin 7 subtipinden biri olarak kabul edilmiştir. Tüm juvenil idiopatik artritlerin %18.9'unu oluşturmaktadır. Aksiyel tutulum hastalığın başlangıç döneminde sıklıkla görülmez, sakroiliit genellikle unilateraldir. Erken dönemde alt ekstremitelerde asimetrik yerleşimli artrit ve entezopati en sık görülen bulgulardır. Entezopati en sık aşil tendonunda olup kendini topuk ağrısıyla gösterir. Akut anterior üveit ve yüksek oranda HLAB27 pozitifliği diğer önemli bulgulardır.

Olgu: 2014-2018 yılları arasında çocuk lokomotor sistem polikliniğimize başvuran ve juvenil spondiloartrit tanısı konulan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. 10-17 yaşları arasında, 11 kız-7 erkek olmak üzere 18 hastamız mevcuttu. Hastalarımızın ortalama yaşı: 14,83±1,94. Başvuru şikayetleri: 12 hastada inflamatuar bel ağrısı, 2 hastada kalça ağrısı, 2 hastada alt ekstremite artriti (her ikisi de dizde), 2 hastada topuk ağrısıydı (aşil tendiniti). 1 hastada lomber bölgede hareket kısıtlılığı mevcuttu. Diğer hastaların omurga hareketlerinde kısıtlılık yoktu. Spondilit aile öyküsü olan 7 hasta vardı. Ekstraartiküler tutulum açısından gözde sık konjunktivit öyküsü olan 2 hasta oldu, üveit tespit edilen hastamız olmadı. 4 hastada akut faz reaktanları yüksekti. 6 hastada HLAB27 pozitifti. Tüm hastalarımıza sakroiliak eklem magnetik rezonans görüntüleme yapıldı. 8 hastada unilateral, 10 hastada bilateral sakroiliit tespit edildi. İleri takipleri için pediatrik romatoloji bölümüne refere edildi.

Sonuç: İnflamatuar bel ağrısı pediatrik yaş grubunda sıklıkla hastalık başlangıcında görülmez ve tanı gecikmesine neden olur. Bizim hasta grubumuzda ise en sık başvuru şikayetiydi. Bu nedenle juvenil spondiloartropati; bel ağrısı ile polikliniklerimize başvuran adolesan hastalarda akla gelmeli ve hasta artit, entezopati gibi diğer klinik bulgular ve başta üveit olmak üzere ekstraartiküler komorbiditeler açısından ayrıntılı incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, entezit ilişkili artrit, HLAB27, juvenil spondiloartrit, sakroiliit

P-094 Psoriyatik Artropatide Temporomandibuler Eklem Tutulumu: Olgu Sunumu

Gamze Gül Güleç[1], Feyza Ünlü Özkan[1], İlknur Aktaş[1], Esin Derin Çiçek[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Psoriyatik artrit (PsA) hastalarında temporomandibuler eklem (TME) tutulumu ilk defa 1965 yılında tanımlanmış,1965'den bu yana 40'tan az vaka bildirilmiştir. Ancak PsA'lı hastaların yarısında TME semptomları ve% 90'ında TME disfonksiyon belirtileri vardır (1,2). Belirtiler arasında eklem bölgesinde ve çiğneme kaslarında ağrı ve hassasiyet, sabah sertliği, çenede yorgunluk, eklem krepitasyonu, nadiren TME kapsülünün artriti, interinsizyal açıklıkta progresif bir azalma, ağrılı mandibuler hareketler bulunur. Ciddi durumlarda, TME ankilozu oluşabilir (1). Tanıda altın standart Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'dir. Hastalığın radyografik özellikleri; kondil başının erozyonu, osteoporotik lezyonlar, osteofitlerin oluşumu, eklem boşluğunun daralması, kondiler başın düzleşmesi ve subkondral sklerozu içerir.Bu özellikler spesifik değildir ve psoriatik artropatiyi diğer artritik durumlardan veya dejeneratif hastalıklardan ayırt etmez (2). Bu yazıda PsA'nın gözden kaçan TME tutulumuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: PsA tanısıyla takip edilen 61 yaşında kadın hasta, ağzını açmakta zorlanma, yemek yiyememe ve çenede ağrı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Muayenede bilateral çiğneme kaslarında ve TME bölgesinde palpasyonla hassasiyet saptandı, her iki TME'de krepitasyon mevcuttu. İnterinsizyal açıklık 1.4 cm olarak ölçüldü. 2003 yılında PsA tanısı alan hasta 2019 yılına kadar methotrexate, leflunomid, salazopyrin, ve farklı anti-TNF' ler kullanmıştı. Methotrexate gastrointestinal intolerans, leflunomid döküntü, salazopyrin ve infliximab alerjik reaksiyon, adalimumab ve sertolizumab yetersiz yanıt nedeniyle kesilmişti. Hasta 15 aydır etanercept 1x50 mg/hf ve lüzum halinde NSAİİ ile takip ediliyordu. Son kontrolünde hastalık aktivitesi PSARC'a göre yüksek olarak değerlendirildi. Sedimantasyon 30mm/saat CRP:<0.2 mg/dl saptandı, hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. TME MRG tetkikinde bilateral mandibular kondillerde düzleşme, skleroz artışı, osteofitik sivrileşmeler, disk mesafesinde azalma izlendi. Hasta klinik ve radyolojik olarak PsA'nın TME tutulumu olarak değerlendirildi. Yüksek hastalık aktivitesi nedeniyle secukinumab tedavisi başlanması planlandı. TME egzersizleri başlandı. Diş ve çene cerrahisine yönlendirilen olguya artrosentez uygulandı. Artrosentez ve egzersiz tedavisi sonrası interinsizyal ağız açıklığı 26 mm ölçüldü.

Sonuç: TME tutulumu PsA'da gözden kaçan bir durumdur. Multidisipliner yaklaşım gerektirir. Medikal tedaviyle birlikte erken dönemde başlanan egzersiz, fizik tedavi ve splint uygulamaları klinik olarak fayda sağlar ve progresyonu engeller. Konservatif tedaviye rağmen yüksek hastalık aktivitesi gözlenen hastalarda artrosentez yüz güldürücüdür, ileri derecede kısıtlılık ve ankiloz gelişen hastalarda ise eklem replasmanı uygulanmaktadır. Sonuç olarak PsA'da TME tutulumuyla karşılaşılabileceği akılda bulundurulmalı, eklemde ileri derecede kısıtlılık ve ankiloz gelişmeden, erken dönemde hasta değerlendirilmeli ve tedavi düzenlenmelidir.

Kaynaklar:
1.Könönen,M: Subjective symptoms from the stomatognathic system in patients with psoriatic arthritis, Acta Odontologica Scandinavica 1986; 44:6,pp. 377-383, DOI: 10.3109/00016358609094348 2.. Könönen, M:, Clinical signs of craniomandibular disorders in patients with psoriatic arthritis. European Journal of Oral Sciences 1987; 95: pp. 340-346. doi:10.1111/j.1600-0722.1987.tb01851.x

Anahtar Kelimeler: Psoriyatik artrit, psoriyazis, temporomandibuler eklem

P-095 Ankilozan Spondilit ve Paget Hastalığı Birlikteliği Olan Olgularımız

Betül Sargın[1], Gülcan Gürer[2]

[1]Aydın Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Aydın
[2]Adnan Menderes Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın

Amaç: Literatürde 10 ' a yakın ankilozan spondilit ve paget hastalığı birlikteliği yayınlanmıştır. Burada ankilozan spondilit ve paget hastalığı birlikteliği olan 2 olgumuzu sunduk. Amacımız literatüre yeni vakalar kazandırmak ve inflamatuar hastalıkların birlikteliklerine dikkat çekmektir.

Olgu: Olgu 1: 62 yaşındaki erkek olgu 3 yıldır olan yaygın eklem ağrısı, kilo kaybı, her iki kalça ve sırtta 1 saat suren sabah tutukluğu şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Laboratuvar incelemesinde alkalen fosfataz 245 U/L (40- 150) olarak saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde doku fazında pelvisde hiperemi, geç görüntülerde pelvis, sakrum ve her iki iliak kemikte artmış aktivite tutulumu, pelvisde metabolik kemik hastalığı(paget) saptandı. Aksiyel spondiloartropati ön tanısı ile istenen pelvis radyografisinde grade 4 sakroileit, sakroiliak eklem manyetik rezonans ' da her iki sakroiliak eklemde ankiloza görünüm, rezidü eklem yüzeylerinde iliak subkondral osteit, aktif sakroileit saptandı.

Olgu 2: 73 yaşındaki erkek olgu 2 yıldır olan, özellikle her iki kalçada olmak üzere yaygın eklem ağrısı ve sırtta 1 saat suren sabah tutukluğu şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Laboratuvar incelemesinde alkalen fosfataz 165 U/L (30-120) olarak saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisi sol hemipelvisde irregüler tarzda artmış aktivite tutulumu, paget hastalığı ile uyumlu saptandı. Aksiyel spondiloartropati ön tanısı ile istenen pelvis radyografisinde sağ tarafta grade 2 sol tarafta grade 3 sakroileit, sakroiliak eklem manyetik rezonans ' da sol iliak kanatta osteitis deformans, solda aktif subkondral osteit saptandı.

Sonuç: İnflamatuar romatizmal hastalığı olan hastaların takiplerinde gelişen yeni semptomlar dikkate alınmalı ve hastalıkların nadir birliktelikleri unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondiloartropati, paget hastalığı, birliktelik

P-096 Behçet Hastalığı ve Psöriatik Artrit Birlikteliği

Cevriye Mülkoğlu, Seçil Vural, Başak Mansız Kaplan, Figen Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

Giriş: Behçet hastalığı, sebebi bilinmeyen, epizodik göz ve mukokutanöz ataklarla seyreden inflamatuar vaskülitik bir hastalıktır. Behçet hastalığı gelişimi ile insan lökosit antijen (HLA)- B*51 alleli arasındaki ilişki 1970'li yıllardan beri bilinmektedir. Ankilozan spondilit, psöriatik artrit, reaktif artrit, inflamatuar bağırsak hastalıklarının da içinde bulunduğu seronegatif spondiloartropatiler ise HLA-B27 ile yakından ilişkilidir. Literatürde, Behçet hastalığı ile spondiloartropatilerden özellikle ankilozan spondilit birlikteliğine nispeten daha sık rastlandığı bildirilmiştir. Fakat psöriatik artrit ve behçet hastalığı birlikteliği çok nadirdir. Biz burada hem behçet hastalığı ve hem de psöriatik artriti olan bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: 34 yaşında bayan hasta, 16 yıldır psöriazis tanısıyla Dermatoloji polikliniği tarafından, 5 yıldır da Behçet hastalığı tanısıyla Romatoloji bölümünce takip edilmekte idi. Eklem ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvuran hastanın anamnezinde behçet hastalığı tedavisi için 2 yıl boyunca deltacortril 5 mg tb 1x1/gün, kolşisin tb 3x1/gün kullandığı ve yan etkiler nedeniyle bu ilaçların kesildiği öğrenildi. Hasta 1 saati geçen sabah tutukluğu tarif ediyordu. Rekürren oral ve genital aft öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde sol el bilekte palpasyonla hassasiyet, sağ 2. ve 4. distal interfalangial ekleminde (DIF) şişlik ve ağrı, sağ ayak bilekte minimal şişlik ve palpasyonla ağrı, sağ 3. ve 4. metatarsofalangial eklemde ağrı ve şişlik vardı. Bilateral aşil tendonu palpasyonla hassastı. Ayrıca ekstremitelerin ekstensör yüzlerinde psöriatik plaklar mevcuttu. Gözde üveit atağı hiç olmamıştı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde CRP: 11.9 mg/L, sedimentasyon: 19 mm/saat idi. Romatoid faktör, Antinükleer antikor ve Anti-ds DNA testi negatif saptandı. Sakroiliak manyetik rezonans görüntülemede sakroileit yoktu. Hastaya CASPAR (Classification criteria for Psoriatic ARthritis) klasifikasyon kriterleri doğrultusunda Psöriatik artrit tanısını konuldu ve leflunomid tablet 20 mg/gün başlandı. Hastanın 6 hafta sonraki kontrolde ilaçtan fayda gördüğü, sabah tutukluğunun 30 dakikaya gerilediği ve şikayetlerinin % 80 iyileştiği öğrenildi.

Sonuç: Behçet hastalığı rekürren üveit, artrit, mukokutanöz semptomlar, vasküler sistem ve sinir sistemi tutulumları ile seyreden inflamatuar bir hastalıktır. En sık tutulan eklemler diz, ayak bileği, el bileği ve dirsektir. Sakroiliak eklem tutulumu klinikte sık olmamakla beraber literatürde % 35'lere varan oranlar bildirilmiştir. Psöriatik artrit ise seronegatif spondiloartropatiler grubunda yer alan kronik inflamatuar romatolojik bir hastalıktır. Psöriatik artrit genellikle oligoartiküler tipte ve DIF eklemlerin tutulduğu periferik artrit yapabildiği gibi aksiyel tutulum, spondilit, sakroileit ve entesopati yapabilmektedir. Sonuç olarak, biz burada çok nadir görülen Behçet hastalığı ve psöriatik artrit birlikteliği olan bir hastamızı sunarak, birden fazla romatizmal hastalığın bir arada bulunabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, psöriatik artrit, periferik artrit

P-097 Erken Yaşta Gelişen İleri Evre Ankilozan Spondilit Olgusu, Erken Tanının Önemi

Mustafa Alperen Servi, Emine Dede, Yılmaz Savaş, Sami Hizmetli

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Ankilozan spondilit özellikle erken dönemde tanısı konulduğunda kalıcı omurga deformitelerinin sıklıkla engellenebildiği inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Biz de bu olgumuzda Ankilozan spondilit de erken tanının önemine vurgu yapmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta 10 yıldır devam eden bel-boyun ve kalça ağrıları sebebi ile polikliniğimize başvurdu. Ağrıları en fazla bel ve kalça bölgesinde olup ağrıları inflamatuvar karakterdeydi. Sabah tutukluğu 1 saat sürüyordu. Gece ağrısı vardı. Eşlik eden taban-topuk ağrısı, artrit, üveit, daktilit, sedef, inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü yoktu. Aile öyküsünde amcada sedef öyküsü mevcuttu. Öncesinde bir kaç defa doktora başvurmuş, bel fıtığı denilerek fizik tedavi almış ve ağrı kesici ile kas gevşetici kullanmış. Ağrı kesici ve fizik tedaviden kısmen fayda görmüş fakat ilacı bırakınca ağrıları tekrarlamış. Hastanın fizik muayenesinde: Dorsal kifoz artmıştı, servikal protraksiyon mevcuttu. Servikal eklem hareket açıklığı her yöne ileri derecede kısıtlıydı. Bel muayenesinde el parmak zemin mesafesi 30 cm, lateral fleksiyon bilateral 2/3 limitli, ekstansiyon 1/3 limitliydi. Kalça muayenesinde bilateral eksternal rotasyon 1/2 limitliydi. FABERE testi: Bilateral pozitifti. FADIR testi: Bilateral pozitifti. SİKT: Bilateral pozitifti. Schober testi:3 cm. Tragus duvar mesafesi ve göğüs ekspansiyon çapı azalmıştı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastadan rutin biyokimya,cbc,sedimantasyon,crp istendi ve görüntüleme olarak bel-boyun-sakroiliak-akciğer grafileri istendi. Sonuçlarında sedimantasyon:35, crp: 15 olup diğer kan tahlilleri normaldi. Sakroiliak grafide bilateral evre 4 sakroileit mevcuttu. Bel grafisinde yer yer sindesmofitler, vertebralarda kareleşme mevcuttu. Servikal grafide sindesmofitler, bambu kamışı görünümü mevcuttu. Akciğer grafisinde bronkovasküler izlerde belirginleşme mevcuttu. Bu bulgular eşliğinde hastaya ankilozan spondilit tanısı konuldu ve tedavisi planlandı. Tedavi planı olarak hastaya biyolojik ajan hazırlığı yapıldı, egzersiz programı verildi.

Sonuç: Ftr polikliniğimizde sıklıkla karşılaştığımız genç yaşta bel ağrılı hastaların öyküsünde inflamatuvar bel ağrısı sorgusunun dikkatle yapılmasının, eşlik eden mekanik bel ağrısı sebepleri olsa bile özellikle inflamatuvar hastalıklar açısından riskli gruplarda öykü ve fizik muayene bulgularının ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Ankilozan spondilit hastalarının geç tanı aldığında oluşabilecek kalıcı omurga deformitelerinin önlenmesinde ayrıntılı değerlendirmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, erken tanı, inflamatuvar bel ağrısı

P-098 Çomak Parmak ve Ankilozan Spondilit Birlikteliği

Yunus Durmaz[1], Şükran Taştan Sakarya[2], Ahmet Kıvanç Cengiz[3], İlker İlhanlı[3]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Çekirge Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Çomak parmak el ve ayak parmaklarının distal kısımlarındaki yumuşak dokunun hiperplazisi, tırnakların enine ve boyuna bombeleşmesi ve saat camına benzer bir görünüm almasıdır. Çomaklaşmanın erken dönemlerinde normalde tırnak kökünde bulunan açı kaybolur ve düzleşir. Daha sonra tırnak kökü hafifçe bombeleşir. Clubbing (parmak çomaklaşması) nedenleri arasında pulmoner hastalıklar, kardiyak sorunlar, kronik karaciğer hastalıkları, inflamatuvar barsak hastalıkları, hipertiroidizm, hemoglobinopatiler, neoplaziler sayılabilir. Biz burada başvuru yakınması parmaklarda çomaklaşma olan bir ankilozan spondilit vakasını sunmak istedik.

Olgu: Yirmi altı yaşında erkek hasta ellerde şekil bozukluğu şikayeti ile iç hastalıkları polikliniğine başvurmuş ve çomaklaşma etiyolojisi için tetkikleri istenip ağrı yakınması nedeniyle romatoloji polikliniğine refere edilmişti. Hastanın muayenesinde el parmaklarındaki çomaklaşma bulgusu dışında romatolojik değerlendirilmesinde inflamatuvar bel ağrısı, 1 saati aşan sabah tutukluğu ve topuk ağrısı olduğu saptandı. Schober testi 14 cm, occiput duvar mesafesi 0 cm, gögüs ekspansiyonu 8 cm, çene sternum mesafesi 0 cm olarak ölçüldü. Sakroiliak kompresyon testi bilateral pozitifti. Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 7380/ µL, Hb:13,5g/dL, Plt: 202.000/µL, tam idrar tetkiki normal, eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 16 mm/h, CRP 3,48 mg/L olarak saptandı. BUN, kreatinin, AST, ALT, GGT, ALP, CK, ASO, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda; salmonella, brusella testleri, RF, anti-CCP, HLA-B27, ANA ve anti-dsDNA tetkikleri negatifti. Çekilen sakroiliak eklem grafisinin evre 2 sakroiliit ile uyumlu gelmesi üzerine sakroiliak eklem MRG istendi ve bilateral, simetrik aktif sakroiliit saptandı. Olası hipertrofik osteoartropatinin (HOA) dışlanması için el-el bilek grafileri ve kemik sintigrafisi istendi. El grafisinde HOA ile uyumlu bulgu saptanmadı. Sintigrafide her iki sakroiliak eklemde artmış aktivite tutulumu (sakroiliit?) raporlandı, HOA düşünülmediği bildirildi.
İç hastalıkları polikliniğine başvurusu sırasında istenmiş olan toraks BT, abdominal BT ve tümör marker testleri normal sınırlardaydı. Kardiyak muayenesi, EKG ve ekokardiografisinde çomak parmağı açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Gastroenteroloji bölümünce yapılan endoskopi ve kolonoskopisi de normal bulundu. Bu süre zarfında hasta sol ön üveit geçirdi. Üveit tedavisi göz bölümünce düzenlenen hastaya ankilozan spondilit tanısıyla sulfasalazin 2gr/gün ve naproksen sodyum 1 gr/gün başlandı.

Sonuç: Ankilozan spondilit hastalarında çomak parmak sık rastlanan bir durum değildir. Çomak parmak etyolojisinde inflamatuvar barsak hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır. Spondiloartritlerde subklinik barsak tutulumları sık rastlanan bir durum olsa da vakamızın öyküsünde ve kolonoskopisinde bu birlikteliği açıklayacak bir tutulum saptanmamıştır. Hastamız halen sulfasalazin ve lüzum halinde kullandığı non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar ile takip edilmekte olup henüz çomak parmak etiyolojisini açıklayacak ek bir patoloji saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, çomak parmak, üveit

P-099 Etanercept Kullanımına Bağlı Alışılmadık Bir Yan Etki: Hirşutizm

Banu Sarıfakıoğlu[1], Mehmet Nayimoğlu[1], Mehmetbaki Şentürk[2]

[1]Namık Kemal Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Tekirdağ
[2]Namık Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tekirdağ

Giriş: Etanercept, Ankilozan Spondilit, Romatoid Artrit, Psöriatik Artrit ve Psöriasisde 20 yıldan beri başarı ile kullanılan bir Tümör-Nekroz Faktör-a (TNF) inhibitörüdür. Etanercept, genel olarak güvenli bir ajan olup, en sık enfeksiyon riski, demyelinizan hastalık ve konjestif kalp yetmezliği ile ilişkili yan etkileri mevcuttur.
Hirşutizm, kadınlarda çene, üst dudak, göğüs, karın, sırt ve uyluk gibi androjen duyarlı bölgelerde erkek tipi dağılım gösteren terminal yapıda kıllanma artışının izlendiği bir hastalıktır (1,2). Hirşutizm tablosunun ortaya çıkmasından sorumlu olan ana neden; artmış androjen sekresyonu, seks hormonu bağlayıcı globülin (SHBG) konsantrasyonlarının azalması sonucu serbest androjen seviyelerinin artması veya özel vücut bölgelerinin androjene duyarlılığının artmasıdır (3). Hirşutizm doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık %5-10'unu etkileyen bir durumdur (4). Etyolojisinde; Polikistik over sendromu (PKOS), non-klasik adrenal hiperplazi (NKAH), Cushing sendromu, akromegali gibi bazı hastalıklar ve ilaçlar bulunabilir. Sıklıkla etyolojik nedenin PKOS ve idiyopatik hirsutizm olduğu saptanmıştır (1). Bu yazıda, bir kadın hastada etanercept kullanımı bağlı gelişen hirşutizm olgusu tartışılmış ve litaretür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Olgu: Kliniğimizce 18 aydır, Ankilozan Spondilit tanısı ile takip edilen 41 yaşında kadın hasta, Etanercept tedavisinin 3. ayında rutin poliklinik kontrolünde, son birkaç aydır gelişen aşırı kıllanma şikayeti olduğunu bildirdi. Hastanın bunun dışında her hangi bir şikayetinin olmadığı, 3 ay öncesine göre ağrısında azalma ve tutukluğunda gerileme olduğunu belirtti. Hastanın özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Sigara ve alkol kullanımı bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde, ciltte üst dudak, göğüs ön duvarı, kol ve bacaklarda yoğun erkek tipi kıllanma olduğu görüldü.
Olası etanercept yan etkisi açısından hastanın tedavisine ara verildi ve hirşutizm ayırıcı tanısı açısından kadın hastalıkları ve doğum (KHD) kliniği konsültasyonu istendi. KHD kliniğince değerlendirilen hastanın hirsutizminin değerlendirilmesinde kullanılan modifiye Ferriman-Gallwey (FG) skorlamasına göre hasta toplam skoru 16 olarak saptandı ve orta dereceli hirsutizm olarak sınıflandı (toplamda 8 ve üzeri puana sahip olan hastalar hirsutizmi olan hastalar olarak tanımlanır).
Hirsutism etyolojisine yönelik olarak hastadan hormon paneli ile pelvik ultrasonografisi istendi. Hormonal testlerde, total testosteron, estriol, dihidroepiandrosteron (DHEA-S), prolantin ve B-HCG normal sınırlardaydı. Yine tiroid fonksiyon testleri, tümör belirteçleri ve bazal kortizol seviyesi norma olarak görüldü. Pelvik ultrasonografisinde, kıllanma artışını açıklayacak her hangi bir bulguya rastlanılmadı. Bu bulgular eşliğinde hasta Etanercepte bağlı hirşutizm olarak değerlendirildi, hastanın ilacı kesildi ve takibe alındı. Takiplerin 3. ayında yapılan deri muayenesinde kıllanmada belirgin azalma olduğu görüldü. (FG: 9)

Sonuç: Günümüzde kullanılan birçok ilacın hirşutizme neden olduğu bilinmektedir. Ancak yaptığımız literatür taramalarında Etanercept ile ilgili böyle bir yan etki bildirilmediğini gördük. Etanercept etken maddesinin, kıllanmadaki bu artışı androjen seviyelerindeki artış ile mi (bizim hastamızda kan androjen seviyeleri normaldi) yoksa cilt bölgelerini androjene duyarlı hale getirerek mi etki gösterdiği bilinmemektedir.
Sonuç olarak, Etanercept kullanan hastalarda hirşutizm nadir bir yan etki olarak akılda tutulmalıdır. Fakat mekanizması ile ilgili daha fazla olgu bildirimine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Etanercept, hirşutizm, yan etki

P-100 A Rare Side Effect of Secukinumab: Herpes Zoster

Emre Ata, Figen Yılmaz

University of Health Sciences, Sultan Abdulhamid Han Research Hospital,Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Istanbul, Turkiye

Objective: Secukinumab is a recombinant human monoclonal immunoglobulin G1 antibody that selectively targets IL-17A and blocks its interaction with the IL-17 receptor. Secukinumab has demonstrated clinical efficacy in clinical trials for the treatment of ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. Herein, we described a patient with ankylosing spondylitis who was treated with Secukinumab and who unexpectedly developed herpes zoster.

Case: A 29 years of man who was diagnosed ankylosing spondylitis presented to outpatient clinic due to increase of pain on his low back and hips. He was on the treatment of golimumab. Before golimumab treatment, he was also treated with etanercept and adalimumab but these treatments were discontinued because of insufficient response. Secukinumab treatment was started started(150 mg SC at weeks 0, 1, 2, 3, and 4 and q4wk thereafter). Complaints of patient due to ankylosing spondylitis were decreased. Six months after the first secukinumab injection, painful skin rash with blisters in a localized area on the right side of his back and chest. Herpes zoster was clinically confirmed by a dermatologist. Secukinumab was discontinued Skin lesions and postherpetic neuralgia were recovered within 1 month. Secukinumab treatment was started again.

Conclusion: It should be kept in mind that herpes zoster may develop after the secukinumab treatment.

Keywords: Secukinumab, herpes zoster, ankylosing spondylitis

P-101 Ankilozan Spondilitte Nadir Görülen Göz Tutulum Şekli: Tedaviye Dirençli Bilateral Kronik Posterior Üveit-Retinit ile Giden Olgu

Uğur Güngör Demir[1], Ali Nail Demir[2], İlhan Sezer[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) primer olarak sakroiliak eklemleri, omurga ve tendonları etkileyen kronik inflamatuvar, sistemik romatizmal bir hastalıktır. En sık görülen eklem dışı tutulum akut anterior üveit (AAÜ) şeklindedir. Üvea gözün damar ve pigmentten zengin orta tabakası olup anatomik tutulum yerine göre ön, orta, arka ve panüveit olarak isimlendirilir. Bu olgu sunumuyla AS'li bir hastada en sık görülen göz tutulumu olan ve genelde tedaviye iyi yanıt veren unilateral AAÜ'den farklı olarak, biyolojik tedaviye dirençli seyreden bilateral kronik rekürren üveit ve retinal tutulum gösteren zor vakalar olabileceğini de vurgulamak istedik.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta. 2013 yılında 3 aydan uzun süredir devam eden inflamatuar bel, kalça ve topuk ağrısı şikayetiyle başvurmuş. Hastanın değerlendirilmesinde sakroiliak kompresyonda hassasiyet, schober testi 3,5 cm, sakroiliak grafide bilateral grade II sakroileit ile uyumlu grafi bulguları, akut faz yüksekliği, öyküde erkek kardeşte AS ve HLA B27 pozitifliği olan hastaya 'Ankilozan spondilit' tanısı ile indometazin 25 mg 3*1, sülfasalazin 500 mg 2*2 başlanmış. Takiplerinde hastanın şikayetlerinin devamı nedeni ile çekilen manyetik rezonans görüntülemede bilateral akut sakroileit ile uyumlu kemik iliği ödemi saptanması nedeni ile NSAİD değişikliği yapılıp, biyolojik tedavi hazırlığı başlanmış. Hastaya Nisan 2014'te adalimumab 40 mg/ 2hafta başlanmış. Etkisizlik ve ek NSAİD ihtiyacı nedeni ile Ağustos 2015'te etanercept 50 mg/ hafta başlanmış. Ocak 2017'de sağ gözde hiperemi, fotofobi, ağrı şikayeti ile göz hastalıklarına konsülte edilen hastada fundusta bilateral vitrit, vaskülitik değişikler saptanmış. Sistemik tedavi olarak metilprednizolon 48 mg /gün ve azatiopürin 100 mg başlanmış. Gastrointestinal intolerans nedeni ile azatiopürin kesilmiş. Hasta göz hastalıklarına konsülte edilip etanerceptten infliksimab tedavisine geçilmiş. İnfliksimaba bağlı karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik ve anaflaktik reaksiyon gelişen hastanın bu süreçte posterior üveit atakları devam ettiğinden, çekilen OCT(optik koherens tomografi) görüntülemede bilateral vasküler sızdırma, kronik rekürren posterior üveit ve sekel vaskülitik değişiklikler saptanması nedeni ile sertolizumab 200 mg*2 yükleme dozu subkutan başlandı. Hasta bu süreçte metilprednizolon tedavisine devam etti sertolizumab pegol tedavisi ile eklem yakınmaları olmayan hastaya göz tutulumunun devam etmesi nedeni ile ek immunsupresan tedavi planlandı.

Sonuç: Özellikle HLA B27 pozitifliği olan ankilozan spondilitte göz tutulumu en sık AAÜ şeklinde olup, genelde tedaviye iyi yanıt vermektedir. Tedavi sonrası sekel değişiklikler beklenmemektedir. Olgumuzda olduğu gibi nadiren literatürde bildirilmiş biyolojik tedavi ve immunsupresif tedaviye rağmen görme kaybına yol açabilecek kronik rekürren, gözün posterior segmentini etkileyen tutulum şekilleri olabilmektedir. Böyle vakalarda multidisipliner yaklaşım ve yakın takip, hastalık seyri açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, posterior üveit, retinit

P-102 Psöriazis Nedeniyle Ustekinumab Başlanan Olguda Yeni Ortaya Çıkan İnflamatuar Artrit

Jülide Öncü Alptekin[1], Ece Uğurer[2], İlknur Kıvanç Altunay[2], Banu Kuran[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cildiye Kliniği, İstanbul

Amaç: Ustekinumab, özellikle psöriaziste etkili bir insan monoklonal antikorudur. Gerek anti-TNF gerek diğer interlökin yolakları üzerinden etkili olsun, biyolojik ajanların bazı beklenmeyen etkileri de söz konusu olabilir. Bu olguda, psöriazis tedavisi için başlanan Ustekinumab sonrası gelişen psöriatik artrit tablosuna dikkati çekmek amaçlanmıştır.

Olgu: 33 yaşında erkek hasta, 7 yıldır psöriazis nedeniyle hastanemiz cildiye polikliniğinden takip edilmekteydi. Tedavide, Daha önce db-uvb, Asitretin, metotreksat, Adalimumab tedavileri kullanılarak remisyonda iken son aylarda plak sayısı ve şiddetinin artması üzerine Adalimumab kesilip, Ustekinumab'a geçilmiş. 3 ay sonra kontrole geldiğinde, enjeksiyonun ilk ve 1.ayda uygulanan dozlarından sonra el parmaklarında daktilit, ağrı, şişlik, ısı artışı, artrit tablosu geliştiğini bildirmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde,el ve ayak eklemlerinde D2-3-4'te daktilit görünümü mevcuttu. Dermatolojik muayenesinde;gövde ve ekstremitelerde yerleşmiş eritemli,infiltre ve beyaz skuamlı plakları mevcuttu.Hastanın özgeçmişinde artrit öyküsü yoktu.Yapılan kan tetkiklerinde;sedim:90 mm/st CRP:19,6 gr/dl olarak saptandı. PASI skoru 4.8 olarak bulundu. Anti-CCP negatif saptandı. Sakroiliak MRG da normal olarak bulundu. Tedavide, Ustekinumab kesilip, Etanercept'e 50 mg/hf geçiş planlandı. Tedaviye başladıktan 3 hafta sonra hastanın klinik bulguları geriledi; Sedim: 6 mm/st, CRP:2,2'ye düştü.

Sonuç: Ustekinumab, insan immunoglobulin G1κ monoklonal antikoru olup, IL-12 ve 23 tarafından paylaşılan ortak epitop 40 subunitini bloke eder. Dolayısıyla özelikle psöriaziste etkili olan Th1 ve Th17 T hücre diferensiasyonu inhibe olur. Literatüre bakıldığında Ustekinumab tedavisi sırasında çok nadiren mevcut artritte alevlenme veya yeni artrit klinik tablolarının olabileceği bildirilmiştir. En son 2017 yılında Asahina ve ark tarafından yapılan bir çalışmada 179 hastanın 8'inde Ustekinumab kullanımı sonrası PsA geliştiği saptanmış; psöriazsi lezyonlarının Ustekinumab'a dirençli olması sebebiyle hastalara anti-TNF tedaviye geçiş yapılmıştır. Aynı çalışmada anti-TNF başlandıktan sonra %50 oranında başarı olduğu bildirilmiştir. Artritin şiddetli olmadığı, ortalama 8 ay sonra geliştiği de vurgulanmıştır. Sonuç olarak, Ustekinumab tedavisi alan hastalarda paradoksal advers reaksiyon olarak artrit gelişebileceği, yahut maskelenen artritin engellenemeyeceği için klinik olarak ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Referanslar:
1.A De Souza, T Ali-Shaw, SM Reddyinflammatory arthritis following ustekinumab treatment for psoriasis: a report of two cases - British Journal of Dermatology. 2013 - Wiley Online Library
2.Akihiko Asahina Yoshinori Umezawa Mami Momose Hiromi Honda Koichi Yanaba Hidemi NakagawaNew onset or transition of disease state of psoriatic arthritis during treatment with ustekinumab: A single-center retrospective study.The J Of Dermatol. Volume44, Issue12. December 2017

Anahtar Kelimeler: Psöriazis, ustekinumab, artritis

P-103 İnfliximab Sonrası Püstüler İlaç Erüpsiyonu Gelişen Spondiloartropati Olgusu: Vedoluzimab Uygulaması

Jülide Öncü Alptekin[1], Ece Uğurer[2], İlknur Kıvanç Altunay[2], Banu Kuran[1], Canan Alkım[3]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Etfal Gastreoenteroloji Kliniği

Amaç: Bu sunumda, İnfliximab kullanımı sonrası ilaç erüpsiyonu gelişen Crohn hastasında Vedoluzimab tedavisinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Bilinen Crohn tanısı bulunan 31 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 hafta önce başlayan, öncelikle saçlı deride başlayan,giderek sırt ve omuzlara doğru yayılan giderek yayılan döküntü şikayetiyle dermatoloji polikliniğine başvurdu. Döküntü şikayetlerinin, 2.doz infliksimab uygulandıktan sonra başladığı öğrenildi. Crohn Hastalığı nedeniyle aynı zamanda Azotiopürin 50 mg/gün ve Sülfasalazin 2gr/gün kullanmaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde ekstremite distalleri,palmoplantar bölge ve intertrijinöz alanlarda belirgin eritemli zeminde püstüller ve yer yer krutlu ekskoriye lezyonları mevcuttu. Lezyonlara kaşınıtı,yanma,batma hissi eşlik etmekteydi. Bunun üzerine hasta, dermatoloji servisine yatırıldı. Hastanın avuç içinden alınan punch biyopsisinde; ortokeratoz, irregüler akantotik epidermiste spongioz,dermiste perivasküler eozinofil ve lenfositler gözlendi. Bu histopatolojik bulgularla püstüler ilaç erüpsiyonu düşünüldü. Topikal steroid tedavisi ile lezyonlar yatışmayınca, 40 mg/gün sistemik steroid tedavisi uygulandı. Yatışının ikinci haftasında, yaygın sırt, bel ağrısı ve dialerde ağrı şikayeti gelişmesi üzerine yapılan tetkiklerde sağ sakroiliit saptandı, hastada sabah tutukluğu da >30 dk idi. Sedim, CRP yüksek olarak bulundu. Ayrıca karın ağrısı ve ishal atakları da devam etmekteydi. Hastada bu bulgularla spondiloartropati de tabloya eklenince infliximab yerine, gastroenteroloji ile de görüşülerek başka yolaktan etkili bir biyolojik ajan başlanması planlandı. Crohn hastalığı da bulunduğu için Vedolizumab tedavisi başlandı, hastanın şikayetleri ve laboratuar bulguları düzeldi.

Sonuç: Bu olgu; hem infliximab sonrası ilaç reaksiyonu olarak püstüler psöriyazis gelişmesi, hem de vedoluzimab kullanımı bakımından önemlidir. Anti -TNF kullanımı sonrası cilt reaksiyonları sık görülmektedir, bunlar eritematöz reaksiyonlardan, ilaç erüpsiyonlarına ve psöriazise kadar uzanmaktadır.
Vedoluzimab gastrintestinal sistem-selektif bir α4β7 integrin antagonistidir. GİS de aktive olmuş lökositleri kontrol etmektedir. Dolayısıyla GİS'ten başlayan sistemik hastalıklarda etkilidir. Yapılan çalışmalarda anti-TNF ajanlar her ne kadar Crohn ve ülseratif kolitte başlangıçta etkili olsalar da, bir süre sonra rezistans geliştiğini göstermektedir. Bu nedenle bu alanda yeni biyolojik ajanlara gereksinim doğmuştur. Vedlozimab da GİS-selektif bir ajan olarak giderek popularite kazanmaktadır. Bu olguda da Crohn hastalığı ve artrit tablosunu düzeltmiştir.

Referans:
BG Feagan. Efficacy of Vedolizumab in Fistulising Crohn's Disease.J Crohns Colitis. 2018 Apr 27;12(5):621-626

Anahtar Kelimeler: Crohn, vedoluzimab, psöriazis

P-104 Ankilozan Spondilitte Üveit Ataklarına Sulfasalazinin Etkisi

Zerrin Şahin, Deniz Hatun Aytaç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilitte üveit tedavisi anti-TNF' lere rağmen hala güç olabilmekte. Sulfasalazin(SS)ile üveit ataklarının engellendiği iki hastanın klinik seyrini paylaşmak istedim.

Olgu: 60 yaşındaki erkek hastanın ilk şikayetleri otuz yaşlarında kalça ağrısı ile başlamış.Yirmi beş yıldan beri SS kullanmakta olan hastada on beş yıl kadar önce iki kez yaz sıcaklarında ilaç alımını bıraktıktan bir süre sonra (iki ay kadar) üveit atağı olmuş. Kortikosteroidli göz damlaları kullanmış. Tekrar kullanmaya başladıktan sonra bir daha atak olmamış. Kız kardeşinde, dayısında, amcasının oğlunda, teyzesinin oğlunda AS mevcut; anne baba akraba değil. Sakroiliak eklem evre dört, kalça eklem tutulumu yok, HLA-B27 negatif. Son birkaç yıldır antiinflamatuar-analjezik kullanma ihtiyacı duymuyor, düzenli egzersiz yapıyor, SS 2* 1000mg devam ediyor. 69 yaşındaki diğer hastada HLA-B27 pozitif, ilk şikayeti 28 yaşlarında bel-kalça ağrıları ile başlamış. Yaklaşık yirmi yıldan beri SS kullanıyor. On iki yıl önce iki ay kadar kullanmadığında üveit gelişmiş. Lokal damla ile tedavi edilmiş. Sakroiliak eklem evre 4, kalça eklem hareketleri açık. Üç yıldan beri NSAI kullanmıyor. Ailede spondiloartropati hikayesi yok.

Sonuç: Üveitli AS'lilerde ataklar esnasında kan-aköz barieri (KAB)nde protein ve hücre geçirgenliğinde artış ve intestinal inflamasyon saptanmış. Benitez JM. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada SS kullanımı ile atak sayısının, barsaklarda inflamasyonun histolojik olarak azaldığı ve KAB permeabilitesinin azaldığı gösterilmiş.Üveit tedavisinde sulfasalazinin de bir seçenek olabileceğini göz önüne almalıyız.

Anahtar Kelimeler: Üveit, sulfasalazin, ankilozan spondilit

P-105 Bir Olgu Eşliğinde Ankilozan Spondilitli Hastalarda Sensörinöral İşitme Kaybına Bakış

Erkan Mesci[1], Nilgün Mesci[2]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Kronik enflamatuar bir hastalık olan ankilozan spondilit pek çok eklem dışı bölgede de tutuluma neden olmaktadır. Bu olgu ile bazı hastalarda gözlenen işitme kayıplarına dikkat çekmek istedik.

Olgu: Romatizmal hastalıklar polikliniğimizde ankilozan spondilit tanısı ile takip edilmekte olan ellidokuz yaşındaki erkek hasta son kontrolünde sol kulağında çınlama ve seslerin ekolanması şikayetleri olduğunu ifade etti. Yaklaşık 18 yıl önce ankilozan spondilit tanısı alan hasta, o tarihten itibaren sulfasalazin ve lüzumu halinde indometazin tedavisi almakta idi. Zaman zaman bel ağrısı olmakla birlikte, çok yoğun bir ağrı şikayeti yoktu. Yaklaşık beş yıldır birtakım işitme problemleri mevcuttu. Şikayetlerinin özellikle sol kulağında belirgin olduğunu ifade etmekte idi. Daha önce yapılan kulak burun boğaz muayenesi sonucunda hastalığına bağlı olarak kulak kemikçiklerinin kireçlenmiş olduğunun kendisine söylendiğini ifade ediyordu. Hastanın odyometri tetkiki solda belirgin olmak üzere bilateral sensörinöral işitme kaybı olduğu yönünde idi. Odyometri sonucu incelendiğinde iletim tipi bir işitme kaybı bulgusu saptanmadı.

Sonuç: Ankilozan spondilitin özellikle kohleanın bazal ve orta kısımlarındaki hücrelerde belirgin olmak üzere iç kulak tutulumu nedeni ile işitme kayıplarına neden olduğu bilinmektedir. Sensörinöral tipte olan bu kayıpların saptanabilmesi için hastalarda işitme azlığı, çınlama gibi semptomların dikkate alınması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, işitme kaybı, odyometri

P-106 Ankilozan Spondilit Hastasında Saptanan Bilateral Haglund Sendromu

Yunus Durmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Ankilozan Spondilit (AS), özellikle omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, kronik sistemik inflamatuvar bir romatizmal hastalıktır. Entezit ve sindesmofit oluşumu önemli bulgularındandır. Haglund deformitesi kalkaneusun posterosuperior kısmının anormal kemik çıkıntısıdır. Biz burada topuk ağrısı ile başvuran bir AS hastasında saptanan bilateral Haglund deformitesi birlikteliğini sunmak istedik.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta inflamatuvar bel ağrısı, 1 saatin üzerinde sabah tutukluğu ve bilateral topuk ağrısı olması nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde Schober testi 13 cm, occiput-duvar mesafesi 0 cm, gögüs ekspansiyonu 7 cm, çene sternum mesafesi 0 cm olarak ölçüldü. Her iki topuk palpasyonda ağrılı, şiş olarak değerlendirildi. Sakroiliak kompresyon testi bilateral pozitifti. Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 5380/ µL, Hb:14,7g/dL, Plt: 256.000/µL, tam idrar tetkiki normal, eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 38 mm/h, CRP 9,48 mg/L olarak saptandı. BUN, kreatinin, AST, ALT, GGT, ALP normal sınırlarda; brusella testleri, RF, anti-CCP tetkikleri negatifti. HLA-B27 testi pozitif olarak saptandı. Çekilen sakroiliak eklem grafisinin evre 3 sakroiliit ile uyumlu gelmesi üzerine sakroiliak eklem MRG istendi ve bilateral, simetrik aktif sakroiliit saptandı. Ayak bilek yan grafisinde aşil tendonu kalkaneusa yapışma yerinde entezit ve kalkaneus posterosuperiorundaki prominensde belirginleşme izlendi. Bu bulgu Haglund deformitesi olarak değerlendirildi. Bu deformiteye sahip kişilerde aşil tendonu ve retrokalkaneal bursa üzerinde oluşan tekrarlayıcı mekanik travmaların bursit ve tendinite daha sık neden oldukları bildirilmiştir. Haglund deformitesinin tanısında kalkaneusun ölçümlendirilmesi gereklidir. Bu amaçla kullanılan yöntemlerden biri Fowler & Philip yöntemidir. Fowler & Philip yönteminde bursal projeksiyon ile posterior kalkaneal tüberosita arasında çizilen bir doğru ile, medial ve anterior kalkaneal tuberositaları birleştiren ikinci bir çizgi bulunmaktadır. Bu iki çizginin birleştiklerinde topuğun posteriorunda oluşturdukları açı (süperior kalkaneal açı) 75°'yi geçiyorsa patolojik olarak kabul edilir. Bizim hastamızda bu açı 77 derece olarak hesaplandı. Hastaya yapılan USG retrokalkaneal bursit, aşil tendiniti ile uyumlu idi. Tedavide naproksen sodyum başlanan hastaya eklem haraket açıklığı egzersizleri tariflendi ve fizik tedavi programı planlandı.

Sonuç: Topuk ağrısının nedenleri arasında mekanik problemler ve inflamatuvar romatizmal hastalıklar ilk sırada yer alırlar. Ankilozan spondilite bağlı topuk ağrısı sık karşılaşılan bir durumdur. Biz hastamızdaki AS ve Haglund deformitesi birlikteliğinin, AS'li hastalarda topuk ağrısı etyolojisinde altta yatabilecek mekanik hadiselerin de gözardı edilmemesini işaret etmesi açısından önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, haglund sendromu, retrokalkaneal bursit

P-107 Palmoplantar Püstüler Psöriyaziste Sekukinumab Etkinliği

Bülent Akyüz[1], Ali Nail Demir[2], Ayça Ayşe Aytekin[2], Nehir Samancı Karaman[1], Cahit Kaçar[2]

[1]Akdeniz Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Ankilozan spondilit tedavisinde son dönemlerde sık kullanılan Anti-TNF ajanlar hastalık aktivite indekslerinin ve günlük yaşam aktivitelerinin düzelmesinde oldukça etkilidir. TNF-α inhibitörleri aynı zamanda bazı deri hastalıklarının tedavisinde de başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak literatürde, bu ajanların bir yan etkisi olarak %10'dan %60'a kadar değişen oranlarda deri bulgularından bahsedilmektedir. Psoriyazisin tedavisinde etkili olmasına rağmen, literatürde son yıllarda sıkça TNF·α inhibitörlerinin tetiklediği psoriyazis vakaları bildirilmektedir. Sekukinumab, IL-17A inhibitörü olup ankilozan spondilit (AS), psöriyatik artrit ve plak psöriyazis tedavisinde etkili yeni bir biyolojik ajandır. Paradoksal reaksiyonlarda TNF·α inhibitörleri arasında değişimden ziyade cilt skorlarında anlamlı düzelme sağlayan sekukinumaba geçişi vurgulamak amacı ile bu olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 5 yıldır Ankilozan spondilit nedeniyle takip edilen, nsaid ve sülfasalazin tedavisine rağmen günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayacak ağrı ve tutukluk şikayetleri mevcuttu. Akut faz reaktanlarında yüksekliği, fizik muayenede sakroiliak kompresyon testi pozitifliği olan hastadan sakroiliak mr istendi. Bilateral sakroiliak eklemde kemik iliği ödemi olan hastaya adalimumab 40 mg/2 hafta subkutan tedavisi başlandı. Adalimumab tedavisinin 3. ayında klinik ve laboratuar bulguları tamamen düzelen hastada adalimumab idame tedavisinin 9. ayında her iki el ve ayak tabanında palmoplantar püstüler psöriyazis gelişti. Hasta kliniğe yatırılarak medikal tedavisi düzenlendi. Dermatoloji kliniğine konsülte edilerek topikal tedavisi düzenlenip mevcut adalimumab tedavisi sekukinumab ile değiştirildi. Sekukinumab 150 mg haftalık yükleme dozu başlandı. Tedavinin 5. Haftasında cilt skorlarında anlamlı düzelme gözlendi. Aylık idame tedaviye geçildi. Tedavinin 3. ayında psöriyatik lezyonları tamamen geriledi.

Sonuç: Psöriyazis tedavisinde de kullanılan TNF-α inhibitörlerinin nadiren yan etkisi olarak psöriyazis benzeri cilt lezyonlarının oluşması veya var olan psöriyazisin kötüleşmesi gözlenebilmektedir. Bu paradoksal yan etki anti-TNF ilaçların sınıf etkisi olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle paradoksal yan etki gelişen hastalarda başka bir anti-TNF grubu ilaca geçmektense sekukinumab benzeri farklı bir yolak üzerine etkili yeni biyolojik ajanların tercih edilebileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF tedavi, püstüler psöriyazis, sekukinumab

P-108 Ankilozan Spondilitli Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi: Ön Sonuçlar

Nilgün Mesci, Duygu Geler Külcü, Dilara Dilik, Mustafa Hüseyin Temel, Özlem Kaleoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit başlıca aksiyel omurgayı etkileyen, periferik eklem tutulumu ve ekstraartiküler bulgularla seyredebilen kronik inflamatuar bir hastalıktır. Hastalığa bağlı omurga ve eklemlerdeki fiziksel sorunlar ile eşlik eden yorgunluk ve depresyon gibi bulgular cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmamızda ankilozan spondilit (AS) tanılı erkek hastalarda cinsel fonksiyonları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya ASAS kriterlerine göre tanı almış 18 yaş üstü 15 erkek AS hastası ile 10 sağlıklı olgu dahil edildi. Malignitesi, akut veya kronik enfeksiyonu, otoimmun hastalığı, diabeti ve kardiyovasküler hastalığı olanlar çalışmadan dışlandı. Çalışmaya dahil edilen her iki gruptaki olguların yaş ve medeni durumları gibi demografik verileri kayıt edildi. AS'li hasta grubunda hastalık süresi, kullandıkları ilaçlar ve hastalık aktivitesini belirlemek için BASDAI skorları değerlendirmeye alındı. Hasta ve kontrol grubunda cinsel fonksiyonun değerlendirilmesinde 5 soruluk anketten oluşan ve her sorunun 0-5 puan arasında skorlandığı Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF-5) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya şu ana kadar dahil edilen 15 AS'li erkek hasta ile 10 sağlıklı olgunun ön bulguları değerlendirildi. AS'li olguların yaş ortalaması 41±11.2 yıldı, medeni durumları incelendiğinde 9 hastanın evli, 6 hastanın bekar olduğu belirlendi. Hastaların 7 tanesi (%46.7) NSAİİ, 8 tanesi (%53.3) anti-TNF tedavisi almaktaydı, hastalık sürelerinin medyan değeri 84 (12-252) gündü. Yaş ve medeni durum açısından AS'li hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$). IIEF-5 skorlarında da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). AS'li hasta grubunun IIEF-5 skorlarının diğer parametrelerle korelasyonu incelendiğinde yaş ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken ($p<0.05$), hastalık süresi ve BASDAI gibi hastalık parametreleri ile anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızın ön bulgularına göre AS'li olgularda cinsel fonksiyon bozukluğu artan yaş ile ilişkili bulundu, ancak hastalık parametreleri ile ilişkili bulunmadı. Literatürde AS vakalarında cinsel fonksiyon bozukluğu ile hastalık aktivitesi arasında ilişki olduğuna dair yayınlar mevcut olmakla birlikte bu konu henüz netlik kazanmamıştır. Daha geniş hasta grupları ile kontrollü dizayn edilmiş yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, cinsel fonksiyon bozukluğu, hastalık aktivitesi

P-109 Ülseratif Kolit-Spondiloartropatide Dirençli Trombositoz

Zerrin Şahin, Deniz Hatun Aytaç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Olgu: 48 yaşındaki erkek hastada on yıl önce sırt ve kasık ağrıları başlıyor. Ankilozan spondilit tanısı ile adalinumab kullanmaya başlanıyor. Sırt ağrılarının başlamasından birkaç yıl sonra karın ağrısı, kanlı ishal şikayetleri sebebiyle yapılan tetkikler sonrası ülseratif kolit tanısı da konuluyor. Hasta görüldüğünde bir yıldan beri (safra kesesi ameliyatı olduğu için) ilaç kullanmıyordu. Şikayetleri tekrar başlamış olan hastaya, adalınumab son dönemlerinde etkinliği azaldığı için infliximab başlandı. Trombosit sayısı tedaviden önce 875.000 idi. İlaçsız dönemde hastanın trombosit sayısı 875-950.000 şeklinde, Adalınumab kullanırken ise 570.000-630.000 gibi seyretmiş. İnflamatuar yanıt olduğu düşünülerek izlem planlandı. BASDAI (4,8---1,6)de yeterli yanıt alınırken trombositler aynı seviyelerde idi. Gastroenteroloji konsültasyonda ilave tedavi düzenlemedi, Hematolog ile görüşüldü, Hidroksiüre başlandı ama yanıt alınamadı. Tekrar konsültasyonları yapıldı. Hastaya Azatiopirin 2*50mg, hıdroksiüre 4*500mg (doz ayarlaması duruma göre yapılarak), mesalazin 2*1500mg şeklinde tedavi düzenlendi. Bir süre sonra normal düzey (325,000) sağlanabildi.

Sonuç: Ülseratif kolitte aktivite durumlarında IL-6 artışı trombopoietin salınımını arttırarak trombositoza neden olmaktadır. Olası trombotik olaylar için hastaların yakın takibi ve hızlı-uygun tedavisi önemlidir

Anahtar Kelimeler: Trombositoz, ülseratif kolit, spondiloartropati

P-110 Enthesitis Deteriorates Foot Posture in Ankylosing Spondylitis

Neslihan Gokcen[1], Aylin Sariyildiz[2], İlke Coşkun Benlidayi[2]

[1]Cukurova University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Adana, Turkey
[2]Cukurova University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Adana, Turkey

Objective: Ankylosing spondylitis (AS), prototype of the axial spondyloarthritis, is a chronic inflammatory disease characterized by primarily axial skeleton involvement. The effect of axial involvement on the foot posture without peripheral arthritis is rarely studied in the literature. The aim of the study was to assess the foot posture using by a valid static clinical measure and to compare the foot postures with clinical variables in AS.

Materials-Methods: The study design was cross-sectional. Fifty AS patients and 40 age- and sex-matched healthy controls were enrolled in the study. The disease activity was calculated based on Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS). The axial mobility of patients was evaluated by Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) 3-point answer scale. The functional status was assessed via Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) and Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI).Enthesitis was assessed by Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score (MASES). Foot posture was evaluated by using Foot Posture Index-6 (FPI-6).

Results: Of the 50 feet evaluated in patients, 36 (72%), 8 (16%), and 6 (12%) were at neutral (from 0 to +5), pronated (>=+6), and supinated (<=-1), respectively. When the 40 feet evaluated in healthy controls, 38 (95%) and 2 (5%) were at neutral and supinated position. When the foot posture compared between groups, abnormal posture (pronated and supinated) was higher in patients (Fisher's Exact test, p=0.007). Also, the foot posture index score was statistically higher in patients (p=0.005).In patients, when the FPI scores analyzed in order to assess whether any association between clinical variables (HAQ-DI, ASDAS, BASMI, BASFI, MASES), no correlation was found.Additionally, the evaluation of the proximal insertion of Achilles tendons was documented apart from MASES. The supinated foot posture was associated with enthesitis of Achilles tendon (Fisher's Exact test, p=0.002).

Conclusion: We found that no statistically significant relationship between foot posture and functional status of patients. On the other hand, Achilles tendon enthesitis was associated with the supinated foot posture. Thus, we should keep in mind that the patients with enthesitis might have abnormal foot posture, especially supinated foot posture.

Keywords: Ankylosing spondylitis, enthesitis, foot posture, foot posture index, Maastrich Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score

P-111 Ankilozan Spondilit Hastalarında Nötrofil/Lenfosit ile Platelet/Lenfosit Oranlarının Değerlendirilmesi

Nilgün Mesci, Özlem Kaleoğlu, Dilara Dilik, Duygu Geler Külcü

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Ankilozan spondilit omurga ve periferik eklemleri tutan kronik inflamatuar bir hastalıktır. Hastalığın takibinde laboratuar testlerinden sıklıkla eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) kullanılmakta ancak her iki değer de farklı demografik ve klinik durumdan etkilenebilmektedir. Son yıllarda hemogram incelemesi ile elde edebildiğimiz nötrofil/lenfosit ile platelet/lenfosit oranlarının inflamatuar romatizmal hastalıkların takibinde bir belirteç olabilecekleri ile ilgili çeşitli görüşler literatürde öne sürülmüştür. Biz de bu çalışmada ankilozan spondilitli hastalarımızın nötrofil/lenfosit ile platelet/lenfosit oranlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmaya fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğimizin romatizmal hastalıklar polikliniğinde ankilozan spondilit (AS) tanısıyla takip ve tedavi edilmekte olan 30 olgu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 30 sağlıklı olgu dahil edildi. Malignite, enfeksiyon, renal ve hepatik yetmezlik, ağır kardiyovasküler hastalık ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı varlığı dışlama kriterleri olarak kabul edildi. Tüm olguların yaş, cinsiyet, ESH, CRP, nötrofil/lenfosit oranı (NLO), platelet/lenfosit oranı (PLO) ile AS olgularının hastalık süreleri, kullandıkları ilaçlar ve hastalık aktivitesi parametresi olan Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) skorları kayıt edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 30 AS'li olgunun yaş ortalaması 43±9.5 yıl, 30 kontrol grubunun yaş ortalaması ise 44±13.2 yıldı. Cinsiyet dağılımı AS grubunda 18 (%60) erkek, 12 (%40) kadın; kontrol grubunda 23 (%76.7) erkek, 7 (%23.3) kadın şeklindeydi. Yaş ve cinsiyet oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). AS'li hastaların hastalık süresi medyan değeri 84 gün, hastalık aktivitesinin değerlendirildiği BASDAI skorlarının medyan değeri ise 2.1 idi. NL0 ve PLO değerleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). AS grubunda ESH ve CRP değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.05$). AS grubunun 19 tanesi anti-TNF tedavi, 11 tanesi anti-TNF dışı (NSAİİ ve/veya Sulfasalazin) tedavi görmekteydi. Bu iki grup kendi aralarında karşılaştırıldığında anti-TNF tedavi görmekte olan hastaların ortalama PLO oranlarının anti-TNF dışı tedavi görenlere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p=0.006$), NLO oranlarının ise her iki grupta benzer olduğu ($p=0.107$) görüldü.

Sonuç: AS'li hastalarla kontrol grubu arasında nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranları açısından fark olmamakla birlikte hasta grubunun çoğunluğunu oluşturan anti-TNF tedavi görmekte olan olguların özellikle platelet/lenfosit oranlarının belirgin şekilde düşük olması dikkat çekmektedir. İnflamasyon durumunda artışı beklenen hemogram parametrelerindeki bu oranların anti-TNF tedavinin inflamasyonu baskılaması ile düşük veya normal olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu oranların yeni tanılı henüz tedavi başlanmamış veya tedavi altında olmayan hastalarda bir belirteç olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, anti-TNF

P-112 Spondilodiskit ile Kendini Gösteren Ankilozan Spondilit Olgusu

Ümit Seçil Demirdal, Ayhan Aşkın, Korhan Barış Bayram

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir, Türkiye

Amaç: Aseptik diskit ya da Andersson Lezyonu olarak da bilenen spondilodiskit, diskin ve ilişkili vertebranın enfeksiyöz yada travmatik bir neden olmaksızın destrüksiyonudur. Ankilozan spondilit (AS) tanılı hastalarda nadiren görülen bir durumdur. Sıklıkla akut başlangıçlı, mekanik karakterde lokalize bir ağrıya yol açar. Hastanın süregelen ağrısından farklı bir şiddettedir. Torakal ve lomber vertebralarda daha sık görülür. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tanıda en duyarlı yöntemdir. Diske komşu vertebrada erozyon ve skleroz, disk aralığında daralma tipiktir. Bu çalışmada spondilodiskit tanısından yola çıkılarak AS tanısı alan bir kadın hasta sunularak, klinik pratiğe katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Olgu: 57 yaşında bayan hasta yaklaşık bir hafta önce sabah uyandığında ani başlayan bel ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Öncesinde ağır kaldırma öyküsü vardı. Ağrı başlangıcından iki gün sonra sağlık çalışanı olmayan bir kişi tarafından lomber traksiyon uygulanmıştı ve ağrısı daha da şiddetlenmişti. Sağ alt ekstremiteye yayılan, uyuşma ve karıncalanmanın eşlik ettiği mekanik ağrı şeklindeydi. Hastanın özgeçmişinde 11 senedir aralıklı ağrı artışı ile kendini gösteren lomber diskopatisi mevcuttu. Fizik muayenesinde sadece lomber eklem hareket açıklıkları kısıtlı ve ağrılı idi. Nörolojik muayenesi olağandı. Direkt grafide özellik saptanmadı. Laboratuvar tekiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 106 mm/saat (normal değer < 20) ve C-reaktif protein 9,6 mgr/dl (normal değer <0,5) saptandı. Ön tanı olarak lomber abse düşünüldü ve çektirilen kontrastlı MRG; L5-S1 düzeyinde disk yüksekliğinde azalma ve bu düzeyde sağ paramedian ekstrüzyon aşamasında protrüzyon, sağda S1 köküne bası, L4 vertebra düzeyinden başlayan, L5 ve S1 vertebra posteriorlarını içeren belirgin kontrast tutulumu spondilodiskiti desteklemektedir şeklinde rapor edildi. Rose-bengal testi negatif, HLA-B27 %98 pozitif, akciğer grafisi olağan olarak saptandı. Çektirilen sakroiliak eklem MRG'de sağ sakroiliak eklemde akut sakroileit tespit edildi. Non-steroidal anti-inflamatuvar ve tramadol başlandı. Fizik tedavi modaliteleri uygulanan hastanın izlemde ağrısı geçti, akut faz reaktanları normal değerlerine geriledi.

Sonuç: Spondilodiskit; AS'li hastalarda nadiren görülen bir durumdur. Görülme sıklığı tam olarak bilinmemekle bazı yayınlarda %5-11 arasında insidansı olduğu ve bu oranın küçümsenmemesi gerektiği belirtilmektedir. Nadir görülmekle birlikte AS'li hastalarda en ciddi klinik tablolardan biridir, çünkü spinal fraktürlere yol açıp mortalite ve morbiditeye yol açabilir. Ayrıca spondilodiskitli vakalarda akut faz reaktanlarında yükselme saptanması nedeniyle metastaz veya infeksiyöz diskitle karışarak tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilir. Spondilodiskit; AS'li hastalarda genellikle geç dönemde görülür. Ancak erken dönemde ve bazen AS'nin ilk semptomu olarak karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spondilodiskit, andersson lezyonu, ankilozan spondilit

P-113 Reiter Sendromu Tanısı Alan Etanercept ile İndüklenen Psöriyatik Artrit Olgu Sunumu

Hatice Ağır, Esra Dilek Keskin, Gülten Karaca

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Psöriatik artrit (PsA), periferal artrit, entezit, spondilit ve psöriasis ile karakterize inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. PsA; Reiter Sendromu (RS) ile, psöriasis benzeri deri lezyonları nedeniyle karıştırılmakta ve histopatolojik ayrımında zorluk yaşanmaktadır. Bu olguda PsA tanısı ile Etanercept başlandığımız bir hastanın cilt lezyonlarında artış olması üzerine, RS ve PsA ayırıcı tanısı açısından değerlendirdiğimiz bir olguyu sunduk.

Olgu: Yirmi yedi yaşında erkek hasta polikliniğimize her iki el küçük eklemlerinde ağrı, bel ağrısı, sabah tutukluğu ve vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile başvurdu. 2 yıl önce cilt biyopsisi ile psöriyazis tanısı konduğu, cilt lezyonlarına yönelik çeşitli topikal ve medikal tedaviler kullandığı, son haftalarda el eklemlerinde ve belinde ağrı, yarım saat süren sabah tutukluğu olduğu öğrenildi. Sistemik muayenesi normal olan hastanın kas iskelet sistemi muayenesinde her iki el ve ayak tabanında sınırları net, simetrik, eritemli, yer yer hiperkeratotik plaklar ve ağrılı fissürlerle karakterize psöriyatik lezyonlar, tırnaklarında kalınlaşma, subungual hiperkeratoz, renk değişikliği, pitting, onikolizis ve saçlı deride skuamlı yamalar şeklinde psöriyatik lezyonlar mevcuttu. Her iki el MKF, DIF, PIF eklemlerinde palpasyonla hassasiyet, eklem hareketlerinde kısıtlılık mevcuttu. Sakroiliak kompresyon testi bilateral pozitifti. Modifiye Schober testi 4 cm idi. Laboratuvar tetkiklerinde, eritrosit sedimantasyon hızı (ESH); 13 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) düzeyi; 0,8 mg/L idi. Hepatit paneli, Romatoid Faktör ve HLA-B27 testi negatifti. Hemogram, rutin biyokimyasal testleri, tam idrar tetkiki normaldi. Radyografik değerlendirmede bilateral DIF eklem aralığında daralma ve şüpheli kist formasyonu, sakroiliak eklemde skleroz artışı ve kontür düzensizlikleri mevcuttu. Bu bulgularla Clasification Criteria For Psoriatic Arthritis (CASPAR) kriterlerine göre hastaya PsA tanısı kondu (Tablo 1). Etanercept 50 mg/ 2 hafta 1x1, MTX 15 mg/1x1 hafta başlandı. 4 hafta sonra kontrole gelen hastanın inflamatuar bel ağrısı ve el eklemlerindeki ağrısı tamamen geçerken, el ayası ve ayak tabanındaki psöriyatik döküntülerinin arttığı gözlendi. El ayası hiperkeratöz, yer yer kanamalı, fissurlü, eritemli,squamöz karakterdeydi ve hasta kaba kavrama yapmak gibi el fonksiyonları sırasında ağrı çekmekteydi. Mevcut cilt bulguları Etanercept tedavisinin alevlendirdiği psöriyatik lezyon olarak değerlendirilerek ayırıcı tanı açısından Dermatoloji bölümüne konsülte edildi. Genç erkek hasta olması, şüpheli cinsel ilişki öyküsünün olması, el, ayak tabanı ve genital bölgesindeki lezyonların keratoderma blenorajika ve sirsinat balanitis ile uyumlu görülmesi nedeniyle hastaya Dermatoloji tarafından Reiter Sendromu (RS) tanısı konuldu. Etanercept ve MTX tedavisi kesilerek antibiyotik tedavisi başlanan hasta 2 ay sonra relaps ile tarafımıza başvurdu. Bu hastada psöriyatik tırnak değişiklikleri, aile öyküsü (ikici derece akrabada psöriyazis) olması görüntüleme yöntemleri, konjunktivit ve üretrit öyküsü olmaması, kültürlerinde üreme olmaması ve antibiyotik tedavisine rağmen cilt lezyonlarının gerilemeyip inflamatuar ağrılarının artış göstermesi PSA tanısını desteklemektedir. Hastanın cilt lezyonları Etanercept'in alevlendirdiği psöriyazis olarak değerlendirildi. Bu yan etkiden dolayı başka bir biyolojik ajan tedavisine geçilmesi planlanan hastanın takibi devam etmektedir.

Sonuç: RS'daki psöriasis benzeri deri lezyonları psöriasis ile çok sık karışmaktadır, histopatolojik olarak ayırt edilememektedir. Bu durum hastanın tedavinin planlanması ve takibinde önemlidir. Yanlış ilaç uygulamaları ve DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) tedavisinin kesilmesi hastalarda relapsa neden olmaktadır. PSA ve RS ayırıcı tanısında sadece cilt lezyonları ile tanı koymak mümkün olmadığı için aile öyküsü ve fizik muayene dikkatli değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psöriyatik artrit, reiter sendromu, etanercept

Tablo 1: PsA'da CASPAR sınıflama kriterleri

Klinik ve Laboratuar Özellikler	Puanlama
İnflamatuar eklem hastalığı (eklem, omurga veya entezis)	En az birisi mutlaka olmalı
Psöriasis *Şimdiki Psöriasis varlığı (saçlı deri veya deri) dermatoloji veya romatoloji uzmanı doğrulamalı *Psöriasis öyküsü (hasta, aile hekimi, dermatoloji veya romatoloji doktoru) *Ailede psöriasis öyküsü (hastanın öyküsü yeterli)	2 puan 1 puan 1 puan
Şimdiki fizik muayenede tipik tırnak değişikliği (onikolizis, pitting, hiperkeratozis)	1 puan
Romatoid Faktör negatifliği (ELISA veya nefrolometri)	1 puan
Daktilit (şimdiki veya daha önce bir romatoloji uzmanı tarafından saptanan)	1 puan
Eklem sınırında yeni kemik oluşumu (el veya ayak grafisinde)	1 puan
TOPLAM	En az 3 puan olmalı

P-114 Yüksek Doz İzotretinoin Tedavisi Sırasında Sakroileit Gelişimi

Hidayet Sarı[1], Nuri Tuğbay Yıldıran[1], Sheila Alimedetli[1], Hasan Hüseyin Sarı[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deantoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Akne vulgaris tedavisinde kullanılan yüksek doz A vitamini olan retinoid (izotretinoin-roaccutane) kas iskelet sisteminde birçok ağrılı durumlara yol açan bir ilaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ilacın yan etkilerinden bir tanesi de komplikasyon olarak kabul edeceğimiz sakroileit yaparak iltihabi bel ağrısı ve spondiloartrit oluşturma riskidir. Retinoid tedavisi sırasında gelişen sakroileitin kalıcı bir sakroileit mi yoksa ilacın kesilmesiyle ortadan kalkan bir durum mu olduğu hala tartışmalıdır.
Biz bu olgu sunumumuzda akne vulgarise bağlı yüksek doz retinoid tedavisi sırasında genç bir kız hastada bilateral iltihabi bel ağrısı, MRG'de gelişen akut sakroileit gelişimi ve akabinde retinoid tedavisinin kesilmesi ile beraber sakroileitin takibi sonucunda kaybolduğunun belirlenmesini tespit ettik. Bu retinoid tedavisinin komplikasyonu olarak sakroileitin erken dönemde yakalanması durumunda ilacın kesilmesi ve iltihabı bel ağrısı için NSAİİ kullanılmasının yeterli bir tedavi olduğu sonucuna vardık.
Bu olgu sunumumuzda sakroileit saptanan hastalarda etiyolojik faktör olarak enfeksiyon, psöriazis, iltihabı barsak hastalığı, üveit ve genetik faktörler dışında hastanın retinoid tedavisi görüp görmediğinin de araştırılması gerektiğini ve eğer bu ilaca bağlı komplikasyon olduğu saptanırsa, retinoid tedavisinin kesilmesinin ve NSAİİ tedavisinin yeterli olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Akne vulgaris, izotretinoin, retinoid, sakroileit, spondiloartropati

P-115 Ankilozan Spondilitte Omurga Cerrahisi Sonrası Gelişen Cauda Equina Sendromu

Hidayet Sarı[1], Nuri Tuğbay Yıldıran[1], Sheila Alimedetli[1], Hasan Hüseyin Sarı[2]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deantoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Ankilozan spondilitte cauda equina sendromu gelişimi nadir bir komplikasyondur. Ancak post operatif spinal cerrahi sonrası cauda equina gelişimi daha nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalarda dural ektazi ve araknoidit gelişimi cauda equina sendromu gelişiminde en önemli neden olarak görülmektedir. Özellikle AS'ye bağlı lumbosakral bölgede gelişen inflamasyon zamanla dura mater'de sertleşme ve beyin omurilik sıvısı basıncının artması, cauda equina köklerinde inflamasyon gelişimi primer AS'ye bağlı cauda equina gelişimini açıklamaktadır. Ancak omurga düzeltme ameliyatından bu sendromun gelişmesi omurga ameliyatının da bu hastalarda cauda equina sendromu gelişmesine sebep olacağını bize göstermektedir. Biz bu olgu sunumumuzda uzun süreli AS nedeniyle tetkik ve tedavi gören, zamanla omurgasında ankiloz ve öne eğik fleksiyon deformitesi gelişen bir hastamızda tüm dorsolomber spinal instrumentasyonla düzeltme ameliyatı sonrası hızla cauda equina sendromu gelişen ve bu nedenle fizik tedavi ve rehabilitasyon uyguladığımız bir olguyu AS'ye bağlı omurga ameliyatı komplikasyon risklerini ortaya koymak ve fizik tedavi ve rehabilitasonunda ne netice alınabileceğini ortaya koymak bakımında sunmayı uygun gördük.

Sonuç: AS'li hastalarda primer olarak cauda equina sendromu gelişebileceği gibi, post operatif olarak spinal cerrahi sonrasında da bir komplikasyon sonucunda gelişebilir, bu nedenle spinal cerrahiye karar verilen AS'li hastaların bu komplikasyon yönünden uyarılması ve önlemlerin alınması, komplikasyon gelişen olgularda fizik tedavi ve rehabilitasyonun uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, cauda equina sendromu, dural ektazi, omurga cerrahisi

P-116 Ankilozan Spondilit Hastasında TNF-Alfa İnhibitörü Kullanımı Sırasında Gelişen Miliyer Tüberküloz

Ayşe Nur Bardak, Eser Kalaoğlu, Cemil Atalay, Özkan Araz, Nazan Nur Yılmaz, Merve Sekizkardeş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Tümör nekroz faktör alfa (TNF-α), savunma mekanizmalarında önemli bir rol oynayan ve proenflamatuar özellikleri olan pleiotropik bir sitokindir. TNF-α inhibitörleri, romatoid artrit, ankilozan spondilit, psöriazis, psöriatik artrit, romatoid artritte etkinlik ve güvenlik açısından yenilikler getirmiştir. Tüberküloz enfeksiyonu, immünosüpresif tedavi altındaki kronik otoimmün hastalarında önemli bir sorundur. Bu yazıda, TNF-α inhibitörü ile tedavi altındayken miliyer tüberküloz gelişen Ankilozan Spondilit (AS) hastasının, tedavisine yeniden TNF-α inhibitörü eklenmesi ve klinik seyri sunulmaktadır.

Olgu: 34 yaşında kadın hasta, bel ağrısı ve sabah tutukluğu şikayetiyle 2009 yılında polikliniğimize başvurdu. Klinik muayenede servikal ve lomber eklem hareket açıklığı (EHA) her yöne kısıtlıydı. Her iki kalça, diz, ayak bileği ve omuz eklem muayeneleri normaldi. Modifiye schöber 5.5 cm, göğüs ekspansiyonu 2 cm, BASDAI 7.1, BASFI 3, BASMI 4.1 idi. Sedimentasyon 25 mm/h ve CRP 0.2 mg/L saptandı. Direkt grafide grade 3 sakroileit, lomber ve servikal ligaman kalsifikasyonları izlendi. Öyküsünde, 2007 yılında AS tanısı aldığını, iki sene boyunca salazopyrin, naproksen, indometazin ve 6 ay kadar da 15 mg/hf metotreksat ve 20 mg/gün leflunomid kullandığını öğrendik. Hastayı aksiyel tutulumlu AS olarak değerlendirdik ve daha önce verilen tedavilerin yetersiz kaldığını düşünerek, tedavisine TNF-α inhibitörüyle devam edilmesini planladık ve tüberküloz açısından değerlendirilmesi için göğüs hastalıkları kliniği ile konsülte ettik. Akciğer grafisinde patoloji bulunmayan hastanın, PPD testi 7 mm idi ve izoniazid profilaksisi ile birlikte hastaya infliksimab 5 mg/kg başlandı. Tedavi sonrasında hastanın şikayetleri önemli ölçüde geriledi, BASDAI değeri 7'den 3'e düştü, sabah tutukluğu ve ağrı şikayetleri tamamen düzeldi. Görülen iyilik hali ile tedavi, 8 hafta ara ile 1.5 sene sürdürüldü. Ancak, son dozdan 1 hafta sonra hastada bulantı, kusma, öksürük ve halsizlik şikayetleri başladı. Tüberküloz şüphesi göğüs hastalıkları ile konsülte edildi ve pnömoni tanısı ile antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavi sürecinde kliniğinde hızla kötüleşme olması, batın içi sıvı, nefes darlığı ve her iki alt ekstremitede ödem saptanması üzerine yeniden konsülte edidi ve milier tüberküloz tanısı ile 2011 yılında göğüs hastalıkları servisine interne edildi. 1 yıl boyunca AS tedavisine ara verildi. 2012 yılında tekrar kontrole gelen hasta yürümekte güçlük çekmekteydi. Klinik muayenede servikal ve lomber bölgede EHA tama yakın limitli, her iki kalça eklemi tama yakın limitli, her iki diz ve ayak bileğinde artrit mevcuttu. Modifiye schöber 2.5 cm, göğüs ekspansiyonu 1 cm, tragus duvar mesafesi 33 cm, intermalleolar mesafe 26 cm, BASDAI 8.9, BASMİ 9, BASFİ 8.4 idi. Sedimentasyon 112 mm/h ve CRP 5.2 mg/L idi. Görüntülemede her iki kalça eklem aralığında daralma ve skleroz, her iki diz medial ve lateral eklem aralıklarında daralma skleroz saptandı. TNF-α inhibitörü etanercept 50 mg/hf başlandı. Şikayetlerinde önemli öiçüde düzelme sağlandı, akut faz reaktanları normale döndü. Bilateral kalça EHA kontraktür ve ağrı sebebiyle 2014 yılında bilateral kalça total eklem protezi yapıldı, operasyon sonrası yürümesinde rahatlama elde edildi. Etanerceptle tedaviye operasyon sonrasıda devam edildi, zaman zaman diz eklemi ve ayak bileği eklemlerinde artrit oluşmakta, lokal kortizon injeksiyonu ve oral kortizon tedavisine ilave edilmektedir.

Sonuç: TNF-α inhibitör alan hastalarda, tüberküloz infeksiyonu önemli bir risktir; ancak diğer önemli bir risk de tüberküloz nedeni ile tedavi kesildiği için, mevcut inflamatuar romatizmal hastalığın aktifleşmesi ve fonksiyonel kısıtlılığa nedeni olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, tüberküloz, miliyer, TNF-alfa

P-117 İnfliksimab Tedavisi Sırasında Paradoksal Psöriazis Gelişen Spondilartropati Hastası: Olgu Sunumu

Cansu Çakmak, Deniz Dülgeroğlu, Ajda Bal, Fatma Ballı, Yasemin Tombak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Ankilozan Spondilit (AS) başta olmak üzere inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), psöriatik artrit (PsA) ya bağlı spondilartropati (SpA) tedavisinde Tümör Nekroz Faktör-alfa antagonistleri (anti-TNF-alfa) kullanımı gittikçe yaygınlaşmakta, sıklıkla klinik remisyon sağlamakta, radyolojik hasarı önlediğine dair kanıtlar ortaya konmaktadır. Bu olguda; Salazopyrin ve Indometazin ile yeterli doz ve süre takip edilmesine rağmen klinik aktivitesi baskılanamayan Ülseratif Kolite (ÜK) bağlı SpA hastasına İnfliksimab başlanmış 1 yıl devam edilmiş, remisyon da sağlanmış ancak yeni başlangıç psöriazis ortaya çıkan hasta sunulmuştur. Literatürde de anti-TNF'lerin yol açtığı yeni başlangıç birçok psöriazis olgusu rapor edilmiştir. Özellikle Crohn Hastalığında infliksimab tedavisi ile parodoksal psöriazis olgularından bahsedilmektedir.

Olgu: BC, 58 yaşında kadın, bilinen ÜK'li, 3 yıl önce dış merkezde, SpA tanısı almıştır, HLA-B27 testi negatiftir. Salazopyrin (SLZ) 2x1000 mg /gün, İndometazin 3 x 25 mg / gün kullanmış. Tedaviye yanıtsız kliniğimize başvuran hastaya yüksek klinik aktivitesi (BASDAİ:7.5) olduğu için Temmuz 2017'de 0, 2, 6. haftalarda yükleme yapılarak 300 mg İnfliksimab infüzyon tedavisi başlanmıştır. Eylül 2018 e kadar tedaviye iyi cevap alınmıştır (BASDAİ: 4). İnfliksimab'ın son dozunu aldıktan 2 hafta sonra Eylül 2018'de saçlı deri, ayak tabanında, gövdede yaygın eritemli, yer yer skuamöz cilt döküntüsü ile poliklinikte görülen hastada parodoksal psörizis düşünülmüş infliksimab tedavisi kesilmiştir, cildiye uzmanı ile konsülte edilerek metotreksat 10 mg/hafta başlanıp, NSAİİ ilaçları gereksiz kullanmaması öğütlenmiştir. Hasta 15. Gün kontrolünde bel ağrısının arttığını ifade etmiştir; BASDAI:7,3, BASFI:6.8, BASMI: 3 olarak değerlendiriliştir. ESH: 18 mm/sa, CRP:4.49, karaciğer fonsiyon testleri normal olarak izlenmiştir. Cildiye uzmanı tarafından cilt döküntülerinden alınan biyopsi patofizyolojik incelemesinde kütanöz psöriazis olarak raporlanmıştır. Metotreksat 6tb/hf çıkılmasına rağmen 1. Ayında hala klinik aktivitesi olan hasta kliniğe yatırılarak 15 seans fizik tedavi programına (stanger bath, cold pack) alınmıştır. Hastanın takiplerinde cilt döküntüleri azalmakla birlikte ayak tabanındaki lezyonlar nedeniyle yürümesinde sıkıntısı devam ettiği için cildiye ile tekrar konsülte edilerek Siklosporin eklenmesi planlanmıştır.

İnfliksimab TNF-alfa' ya yüksek afinite ve spesifite göstererek psöriazis ve TNF-alfa'nın aşırı üretimiyle seyreden diğer enflamatuvar hastalıkların patomekanizmalarını da inhibe eder. İnfliksimab tedavilere yanıt vermeyen orta-şiddetli plak psöriasis ve psöriatik artritli yetişkin hastaların tedavisinde kullanılır. Ancak TNF-alfa antagonist tedavisi SpA'lı bazı hasta gruplarında tedavinin genellikle birinci yılında psöriazis gelişimine neden olabilir. Vakaların yarısından çoğu infliksimab tedavisi altındayken ortaya çıkmaktadır. TNF-alfa antagonistin kesilmesiyle yarıya yakın hastada cilt döküntüleri gerileyebilmektedir. Dirençli psöriazisin tedavisinde ise siklosporin gibi diğer immunsüpresiflerle devam edilebilir.

Anahtar Kelimeler: İnfliksimab, paradoksal psöriazis, spondiloartropati, infllamatuvar bağırsak hastalığı

P-118 Bilateral Diz Ağrısıyla Başvuran 15 Yaşındaki Hastada Aktif Sakroileit: Olgu Sunumu

Havvanur Albayrak, Eser Kalaoğlu, Merve Yıldız Yardımcı, Çiğdem Çınar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik ve Tedavi Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Jüvenil Spondiloartropati (JSpA), 16 yaş altında görülen, başlangıçta sıklıkla alt ekstremite tutulumu ile karakterize (entezit, artrit) sakroiliak ve spinal eklem tutulumu olan bir romatizmal hastalık grubudur. Diz ağrısıyla kliniğimize başvuran çocuk hastada detaylı anamnez ve fizik muayeneyle gözden kaçan sakroileit tanısını koymamız nedeniyle bu olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 15 yaşında kadın hasta 3 yıldır olan bilateral diz ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Daha önce ortopedi ve fizik tedavi kliniklerinde yapılan incelemeler sonucunda herhangi bir patoloji saptanmayıp ağrısı, büyüme ağrısı olarak değerlendirilmiş. Ağrısı sorgulandığında geceleri uykudan uyandıran, gün içinde hareketle değişmeyen inflamatuar karakteri belirgin, ancak mekanik karakteri de olan karışık tipte ağrı tarifliyordu. Hasta sorgulandığında bel ve kalça ağrısı yoktu fakat özellikle sabahları olan topuk ağrısı ve sabah tutukluğu tarifliyordu. Ailede romatizmal hastalık öyküsü yoktu. Yüzünde özellikle güneşle artan kızarıklık, oral aft, genital ülser, cilt döküntüsü tariflemeyen hasta başka bir eklem ağrısından yakınmıyordu. Yapılan muayenesinde diz eklem hareket açıklıkları (EHA) açık ve ağrısızdı; şişlik, kızarıklık, ısı artışı yoktu. Patella rende testi, ballotman bilateral negatifti. Mc Murray testi bilateral negatifti. Diz muayene bulgusu olmayan ve inflamatuar ağrı karakteri taşıyan hastada lomber EHA açık ve ağrısız, düz bacak kaldırma ve femoral germe testi bilateral negatif olup modifiye schober testi: 6cm'di. FABERE testi bilateral negatifken, FADIR testi ve sakroiliak kompresyon testi bilateral pozitifti. Hassas ve şiş eklemi yoktu. Kas gücü tam, duyu doğal, patolojik refleksi yoktu ve refleksleri normoaktifti. Hastanın laboratuarında sedimentasyon, akut faz, lökosit sayısı normaldi. 25OH Vitamin D düzeyi 9,4 ng/mL olup düşüktü ve bunun dışında patolojik bulgu saptanmadı. Brusella aglutinasyon testi negatifti. HLA B27 testi pozitif saptandı. Bilateral diz AP/Lateral grafide herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan kontrastlı sakroiliak MR incelemesinde ise her iki sakroiliak ekleme komşu inferior yüzlerde kemik iliği ödemi, eklem mesafelerinde ileri derecede daralma olup bilateral aktif dönem sakroileitle uyumlu bulgular mevcuttu. Entezit ve sakroileti mevcut hastamızda JSpA tanısıyla indometazin tedavisi başlandı ve hastaya yüzme önerildi. 3 ay sonra poliklinik kontrolü önerildi.

Sonuç: JSpA; erken jüvenil spondiloartropati (entezit ilişkili artrit), jüvenil ankilozan spondilit, jüvenil psoriatik artrit, yangısal barsak hastalığı ile ilişkili artrit olarak sınıflandırılmaktadır. Alt ekstremitelerde görülen oligoartrit, omurga tutulumu ve sakroileite ek olarak entesopati, aort kapak yetmezliği, üveit gibi eklem dışı bulgular da görülebilir. JSpA insidansı 100000 çocukta yaklaşık 2 iken, gelişmekte olan ülkelerdeki görülme sıklığı daha fazladır. Spondilartropatilerin karakteristik özellikleri; romatoid faktör ve antinükleer antikor negatifliği, erkeklerde daha sık görülmesi, genç yaşta başlaması, aksiyel iskelet tutulumu, sakroileit, inflamatuar periferik artrit, romatizmal aile öyküsü, özellikle topuk ve dizde entesopati, oküler üveit atakları, subkutan nodül olmaması, ürogenital veya gastrointesinal infeksiyonlar, deri ve tırnak değişikleri, eklem dışı tutulumlar ve HLA-B27 (+)'liğidir. Tedavide ilk seçenek non steroid antienflamatuar ilaçlardır. İndometazin (2-3 mg/kg/gün) ve ibuprofen (30-40 mg/kg/gün) daha sık tercih edilmektedir. Sülfasalazin veya metotreksat, tedaviye yanıtsız olgularda TNF karşıtları tedaviye eklenebilir. Tedavinin her aşamasında aktif fizyoterapi gerekmektedir. Özellikle aksiyel iskelet sisteminin korunması ve hareket açıklığının arttırılması önem taşır. Hastalara yüzme önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: HLA-B27, juvenil spondiloartropati, sakroileit

P-119 Spondiloartropati, Fibromiyalji Sendromu, Konversiyon Reaksiyonunun Birlikte Görüldüğü Tedaviye Dirençli Vaka: Olgu Sunumu

Nihan Abidin Geçer, Cansu Çakmak, Deniz Dülgeroğlu, Ajda Bal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Spondiloartropati(SpA) ve Fibromiyalji Sendromu (FMS)yaygın ağrı, tutukluk, yorgunluk yapabilen iki hastalıktır.SpA tanılı hastaların bir kısmında eşlik eden FMS bulunabilir.Genetik zemin üzerine eklenen stres ise inflamatuvar eklem hastalıklarının etyolojisinde suçlanmaktadır.SpA ya eşlik eden FMS hastanın kendisinin değerlendirildiği subjektif bir değerlendirme olan BASDAI skorlarını etkilemekte ve tedavinin takibinde zorluk yaratmaktadır. Bu olguda; inflamatuvar bel ağrısı, tedaviye dirençli yaygın vücut ağrısı aile içi şiddet gören kadında ortaya çıkmış hastalığından sonra sekonder kazanç elde ederek ilgi görmeye başlayan kadın hasta anlatılmıştır.

Olgu: H.E. 54 yaşında kadın, 2015 yılından bu yana yaygın vücut, sırt ve bel ağrısı nedeniyle FMS tanısıyla dış merkezde izlenmekteymiş. Duloksetin tedavisine yanıtsız olan hasta kliniğimize benzer yakınmalar ile başvurdu.Bel ağrısı inflamatuvar karakterde, 1 saat süren sabah tutukluluğu mevcuttu.Psöriazis öyküsü, kalp hastalığı öyküsü, üveit öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü yoktu.Özgeçmişinde hipertansiyon, reflü, son 5 yıldır karın ön duvarında dakikada altı kez olan istemsiz kas kasılmaları bulunmaktaydı.Sedimantasyon: 19 mm/saat, CRP: 67,8 mg/L idi. Hemogram, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri normal aralıkta brucella tüp aglütinasyon testleri negatif olarak izlendi. BASDAİ:5,6, BASFİ:5,4, Modifiye schober:4 cm, el parmak yer mesafesi:5 cm olarak, sakroiliak kompresyon pozitif olarak değerlendirildi. Sakroiliak MR da: Kemik iliği ödemi sakroileit lehine değerlendirildi. HLA-B27 negatif idi. Salazopyrin 2*1000 mg/gün, Ketoprofen 2*100 mg başlandı. 2 hafta sonra kontrole çağrıldı. Tedaviye yanıt alınamaması nedeniyle Salazopyrin dozu 3*1000 mg /gün çıkarılarak Asemetazin 1*90 mg / gün başlandı. 2 hafta sonra klinik yanıt alınamaması üzerine şubat 2018 de Etanercept başlandı.Etanercept tedavisi sonrası Sedimantasyon: 15 mm/saat CRP:4,19 mg/L, BASDAİ: 4 BASFİ:4,4 olarak izlendi. Laboratuvar yanıt alınmasına rağmen 3 aylık Etanercept tedavisine klinik yanıt alınamaması, yaygın vücut ağrıları yakınmasının devam etmesi üzerine hastanın Etanercept tedavisi stoplanarak Metotreksat 10 mg/ hafta, Salazopyrin 2* 1000 mg /gün, Prednizolon 5 mg / olarak düzenlenerek fizik tedavi kliniğine yatışı yapıldı. Yatışı sırasında istemsiz karın kasılmalarını araştırmak üzere nöroloji ve psikiyatriye konsülte edildi.Nöroloji tarafından frenik sinir irritasyonu ön tanısıyla haloperidol 2*3 damla başlandı.Önce fayda gördü ancak şikayeti tekrara ortaya çıkınca fonksiyonel hareket bozukluğu düşünülerek haloperidol kesildi. Psikiyatri tarafından değerlendirildiğinde eşinden şiddet gördüğü, hasta olduktan sonra eşinin iyi davranmaya başladığı sekonder kazanç elde edildiği düşünülerek essitalopram 1* 10 mg /gün başlandı. Hasta kısmen rahatlamış şekilde taburcu edildi. Fiziksel ve psikolojk şiddet inflamatuvar eklem hastalıkları ve FMS başlatıcı bir etken olabilir.Tedaviye dirençli SpA ve FMS de psikoljik ve sosyolojik arka plan iyi sorgulanmalı, psikiyatri konsültasyonu yapılmalıdır. Bu olguda SPA' ya yönelik tüm ilaçlar başlandığı halde tedaviye yanıtı yetersiz kalmıştır. Bu da hastanın hayatındaki stresörlerin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, konversiyon, spondiloartropati

P-120 Undiferansiye Spondiloartritli Bir Hastada, Sağ Diz ve Sağ Baldırın Akut Ağrılı Şişliği: Baker Kist Rüptürü mü Yoksa Derin Ven Trombozu mu?

Nedim Kaban, Umut Bakay, Gülcan Gürer

Adnan Menderes Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Amaç: Baker kisti, diz içerisindeki popliteal bursada sinovyal sıvının birikmesiyle oluşan bir psodokisttir. Genellikle romatoid artritli hastalarda akut baldır ağrısı ve şişmesi yırtılmış Baker kistinin göstergesi olabilir ve sıklıkla derin venöz trombozunu (DVT) taklit eder. Literatür taramamızda sadece iki spondiloartritli (1 ankilozan spondilit, 1 reaktif artrit) hastada baker kist rüptürü bildirilmiştir. Biz de burada baker kist rüptürü olan Undiferansiye spondiloartritli (uSpA) bir hasta sunduk.

Olgu: 3 yıl önce kliniğimizde AS tanısı konulan37 yaşındaki kadın hasta, 15 gün önce sağ diz ve sağ baldırda gerginlik, ağrı, şişlik, ısı artışı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın sağ baldırıın ultrasonografik (US) değerlendirilmesinde dev sinovyal psödokist saptandı. Sol diz, sol popliteal fossa ve baldır US normaldi. Sonografik resim, baldır içindeki rüptüre Baker kisti ile uyumluydu. DVT, tromboflebit ve selülit ayrıcı tanısı açısından hastaya yapılan bilateral alt ekstremite venöz doppler US'de özellik yoktu. Hastaya US eşliğinde, sağ diz suprapatellar poştan 40 cc sinovial sıvı ponksiyon yapıldı. Sinovial sıvı analizinde herhangi bir mikrobiyal ajan üremedi. Boyalı mikroskobik incelemede 38400 lökosit/mm3, % 85 PML, % 15 lökosit saptandı ve herhangi bir kristal görülmedi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 13,2 gr/dL lökosit: 6,99x10^3 mKrL trombosit: 306 x10^3 mKrL üre: 32(13-43) mg/dLkreatinin: 0,78(0,57-1,11) mg/dL ürik asit:4,9(2,6-6) mg/dL ALT:22(0-55)U/L AST: 15(5-34) U/L sedimentasyon: 43(0-20) mm/sa crp: 34,60(0-5)mg/L RF: 5(8-13) IU/mL anti CCP: 0,5(0-5) U/mL ve tam idrar tetkiki normal olarak saptandı. Mevcut durum hastalık aktivitesi ve rüptüre Baker kisti olarak değerlendirildi ve hastaya metilprednizolon 8 mg/gün başlandı, baldır şişliği için kompresif elastik bant ve istirahat önerildi.

Sonuç: Diz eklemi ile gastroknemius-semimembranöz bursa arasındaki bağlantı kadavra dizlerinin yaklaşık % 50'sinde bildirilmiştir. Popliteal fossadaki bu bursanın anormal distansiyonu dizde efüzyonu olan hastalarda gözlenmiştir. Rüptür sonucu kistin baldır içine hızlı bir şekilde genişlemesi ve fıtıklaşması nedeniyle oluşan akut Baker kisti, klinik olarak derin ven trombozunu taklit edebilir ve baldırda şişliğin yanı sıra şiddetli ağrı ile karakterizedir. Bununla birlikte, hasta semptomsuz olsa bile, baldır şişliği olan romatizmalı bir hastada kronik rüptüre bir Baker kisti olduğundan şüphelenilmelidir. Ultrasonografi, hastayı ilk değerlendirmede bile, Baker kistinin doğru teşhisini, yerini, kapsamını, anatomik ilişkisini ve içeriğini belirlemek, aynı zamanda DVT ile ayrıcı tanısı yapmak için etkili, invazif olmayan bir araçtır. İkinci vizitte hastamızda kayda değer bir yanıt olmasına rağmen, nihai klinik sonuç tekrarlayan vizitlerde belirlenecektir. Son olarak; uSpA'lı hastalarda Baker kist rüptürü nadir görülen bir durum olsa da, akut baldır ağrısı ve şişliği olan uSpA'lı hastalarda akılda tutulması gereken bir durum olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Baker kisti, derin ven trombozu, spondiloartrit, ultrason

P-121 İleri Yaşta Tanı Alan Ankilozan Spondilit Olgusu

Sevcan Uğur[1], Ersel Turan[2]

[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Balıkesir
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Ankilozan spondilit (AS) başlıca omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Erkeklerde daha sık görülür genellikle üçüncü dekatta başlar. AS'li hastaların %75'inde ilk semptom bel ağrısıdır. Bel ağrısı semptomu sıklıkla lomber disk hernisi ile karıştırıldığı için hastaların tanı alması çok uzun zaman alabilir. Biz bu raporda semptomların başlamasından çok uzun zaman sonra tanı alan AS'li olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta sağ ayak bileğinde ağrı ve şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Ayak bileğindeki şişlik iki ay önce başlamıştı. Daha önce benzer şikayetleri olmamıştı. Diğer eklemlerinde ağrı veya şişlik tariflemiyordu. Öz geçmişinde lomber disk hernisi nedeniyle tedavi öyküsü vardı. Ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, öksürük ve balgam tariflemiyordu. Sistemik muayenesi normaldi. Kas iskelet sistem incelemesinde sağ ayak bileği şiş ve hassastı, kızarıklık yoktu. Laboratuvar incelemesinde Hb 12.6 gr/dL, C reaktif protein 0.96 gr/dL, ürik asit 8.7 mg/dL idi. Anti nükleer antikor, Romatoid faktör ve anti siklik sitrüline peptid antikor negatifti. Posterior-anterior akciğer grafisinde patolojik bir bulgu yoktu. Romatolojik sorgusunda 36 yıl önce başlayan, sabah tutukluğunun eşlik ettiği inflamatuvar karakterde bel ağrısı vardı ancak uzun zaman lomber disk hernisi tanısı ile tedavi edilmişti. HLA B27 pozitifti ve anterior-posterior pelvis grafisinde bilateral evre 4 sakroiliitis vardı. Lomber schober 2.5 cm idi. Hasta AS tanısı aldı. Periferik artrit eşlik ettiği için sulfasalazin 4x500/gün, Naproksen 500 mg/gün olarak başlandı. Hastanın ikinci aydaki değerlendirilmesinde ayak bileğindeki artriti tamamen gerilemişti. Hastanın AS tanısı ile takipleri devam etmektedir.

Sonuç: İleri yaş başlangıçlı artritlerin ayırıcı tanısı eşlik eden sistemik hastalıklar ve bunlara bağlı laboratuvar bulgularında değişikliklerin olması, paraneoplastik artritler, endokrin-metabolik problemler, dejeneratif artrit sıklığının artması nedeniyle zor olabilir. İleri yaşta başlayan artritlerin ayırıcı tanısında kristal artropatiler düşünülmelidir. GUT eklem ve yumuşak dokuda monosodyum ürat kristallerinin biriktiği metabolik bir hastalıktır. Yaşla birlikte serum ürat konsantrasyonunun artması hastalığın görülme sıklığında artışa neden olur. Bizim olgumuzda sistemik semptomlar eşlik etmiyordu, sistemik değerlendirmesi normaldi, ürik asit yüksekliği vardı. Ancak hastamızda daha önce benzer şikayetler olmamıştı ve eklem şikayeti iki aydır devam ediyordu. Bu nedenle tanıda ön planda kristal artropatiler ve paraneoplastik sendrom düşünülmedi. AS'de semptomların başlaması ile tanı arasındaki zaman kadınlar için ortalama 9,8, erkekler için ise 8,4 yıl olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuzda bel ağrısı şikayeti 36 yıl önce başlamıştı ancak bel ağrısı şikayetleri lomber disk hernisi olarak değerlendirildiği için artrit kliniği geliştikten sonra AS tanısı aldı. Bu raporda AS tanısında çok uzun zaman gecikmelerin olabileceğini ve ileri yaşta artrit ile başvuran hastalarda gözden kaçırılmış olabilecek tanıların da düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, ileri yaş, artrit

P-122 Psoriatik Artritte Obezitenin Yaşam Kalitesi, Psikolojik Durum ve Klinik Parametrelere Etkisi

Kevser Gök[1], Kemal Nas[2], Erkan Kılıç[3], Betül Sargın[4], Sevtap Acer Kasman[5], Hakan Alkan[6], Nilay Sahin[7], Gizem Cengiz[8], Nihan Cüzdan[9], İlknur Albayrak Gezer[10], Dilek Keskin[11], Cevriye Mülkoğlu[12], Hatice Resorlu[13], İsmihan Sunar[14], Ajda Bal Hastürk[15], Mehmet Tuncay Duruöz[5], Okan Küçükakkaş[16], Ozan Volkan Yurdakul[16], Meltem Alkan Melikoğlu[17], Yıldıray Aydın[2], Fikriye Figen Ayhan[18], Hatice Bodur[19], Mustafa Çalış[20], Erhan Çapkın[21], Gül Devrimsel[22], Sami Hizmetli[23], Ayhan Kamanlı[2], Yaşar Keskin[16], Hilal Kocabaş[24], Öznur Kutluk[25], Nesrin Şen[26], Ömer Faruk Şendur[4], İbrahim Tekeoğlu[2], Murat Toprak[27], Sena Tolu[16], Tiraje Tuncer[26]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştıma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Afyonkarahisar Devlet Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Afyonkarahisar
[4]Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın
[5] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,İstanbul
[6] Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Denizli
[7] Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Balıkesir
[8] SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Van
[9] Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Romatoloji Kliniği, Şanlıurfa
[10]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya
[11]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale
[12]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[13]Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[14]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara
[15] Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
[16]Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[17]Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Erzurum
[18] Uşak Üniversitesi, Uşak
[19]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı , Ankara
[20]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri
[21]Karadeniz Technical Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon
[22] Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
[23]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas
[24]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya
[25]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[26]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, RomatolojiKliniği, İstanbul
[27]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Giriş-Amaç: Psoriatik artrit (PsA), inflamatuar artrit ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili kronik romatizmal bir hastalıktır. Obezite, fonksiyon kaybına ve yaşam kalitesine etki edebilen önemli bir klinik problemdir. Obezite, PsA hastalarında genellikle gözden kaçabilen bir durumdur. Çeşitli çalışmalarda PsA'lı hastalarda obezitenin prevalansı ve hastalık aktivitesi üzerine etkisi araştırılmış, ancak psikolojik durum ile yaşam kalitesi ile birlikte ilişkisi değerlendirilmemiştir. Bu çalışmanın amacı PsA'lı hastalarda obezitenin yaşam kalitesi, psikolojik durum ve klinik parametreler üzerine etkisini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Ülkemizdeki 25 farklı merkezden CASPAR sınıflandırma kriterlerini karşılayan TRASD -NETWORK tarafından oluşturulan kohorttan kaydedilen PsA'lı hastalar alındı. Vücut kitle indeksi >=30 kg/m2 olan hastalar obez olarak kabul edildi. Obez olan ve olmayan hastalar arasındaki farklılıklar değerlendirildi. VAS yorgunluk, FACIT yorgunluk, psikolojik durum ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçütleri SF-36; HAQ; Psoriatik artrit yaşam kalitesi (PsAQoL); Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, DAS28, BASDAI, BASFI, BASMI, Maastrich Ankilozan Spondilit Entezit Skoru (MASES) ve Psoriasis

alan şiddeti indeksi (PASI) skorları bu gruplar arasında karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz, SPSS 22.0 programı kullanılarak yapıldı. Gruplar arası karşılaştırmalar bağımsız gruplar Student's t-testi, Mann–Whitney U testi ve Ki-kare testi kullanılarak yapıldı. p değeri <0.05 anlamlı kabul edildi. Bulgular: Çalışmaya PsA'lı (% 36 erkek, % 64 kadın) toplam 1130 hasta alındı. Bu hastaların % 37,6 obez ve % 62,4 obez değildi. Periferik artrit, entezit, daktilit, üveit ve omurga tutulumu, PASI skorları ve MASES skorlarının varlığı obezite olan ve olmayan hastalar arasında oldukça benzerdi. Obez hastalarda, yorgunluk ve hastalık aktivitesi daha yüksek; QoL ve fiziksel fonksiyonlarda anlamlı derecede düşük bulundu (p <0.05). Obez hastalarda anksiyete ve depresyon riski yüksekti (p <0.05).

Sonuç: Obezite, depresyon ve anksiyete riski, yorgunluk, daha düşük QoL ve daha yüksek hastalık aktivitesi ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular PsA'lı hastaları değerlendirirken obezitenin dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Psoriatik artrit, Yaşam kalitesi, Psikolojik durum, Hastalık aktivitesi

P-123 Ankilozan Spondilit ve Vitiligo Birlikteliği: Olgu Sunumu

Gülcan Öztürk[1], Ece Aydoğ[2], Pınar Akpınar[1], Feyza Ünlü Özkan[1], Ilknur Aktas[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Ankilozan Spondilitin (AS) etyopatogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Etyopatogenezde moleküler düzeyde Sınıf 1 major histokompatilibite kompleks (MHC) alleli olan HLA B27 önemini araştıran çalışmalar otoimmünite üzerine yoğunlaşmıştır. HLA-B27 subtipleri olan gen ürünleri ile Klebsiella pneumonia'nın çeşitli kompanentlerine karşı gelişen antikorlar arasında direkt çapraz tepkiler olduğu ve AS gelişimini tetiklediği iddia edilmiştir. Vitiligo deride pigment kaybından kaynaklanan beyaz alanların görüldüğü, otoimmun etyopatogeneze sahip bir deri hastalığıdır. Pek çok otoimmun kollojen ve endokrin hastalık vitiligoya eşlik edebilir. Pedula ve ark spondilartropati ve vitiligo birlikteliğinin rastlantısal olmadığını, vitiligo ile ilişkili hastalıklar arasında spondilartropatilerin de bulunması gerektiğini vurgulamıştır. Literaturde az sayıda olgu sunumunda AS ile vitiligo birlikteliği mevcuttur. Biz de bu olgu sunumunda AS ve vitiligo birlikteliği olan erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta, bel ve boyun ağrısı şikayeti ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde şikayetlerinin 30 yıl evvel her iki diz ve sağ dirsekte eklem şişliği ve ağrısı ile başladığı, boyun ve bel ağrısının ise son 10 yılda ortaya çıktığı, omurgada sabah tutukluğunun 1 saat sürdüğü, ağrısının istirahatle artıp hareketle azaldığı, gece ağrısının olmadığı öğrenildi. Eşlik eden konjunktivit, uveit, diare ve psöriazis yoktu. Hastanın soygeçmişinde erkek ve kız kardeşinin AS hastası olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki ellerinde, göğüs ön duvarında, boyun arkasında vitiligo lezyonları mevcuttu. Bel ve bilateral kalça eklem hareket açıklığı her yöne kısıtlı idi. Sakroiliak kompresyon testi bilateral negatifti. Modifiye bel shöberi 3 cm, göğüs ekspansiyonu 3cm, çene manibrium sterni mesafesi 6 cm, sol dizde effuzyon mevcuttu. Laboratuvar testlerinde sedimentasyon 51 mm/saat, CRP 1.83 mg/dl, RF negatifti. HLA B27 pozitif idi. Radyolojik değerlendirmede pelvis AP direk radyografisinde evre 4 sakroileit mevcuttu. Servikal ve lomber iki yönlü radyografisinde omurga boyunca non marginal sindesmofitler mevcuttu. Her iki diz radyografisinde medial ve lateral eklem aralığında daralma medial femoral tibial kondilde osteofitler mevcuttu.

Sonuç: Vitiligo otoimmun etyopatogeneze sahip bir hastalıktır. Pek çok otoimmun hastalıkla birliktelik gösterebilir. Ankilozan spondilit de otoimmun etyopatogenezi olan ve vitiligoya eşlik edebilecek hastalıklardan biri olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, otoimmunite, vitiligo

P-124 Geç Dönem Ankilozan Spondilit' li Olguda RS3PE Sendromu Gelişimi ve Steroid Tedavisine Yanıtı

Gyulnaz Emın, Hidayet Sarı

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Tekrarlayıcı, seronegatif, simetrik, gode bırakan ödemle giden sinovit (RS3PE) sendromu McCarty ve arkadaşları tarafından 1985' te Romatoid Artrit(RA)' in alt grubu olarak tanımlanmış nadir görülen bir sendromdur. Akut başlangıç, el ve ayakta simetrik poliartrit/polisinovit, pitting ödem, düşük doz steroide dramatik yanıt ile karakterizedir. Daha sonrasında ise hastalığın, daha çok yaşlı ve erkek populasyonda gözlenmesi, radyografilerde eklemde erozyona yol açmaması ve romatoid faktör (RF) seronegatifliği ile RA' dan ayrı bir klinik durum olduğu düşünülmüştür. Bu sendromun steroide kısa zamanda iyi cevap vermesi olayın selim karakterini göstermekte beraber malignite ve diğer sistemik inflamatuar romatizmal hastalıklar ile ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. (1) Biz bu olgu sunumumuzda ileri evre AS' li bir kadın hastamızda RS3PE sendromunun görülmesi ve steroid tedavisine verdiği yanıtı ortaya koymak ve bu sendromla karşımıza gelen hastalarda sekonder diğer hastalıkları da araştırmak ve tedavi etmek gereğini ortaya koymak üzere sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta polikliniğe boyun ve bel ağrısı, sağ el ve sol ayakta şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden 17 yıldır Ankilozan Spondilite (AS) bağlı ağrılarının zamanla ilerlemiş olup eğilip kalkmasının zorlaştığı, 5 yıldır Etanercept 50mg/ hafta tedavisiyle şikayetlerinin azaldığı öğrenildi. Son 1 yıldır hastanın yakınmaları azaldığından Etanercept tedavisinin kesildiği, 8-9 ay yakınmasız olan hastanın son 1-2 aydır ağrılarının şiddetlenmesi, sağ el ve sol ayakta şişlik gelişmesi üzerine hasta polikliniğe başvurdu. Yapılan muayenesinde ileri derecede serviko-dorso-lomber kifoz geliştiği, destekle ayağa kalktığı gözlendi. Boyun EHA 3-4. derece, bel EHA tüm yönlerde tam kısıtlı ve ağrılıydı. Lomber Schober 1cm, göğüs genliği 0,5 cm olarak ölçüldü. Sağ el bileğinde ve el sırtında, sol ayak bileğinde ve ayak sırtında gode bırakan ödemli sinovit saptandı. Sağ el bileği ve sol ayak bileği hareketleri kısıtlı ve ağrılı. Laboratuvar incelemesinde ESH: 76 mm/saat, CRP: 102.57 yüksek olarak saptandı.
Hastanın bu bulgularla kronik deforman AS' li hastada anti- TNF tedavinin bırakılması sonucu hem omurgada ağrıların artması, hem de periferik eklemlerde asimetrik gode bırakan ödemli sinovit olarak RS2PE sendromu geliştiği düşünüldü. Hastaya 10mg Metilprednizolon ve Meloksikam 15mg/gün tedavisi başlandı. Bir hafta içinde hastada hızlı bir klinik düzelme ortaya çıktı. Laboratuvar tetkiklerinde 10 gün sonra AFR tetkikinde hızla düşüş olduğu görüldü. Hastanın sağ el ve ayakta gode bırakan sinoviti kayboldu. Hasta el ve ayağını günlük yaşam aktivitelerinde rahat kullanır duruma geldi. Hastanın steroidi 1 ay içinde tedrici olarak azaltılarak kesildi. Meloksikam 15mg/gün ve Etanercept 50mg/hf tedavisine devam edildi. Hastayı şikyateleri geçse bile ilaçlarını kesmemesi söylendi, 3 ayda 1 kontrollerine gelmesi bildirildi. Hasta hala omurga ağrısız ve periferik artrit sinoviti olmadan yaşamını sürdürmektedir.

Sonuç: Bu olgu bize AS' nin sekel döneminde bile tedavinin kesilmesi durumunda alevlenebileceğini ve hatta periferik eklemlerde asimetrik gode bırakan ödemli aktif sinovit yapabileceğini göstermektedir. AS' li hastalarda nasıl ki asimetrik oligoartrit gelişmekte ise gode bırakan ödemli sinovit de asimetrik olarak gelişebileceği anlaşılmaktadır. Bu durumlarda steroid tedavisinin RS2PE sendromunu düzeltebileceği anlaşılmaktadır. Kronik AS' de hastaların düzenli takip edilmesi ve antiTNF tedavinin bu hastalarda sürdürülmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan, spondilit, rs3pe

P-125 Çölyak Hastalığına Bağlı Osteomalazi Nedeniyle Gelişen Spondilartropatiyi Taklit Eden Sakral Yetersizlik Kırığı Olgusu

Gyulnaz Emın, Hidayet Sarı

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çölyak Hastalığı glutene karşı hipersensivite reaksiyonu sonucu gelişen genetik bir hastalıktır. Bu hastalık uzun süreli ishal, kas iskelet sistemi ağrıları, yorgunluk, halsizlik gibi değişken klinik tablolar ile karşımıza çıkabilmektedir. Çölyak Hastalığı sonucunda özellikle osteomalazi gelişmesi omurga ağrısı, hareket kısıtlılığı nedeniyle spondilartropatiyi taklit edebilir. Biz bu olgu ile olgu sunumu ile Çölyak Hastalığı nedeniyle gelişen spondilartropatiyi taklit eden osteomalazi kliniğinden bahsetmeyi amaçlamaktayız.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta boyun, sırt, bel ve kalçalarda ağrı yürümede güçlük şikayetleri ile kliniğimze başvurdu. Hikayesinden 2 yıl öncesinde 3 ay kadar süren kronik ishal nedeniyle kolonoskopi yapılmış ve Çölyak Hastalığı teşhis edilerek glutensiz diyet başlanmış olduğunu öğrendik. 7 ay glutensiz diyet uygulayan ve ishali geçen hasta diyetini bırakmış. 1 yıl önce boyun, bel ağrısı ve sabah tutukluğu şikayetleri gelişmeye başlamış ve sabahları 2 saatte açılıyormuş. Yürüme ile açılıyor ve ağrıları azalıyormuş. 6 ay önce ağrı ve sabah tutukluğu daha çok artmış bacaklarda gelişen güçsüzlük nedeniyle yürümesi zorlaşmış ve kliniğimize başvurmuş. Fizik muayenede her iki bacakta 3. derece gode bırakan pretibial ödem saptandı. Hastanın her iki tarafa sallanarak paytakvari yürüdüğü gözlendi. Servikal EHA açık, ağrısız, lomber anteleksiyonun kısıtlı olduğu saptandı. Lomber Schober 2cm olarak ölçüldü. Lomber L4-L5 ve sakroiliak eklemde hassasiyet saptandı. Kalça EHA açık fakat FABER ve FADIR testleri bilateral pozitif saptandı. Tetkiklerde Hgb 11.5 g/dl, sedimentasyon 24mm/sa, CRP 6mg/L düzeyindeydi. Total ptotein 5.53g/dl, kalsiyum 7.6mg/dl ve 25OHD3 seviyesi 4.4ug/L olarak düşük olduğu saptandı. Sakroiliak Eklem MRG' de sakroiliak eklem aralıkları bilateral dar, osseos yapılarda yaygın sinyal azalması olduğu saptandı. Sakroiliak BT' de sakral ve iliak kanatta yetersizlik kırığı saptandı. Lomber MRG' de kemik iliği heterojen ve tüm lomber vertebra korpus üst endplatelerde osteoporoza sekonder yükseklik kaybı saptandı. DXA L1-4 Zskoru -3.7, Femur Neck Z skoru -4.4 olarak saptandı.
Hasta Gastrohepatoenteroloi Bölümü ile konsulte edildi, ince barsak biopsisi ile hastalığı kesinleşti. Glutensiz diyete başlandı, D vitamini replasmanı planlandı. Replasman sonrası hastanın yürüyüşü tamamen düzeldi, günlük işlerini rahatlıkla yapabililr hale geldi.

Sonuç: Biz bu olgu sunumu ile Çölyak hastalığı sonucu ileri yaşta spondilartrit bulgularını taklit eden, osteomalazi ve buna bağlı sakral yetersizlik kırığı gelişen D vitamini tedavisi ile klinik şikayetleri düzelen olgumuzu sunduk.Çölyak Hastalığı glutene karşı hipersensivite sonucunda malabsorbsiyon ve buna bağlı sistemik hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayan bir hastalıktır. Genellikle çocuklukta çıkan bu hastalık olgumuzda olduğu gibi ileri yaşta ortaya çıktığı zaman çeşitli klinik tablolar yapması nedeniyle teşhis ve tedavisinde güçlük yaratan bir durum yaratabilir. Sonuç olarak yürüme zorluğu, omurgada hareket kısıtlılığı olan olgularda spondilartrit ve primer osteomalazi dışında Çölyak hastalığı da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Osteomalazi, spondilartrit, çölyak

P-126 A Rare Cause Of Foot Pain in Ankylosing Spondylitis Patient; Talonavicular Joint Arthritis, A Case Report

Yılmaz Savaş, Emine Dede, Sami Hizmetli

Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Division of Rheumatology, Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Sivas, Turkey

Objective: The ankylosing spondylitis (AS) is the most commonly encountered form of spondyloartropathy which usually presents with inflammatory pain in axial skeleton. It may also lead to peripheral joint involvement, enthesitis, and/or extra-articular findings. The tibiotalar joint is the second most common peripheral arthritis joint site just after knee. The other rare sites of peripheral joint involvement include shoulder, subtalar, metatarsophalangeal, elbow, wrist, and more rarely talonavicular joint. Talonavicular joint is located in midfoot involving in inversion and eversion of foot movement. The foot problems in AS in order of frequency are calcaneal enthesophyte, pes cavus, pes planus, Achilles tendinitis, retrocalcaneal bursitis. The common joints of foot involved in AS are tibiotalar joint, subtalar joint, and more rarely transverse tarsal joint. MRI imaging features of foot involvement in ankylosing spondylitis are bone erosions (65%), Achilles tendinitis (acute and chronic) (61%), para-articular enthesophyte (48%), joint effusion (43%), plantar fasciitis (40%), joint space narrowing (40%), subchondral sclerosis (35%), soft tissue edema (30%), bone marrow edema (30%), enthesopathy of the Achilles attachment (30%), subchondral edema (26%), enthesopathy in the plantar fascia attachment (22%), retrocalcaneal bursitis (22%), subchondral cysts (17%), subchondral fissures (17%), tendinitis and enthesopathy of the plantar ligament (13%), and bony ankyloses (9%). In this case report, we present a case of talonavicular joint involvement detected by musculoskeletal ultrasonography in ankylosing spondylitis patient under treatment of infliximab.

Case: A 38-year-old male patient who had 11-years history of ankylosing spondylitis admitted to outpatient clinic of rheumatology at the department of physical medicine and rehabilitation with left foot swelling and pain since last two days. He was under treatment of infliximab since last one and a half year, before who was treated with sulfasalazine, indomethacin, ibuprofen, naproxen. The physical examination revealed no pain in Achilles tendon, plantar fascia, and tibiotalar joint in hindfoot. Similarly, forefoot examination did not show any abnormalities. However, inversion and eversion movements of foot were painful highly suspicious of subtalar joint involvement. Nevertheless, ultrasonographic examination of left foot revealed talonavicular joint arthritis without joint swelling in subtalar and tibiotalar joint (Image 1 and Image 2). He was treated with icepack, rest and anti-inflammatory medicine, etodolac.

Conclusion: Although the most common joint involvement site of foot in ankylosing spondylitis is tibiotalar joint, talonavicular joint may also be effected by arthritis. The clinical diagnosis of talonavicular joint is difficult to be definitive without ultrasonographic evaluation. In patients with midfoot problems, ultrasonography should be used for correct diagnosis.

Keywords: Talonavicular joint arthritis, ultrasonography, ankylosing spondylitis

P-127 Anti-TNF-α Tedavi Alan Ankilozan Spondilitli Hastada Gelişen Palmoplantar Püstülozis

Didem Erdem, Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Psöriasiform döküntü anti-TNF-α ajanların paradoksal bir yan etkisidir, ilaç başlandıktan sonra herhangi bir dönemde ortaya çıkabilir ve nedeni tam olarak bilinmemektedir. Tüm TNF-α inhibitörü ajanlarla geliştiği rapor edildiğinden, anti-TNF-α ajan kullanımı ile indüklenen psöriazisin bir sınıf etkisi olduğu düşünülmektedir (1). Burada anti-TNF-α ajan kullanan ankilozan spondilit tanılı hastada gelişen palmoplantar püstülozis vakası bildirilmiştir.

Olgu: Ankilozan spondilit (AS) tanılı 58 yaşında erkek hasta 2 aydır olan el ve ayaklarda döküntü şikâyeti ile başvurdu. Hasta 12 yıldır AS tanısı ile takipli olup yaklaşık 10 yıldır anti-TNF ajan (adalimumab) kullanmaktaydı. Bilinen ek hastalığı bulunmayan hastanın öncesinde cilt hastalığı öyküsü yoktu ve aile öyküsünde özellik bulunmuyordu. Fizik muayenesinde her iki palmoplantar bölgede hiperkeratik plaklar vezikül ve püstüller saptandı. Kan tetkiklerinde hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve tam idrar analizi normal, C-reaktif protein (CRP) 9.87 mg/dL ve sedimentasyon 21 mm/h'di. Pelvis grafisinde bilateral evre 3 sakroiliet olan hastanın BASDAİ skoru 1.2, BASFİ skoru 3' idi. Alınan cilt biyopsisi sonucu palmoplantar püstülozis ile uyumlu saptandı. Dermatoloji hekimi tarafından düzenlenen topikal tedaviye yanıt alınamamış olup hastada anti-TNF-α ajan kullanımı ile indüklenen palmoplantar püstülozis düşünüldü ve Adalimumab tedavisi kesilerek Sekukinumab tedavisi başlandı.

Sonuç: TNF-α inhibitörü kullanan hastada psöriasiform döküntü geliştiğinde öncelikle enfeksiyonlar dışlanmalı ve değerlendirme ve biyopsi alınması için hasta dermatologa yönlendirilmelidir. Eğer döküntüler bizim olgumuzda olduğu gibi vücut yüzeyinin %5'inden fazla ise veya palmoplantar psöriazis benzeri özellikteyse öncelikle başka bir grup TNF-α inhibitörüne geçilmesi önerilmektedir (2). Diğer yandan son zamanlarda TNF-α inhibitörü grubunda switch yapılmasının anti-TNF-α tedavisinde paradoksal gelişen psöriaform döküntüleri tam olarak kontrol edemeyebileceği bildirilmiştir (1). Ciddi döküntüsü olan hastalarda TNF-α inhibitörü grubunda switch yapılmasının hastaların sadece %3'ünde döküntülerde tam düzelme sağladığı bildirilmişken, farklı sınıf biyolojik ajana geçilmesi hastaların %64'ünde döküntülerde tam düzelme sağlamıştır (3). Bu nedenle topikal tedaviye dirençli yaygın palmoplantar püstülozis döküntüsü olan olguda anti-TNF-α tedavi kesilerek başka grup biyolojik tedaviye geçilmiştir.

Kaynaklar:
1. Nguyen K, Vleugels RA, Velez NF, Merola JF, Qureshi AA. Psoriasiform reactions to anti-tumor necrosis factor α therapy. J Clin Rheumatol. 2013;19:377-381.
2. Collamer AN, Guerrero KT, Henning JS, Battafarano DF. Psoriatic skin lesions induced by tumor necrosis factor antagonist therapy: a literature review and potential mechanisms of action. Arthritis Rheum. 2008;59:996-1001.
3. Li SJ, Perez-Chaza LM, Merola JF. TNF Inhibitor–Induced Psoriasis: Proposed Algorithm for Treatment and Management. Journal of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. 2018. doi: 10.1177/2475530318810851.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, palmoplantar püstülozis, TNF-α inhibitörleri

P-128 Spondiloartritli Hastalarda Sigara Kullanımı: Klinik ve Laboratuvar Bulgularıyla İlişkisi

Meral Bayram, Bayram Farisoğulları, Gamze Alaylı, Dilek Durmuş, Ayhan Bilgici, Ömer Kuru

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Sigara önemli bir sağlık problemi olmakla beraber, pek çok inflamatuvar hastalığın etiyolojisi ve progresyonunda risk faktörü olarak yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda Ankilozan Spondilit hastalarında sigaranın hastalık aktivitesi, fonksiyonellik ve radyolojik progresyon üzerine olumsuz etkileri gösterilmiştir. Çalışmamızda Spondiloartrit (SpA) hastalarında sigara kullanım oranını, klinik ve laboratuvar bulgularıyla ilişkisini belirlemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya ASAS Spondiloartrit (SpA) kriterlerine göre takip edilen 126 SpA hastası (E/K=70/56) (35.97±10.34 yıl) ve 93 sağlıklı kontrol (E/K =54/39) (35.77±10.64 yıl) dahil edildi. Klinik değerlendirmede ağrı için VAS (istirahat, aktivite), hastalık aktivitesi için Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), fonksiyonellik için Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) kullanıldı.

Bulgular: SpA ve sağlıklı kontroller arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$). SpA hastalarının % 52.4'ü, kontrol grubunun % 52.7'si sigara kullanmaktaydı. Her iki grup arasında sigara kullanımı yönünden fark yoktu ($p>0.05$). SpA'lı grupta erkeklerin 46'sı (% 65.7), kadınların 20'si (%35.7) sigara kullanmaktaydı ($p<0.01$). Sigara kullanım oranı erkeklerde daha yüksekti. SpA'lı hastalar sigara kullanan (n=66) ve kullanmayan (n=60) olarak iki gruba ayrıldığında, sigara kullananlarda hastalığın daha erken yaşta başladığı tespit edildi (23.54±9.13 yıl vs 28.86±10.49 yıl) ($p=0.003$). Sigara kullanan ve kullanmayan hastalar arasında VAS istirahat, VAS aktivite, ESH, CRP, BASDAI ve BASFI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Yine periferik artrit ve ekstraartiküler tutulum yönünden kullanan ve kullanmayan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Sonuç: SpA'lı hastalarda sigara kullanımını sağlıklı kontrollere benzer şekilde yüksek oranda bulduk. Sigara kullanan hastalarda hastalığın daha erken yaşta başladığını tespit ettik. Bu hastalara sigaranın hastalık üzerine olumsuz etkileri konusunda daha çok bilgi verilmeli, sigarayı bırakma yönünden gerekirse profesyonel yardım önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonellik, hastalık aktivitesi, sigara, spondiloartrit

P-129 Romatoid Vaskülitli Bir Olgunun Adalimumab İle Tedavisi

Hasan Ulusoy

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Romatoid vaskülit (RV) küçük ve orta çaplı damarların etkilendiği bir nekrozitan vaskülit olup romatoid artrit (RA) hastalarındaki sıklığı %1-5 arasında değişmektedir. RA tedavisinde kullanıma giren tümör nekroz faktör inhibitörleri (TNF-i) hızla artmasına rağmen, bu ilaçların RV tedavisinde kullanımı ile ilgili veriler sınırlıdır. Burada adalimumab ile başarıyla tedavi edilen bir RV olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Elliüç yaşında bayan hasta sağ el 2-5. parmak, sol el 2. ve 3. parmak pulpasında ve tırnak yatağı çevresinde morarma ve şiddetli ağrı şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Öyküden hastanın dört yıldır RA tanısıyla takip edildiği, son bir yıldır metotreksat 12.5 mg/hafta, sülfosalazin 2 gr/gün, hidroksiklorokin 200 mg/gün ve prednisolon 7.5 mg/gün kullandığı anlaşılıyordu. Son 2-3 haftadır eklem ağrılarında artış, halsizlik, iştahsızlık ve gece terlemesi tarif ediyordu. Fizik muayenede ellerdeki vaskülitik lezyonlar yanında el bilekleri, metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemler palpasyonla ağrılıydı. Her iki ayak bileği ve metatarsofalangeal eklemler benzer şekilde hassastı. Sistemik muayenede akciğer ve kalp sesleri normal, hepatosplenomegali veya lenfadenopati yoktu. Laboratuar değerlendirmede eritrosit sedimentasyon hızı 86 mm/saat, C-reaktif protein 6.2 mg/L (normal:0-0.5), romatoid faktör 423 IU/L, otoantikorlar (anti-nükleer antikor, anti-fosfolipid antikorlar, lupus anti-koaglanı, anti-nötrofil stoplazmik antikorlar) negatifti. İdrar analizi normal sınırlardaydı. Ekokardiyografide kapak vejetasyonu veya intrakardiyak trombus yoktu. Üç set halinde alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografileri normal sınırlardaydı. Klinik bulgular, laboratuar ve radyolojik veriler ışığında hastaya RV tanısı konularak 3 gün 100 mg/gün mini-pulse metil prednisolon, takiben 1 mg/kg metil prednisolon tedavisi başlandı. Steroid dozu haftalık kademeli olarak azaltılırken tedaviye adalimumab 40 mg/14 gün eklendi. Sülfosalazin tedavisi kesildi. Takip eden haftalarda vaskülitik lezyonları tamamen iyileşen hasta 6 aydır remisyonda izlenmekte ve halen adalimumab 40 mg/14 gün, metotreksat 12.5 mg/hafta, folikasit 10 mg/hafta, hidroksiklorokin 200 mg/gün, metil prednisolon 4 mg/gün kulanmaktadır (Resim 2).

Sonuç: Romatoid vaskülit RA'in ciddi komplikasyonlarından biridir, erken ve etkin tedavi gerektirir. RA tedavisinde etkinlikleri gösterilmiş olan TNF-i ajanlar RV tedavisinde de etkili bir alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, romatoid artrit, TNF-i, vaskülit

P-130 Nöropati ile Prezente Olan Eozinofilik Granülomatoz Polianjitis

Yunus Durmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Eozinofilik granülomatoz polianjitis (EGPA) astım, akciğerde infiltrasyonlar, damar dışı granülomlar ve eozinofili ile karakterize, başlıca küçük-orta çaplı arterleri ve venülleri tutan sistemik, nekrotizan bir vaskülit olarak tanımlanmıştır. Periferik nöropati EGPA'da başlangıç semptomlarından biri olabilir. Nörolojik bulgular ağrılı dizestezi, mononöritis multipleks, motor veya duyusal kayıp şeklinde olabilir. Nörolojik bulgular nadiren akut başlangıç gösterebilse de sıklıkla prezentasyon subakut/kronik şekildedir. Biz burada akut başlangıçlı nöropati ile prezente olan EGPA vakasını sunmak istedik.

Olgu: Otuz dört yaşında erkek hasta romatoloji polikliğine yeni gelişen nöropati etyolojisi için araştırılmak üzere yönlendirilmişti. Hasta 4 yıl kadar önce her iki alt ekstremitesinde birden başlayan ağrı ve hissizlik için nöroloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan EMG sonucunda asimetrik, aksonal sensorimotor polinöropati raporlanmış. Yakınmaları süren hastanın zaman içerisinde sağ ayağında Charcot nöroartropatisi ve osteomyelit gelişmesi üzerine 1 yıl kadar önce sağ ayak bilek seviyesinden amputasyon uygulanmış. Hastanın öyküsünde nöropati öncesi geçirilmiş herhangi bir enfeksiyon ve ilaç kullanımı saptanmadı. Soygeçmişinde tanı almış nörolojik bir hastalık yoktu. Fizik muayenesinde artrit saptanmayan hastanın sağ ayağının bilek hizasından ampüte olduğu görüldü. Nörolojik muayenesinde; sol ayak dorsifleksiyonu 4/5 gücünde idi. Bilateral derin tendon refleksleri azalmıştı ve sol aşil refleksi alınamadı. Duyu muayenesinde, her iki alt ekstremitede hipoestezi mevcuttu. Laboratuvar testlerinde tam kan sayımında lökosit: 9780/ µL, Hb:12,5g/dL, Plt: 480.000/µL, %78.8 eozinofili saptandı. Tam idrar tetkiki normal sınırlarda; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 16 mm/h, CRP 3,48 mg/L olarak saptandı. BUN, kreatinin, AST, ALT, GGT, ALP, CK, ASO, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda, brusella testleri, RF, anti-CCP, ANA ve anti-dsDNA tetkikleri negatifti. ANCA profili pozitif, MPO-ANCA pozitif, PR3-ANCA negatif olarak saptandı. Akciğer grafisinde; yer yer infiltrasyon alanları olan hastanın paranazal sinüs grafisinde patoloji saptanmadı. Hastada nöropati yapabilecek diğer nedenler (metabolik bozukluklar, vitamin eksiklikleri, kanserle ilişkili nöropatiler vb.) ekarte edildi. Hastanın herhangi bir ilaç veya toksin maruziyeti yoktu. Sural sinir biyopsisi alınan hastanın biyopsi raporunda sinir fasikülleri etrafındaki bağ doku damarlarının etrafında ve damar duvarlarında lenfositten zengin ve eozinofil içeren hücre infiltrasyonu izlendiği; vaskülite sekonder tutulum olarak raporlanabileceği bildirildi. Hasta göğüs hastalıklarınca değerlendirildi ve astım + vaskülitik pulmoner tutulum olarak düşünüldü. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgular ile vakamız EGPA tanısı aldı. Steroid tedavisi başlandı.

Sonuç: EGPA'da sıklıkla peroneal ve ulnar sinir tutulumu gözlenir. Bizim vakamızda da peroneal sinir tutulumu mevcuttu. Akut başlangıçlı nöropatilerde erken tedavi prognoz açısından önemlidir. Tanının erken konup tedavinin akut evrede başlanabilmesi için nöropati etyolojisi araştırılırken vaskülitik hastalık süreçleri de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik granülomatoz polianjitis, nöropati, vaskülit

P-131 Polinöropatinin Nadir Bir Sebebi: Vaskülitik Polinöropati Olgu Sunumu

Ekin İlke Şen, Selim Sezikli, Nalan Çapan, Ayşe Yalıman

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

Amaç: Bu olgu sunumunda, polinöropatinin fizik tedavi kliniklerinde görülen nadir nedenlerinden olan vaskülitik polinöropatinin klinik bulguları, tanı ve tedavi sürecinden bahsedildi.

Olgu sunumu:79 yaşında kadın hastanın Ocak 2017'de ayak tabanlarında yanma, batma, uyuşma ve ağrıları başlamış. Bu ağrılar giderek gece uykularını bozacak kadar şiddetlenmiş. Şubat 2017'de önce sol elde daha sonra sol ayakta güçsüzlük başlamış. Bu yakınmalarla dış merkezde tetkik edilmiş RF, anti SS-B, p-ANCA pozitif saptanmış. Romatoid artrit ön tanısıyla hidroksiklorokin, metilprednizolon, pregabalin tedavileri başlanmış. Sonrasında İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran hastanın EMG'sinde duysal-motor asimetrik polinöropati saptanmış, sinir ve kas biyopsileri yapılmış. Yapılan kas-sinir biyopsisi vaskülitik polinöropati ile uyumlu bulunmuş. 07.04.2017 tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji servisinde vaskülitik polinöropati tanısıyla 4 gün boyunca günde 1 gr pulse metilprednizolon tedavisi almış. Sonrasında oral prednizolon tedavisine geçilmiş. ANCA ilişkili vaskülit düşünülen hastaya 14.04.2017 tarihinde siklofosfomid tedavisi verilmiş. Konsültasyonda değerlendirilen hasta 03.05.2017 tarihinde servisimize interne edildi. Hastanın yatışındaki fizik muayenesinde her iki tarafta genel olarak yüksek eldiven çorap tarzında azalmış yüzeyel duyu, alt ekstremitelerinde belirgin olmak üzere tüm ekstremitelerinde azalmış vibrasyon duyusu, azalmış derin tendon refleksleri mevcuttu. Manuel olarak yapılan kas gücü değerlendirmesinde; üst ekstremitede bilateral omuz abduksiyon, fleksiyon, ekstansiyon; dirsek fleksiyon, ekstansiyonu 4/5, sağ el bileği fleksiyon ve ekstansiyonu 4/5, sol el bileği fleksiyonu 3/5, sol el bileği ekstansiyonu 1/5, sol el parmak ekstansiyonu 1/5, diğer el parmak kas güçleri bilateral 3/5 olarak saptandı. Bilateral alt ekstremitede kalça fleksiyon, abduksiyon, ekstansiyon; diz fleksiyon, ekstansiyonu 4/5 idi. Sol alt ekstremitede ayak bileği dorsifleksiyon, plantar fleksiyon, eversiyon, inversiyon ve ayak baş parmak ekstansiyonu 0/5; sağ alt ekstremitede ayak bileği dorsifleksiyon, plantar fleksiyon, eversiyon, inversiyon ve ayak başparmak ekstansiyonu 2-/5 olarak saptandı. Lokomotor sistem muayenesinde; yatak içi aktivitelerde bağımsız olan hasta yatar pozisyondan oturur pozisyona geçebiliyordu ve desteksiz oturma dengesi mevcuttu. Yatak kenarında ayakta durma dengesi vardı ve transferini tek kişinin yardımıyla gerçekleştirebiliyordu. Hastamızın fonksiyel ve denge değerlendirilmelerinde ise Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (FIM): 72, Berg Denge Ölçeği: 15/56 olarak saptandı. Fizik tedavi ve rehabilitasyon programı düzenlenen hastanın nöropatik yakınımlarına yönelik russian akım, desentizasyon, medikal tedavi başlandı, rehabilitasyon programı ve elektriksel stimulasyon tedavileri uygulandı. Nöropatik yakınımlarında azalma olan hasta sol alt ekstremitede yürüyüş AFO'su ve yürüme yardımcısı ile mobilize olmaya başladı.

Sonuç: Vaskülitik nöropatiler, periferik sinir sistemini vasa nervorum inflamasyonu yoluyla etkileyen heterojen bir grup hastalıktır. İnflamatuar cevap ve doku iskemisi kombine olarak sinir liflerinde hasara sebep olur. Periferik sinir sistemini etkileyen vaskülitler genellikle primer sistemik vaskülitlerdir ayrıca konnektif doku hastalığına, infeksiyonlara ve malgnitelere sekonder vaskülitlerde de görülebilir. Sistemik vaskülitler içinde nöropatiler genel olarak idiopatik Poliarteritis nodosa, HBV ilişkili Poliarteritis nodosa, HCV ilişkili Mikst kriyoglobulinemik vaskülit, Churg-struss sendromu, romatoid vaskülitler ve mikroskopik polianjitisde görülmektedir. Sistemik vaskülitler klasik olarak akut-subakut olarak sensoriyal veya sensorimotor defisitlerle prezente olur. Vaskülitik polinöropati genel polinöropati nedenleri arasında değerlendirildiğinde nadir görülen bir durum olsa da klinikte tanısının konulup hızlı ve uygun bir şekilde tedavi edilmesi morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, polinöropati, sensorimotor defisit

P-132 Her Romatoid Faktör Pozitifliği Romatoid Artrit mi?

Yunus Durmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2], Sami Hizmetli[3]

[1]Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun
[3]Cumhuriyet Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Amaç: Romatoid artrit (RA), eklemlerde simetrik artrite yol açan, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. En sık rastlanan sistemik otoimmün romatizmal hastalıktır. Tedavi edilmezse eklemlerde hasar, şekil bozukluğu ve sakatlığa neden olur. RA tanısında kullanılan başlıca laboratuvar testleri romatoid faktör (RF) ve anti-siklik sitrüline (sitrüllenmiş) peptit antikorlarıdır (anti-CCP). Biz burada artralji ve RF pozitifliği olması üzerine RA ön tanısı ile refere edilen ancak granülomatöz polianjiit(GP) tanısı alan bir vakamızı sunmak istedik.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hasta eklem ağrıları nedeniyle başvurduğu hekim tarafından istenen RF testindeki pozitiflik nedeniyle sevk edilmişti. Romatolojik öyküsünde şişliğin eşlik etmediği eklem ağrıları, 1 saati aşan sabah tutukluğu ve ara ara olan pis kokulu burun akıntısı ve kronik sinüzit tarifliyordu. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce bilinen bir medikal yardım almamış olduğu öğrenilen hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde artrit saptanmadı. Akciğer muayenesinde ral, ronkus saptanmadı. Kardiyovasküler sistem muayenesi normaldi. Döküntüsü yoktu. Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 7650/ µL, Hb:8,5g/dL, Plt: 563.000/µL; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 98 mm/saat, CRP 26,30 mg/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normal bulundu. Biyokimya testleri normal sınırlarda; RF pozitif, anti-CCP negatifti. Hastanın çekilen el eklem grafisinde erezyon ve periartikuler osteporoz saptanmadı. Akciğer PA grafisi normal olarak değerlendirildi. Tarifliediği pis kokulu burun akıntısı nedeniyle kronik sinüzit öyküsü de olan hastaya paranazal sinüs BT çekildi. Kronik sinüzit ve nazal septum perforasyonu raporlandı. Bu nedenle istenen ANCA profilinde, PR3 ANCA testi pozitif olarak saptandı. MPO-ANCA, ANA, ENA profili negatifti. Grafisi normal olsa da olası pulmoner tutulum açısından toraks BT çekildi ve akciğerlerde vaskülit düşündürecek bir tutulum saptanmadı. Hastada sınırlı tutulumlu GPA (Granülomatöz polianjit) tanısı düşünülerek prednizolon 25 mg ve azaotioprin 100 mg tedavisi başlandı. Takiplerinde klinik şikayetleri gerileyen hastanın akut faz reaktanları normal seviyelere geriledi.

Sonuç: Granülomatöz polianjiit sistemik nekrotizan bir vaskülit olsa da bazen özellikle üst solunum yollarına lokalize tutulumları görülebilmektedir. Olgumuz pulmoner, renal, cilt tutulumu olmaması nedeniyle lokalize GPA olarak takip edilmektedir. Eklem ağrısı ve RF pozitifliği nedeniyle RA ön tanısı ile sevk edilen hastada öyküde ve fizik muayenede saptanabilecek başka bulgular altta yatan, ilk bakışta akla gelmeyecek başka hastalıkları işaret edebilmektedir. Romatolojik muayenenin sistemik bir şekilde yapılması, bu önemli ipuçlarını yakalamaya olanak sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz polianjiit, RF pozitifliği, romatoid artrit

P-133 Dermatomiyozit ve Piyoderma Gangrenozum Birlikteliği

Ayşe Ünal Enginar, İlhan Sezer, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Dermatomiyozit (DM), progresif seyreden, proksimal kas güçsüzlüğü ve spesifik deri bulgularıyla karakterize, etyolojisi tam bilinmeyen inflamatuvar bir hastalıktır. Piyoderma gangrenozum (PG), nötrofilik dermatozlar grubunda yer alan kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Karakteristik lezyonu ağrılı, deriden kabarık, düzensiz sınırlı, skarla iyileşen nekrotik ülserdir. PG, 20-60 yaş aralığında, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülen bu hastalık nadiren çocuklarda da görülebilmektedir. PG % 25-50 idiyopatik olmakla birlikte % 50 sistemik hastalıklar eşlik etmektedir. En sık Crohn hastalığı olmak üzere inflamatuvar barsak hastalıkları (IBH), romatoid artrit, miyeloproliferatif ve lenfoproliferatif hastalıklarla ilişkisi bildirilmiştir. Romatolojik hastalıklardan Takayasu arterit, Cogan's sendromu, sistemik lupus eritematozus, antifosfolipid sendromu, sistemik sklerozis, granulamatöz polianjitis de etyolojide yer almaktadır.

Olgu: 66 yaşında DM tanısıyla takip edilen kadın hasta, sağ alt ekstremitede cilt lezyonları şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta 6 mg metilprednizolon kullanmaktaydı. Daha önceden azatioprin ve metotreksat kullanmış ancak yan etki nedeniyle kesilmişti. Üst ekstremite proksimal kas gücü 4+/5, alt ekstremite proksimal kas gücü 4+/5 idi. Solunum sesleri bilateral bazallerde ralleri mevcuttu. Laboratuvar sonuçlarında hemogram, tam idrar tetkiki normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı: 12 mm/saat, CRP:0,2 mg/dl, CK 207 IU/L, AST 27 IU/L, ALT 32 IU/L, RF (-), ANA(-), anti-jo1ve anti Ro52+ idi. Sağ alt ekstremiteden alınan cilt biyopsisinde ülsere krutlu epidermis altında süperfisiyel ve derin dermiste subkutan alana da uzanan yaygın nötrofillerden baskın mikst yangısal infiltrasyon izlendi. Yangı hücreleri damar duvarlarını atake etmektedir ve fokal yağ nekrozu alanların olduğu şeklinde PG olarak raporlandı. İnterstisyel akciğer hastalığı da saptanan hastaya mikofenolat mofetil başlandı. Takiplerinde cilt lezyonlarında ve solunum fonksiyon testlerinde düzelme izlendi.

Sonuç: PG'nin primer tedavisi kortikosteroidlerdir. Dirençli vakalarda siklosporin, azatioprin, mikofenolat mofetil, infliksimab, rituksimab kullanılabilir. Biz de hastamızda interstisyel akciğer hastalığının da eşlik etmesi nedeniyle mikofenolat mofetil başladık. Nadir görülen bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekmek için olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, interstisyel akciğer hastalığı, piyoderma gangrenozum

P-134 Semer Burun Deformitesi ile Başlayan Relapsing Polikondrit: Bir Olgu Sunumu

Ayşe Ünal Enginar, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Relapsing polikondrit (RP) kıkırdak dokularda tekrarlayan ve progresif inflamasyonla karakterize nadir otoimmün bir hastalıktır. Özellikle kulak, burun, respiratuar trakt ve proteoglikandan zengin göz, kalp ve kan damarlarını etkiler. Yıllık insidansı 3.5 vaka/milyon. Genellikle 4. ve 5. dekadda ve her iki cinsiyette eşit görülür. Hastalığın en sık başlangıç tutulumu kulak kıkırdağı, ikinci olarak poliartrit veya oligoartrit şeklinde eklem tutulumu ve daha sonra burun ve göz tutulumu izler. Hastaların üçte birinde sistemik vaskülit, myelodisplastik sendrom, lenfoma ve diğer romatolojik hastalıklar eşlik edebilir.

Olgu: 38 yaşında kadın hastada 1,5 yıl önce başlayan burunda toplam 3 kez tekrarlayan ağrı ve şişlik olmuş. Kulak burun boğaz kliniği tarafından değerlendirilen ve antibiyotik tedavisi başlanan hastada yanıt alınamamış. Daha sonra burun kökünde çökme olmuş ve semer burun deformitesi gelişmiş. O dönemde granulamatöz polianjit, tüberküloz, sifiliz açısından tetkik edilmiş. Kültürleri alınmış ancak sonuçları negatif gelmiş. Hastaya rinoplasti uygulanmış. Operasyon sonrasında tekrar burnunda şişlik, ağrı ve kızarıklık gelişmiş. Hastanın yaklaşık 4 ay önce de sol kulağında kulak memesinin korunduğu kızarıklık, ağrı ve şişlik başlamış. Bunun üzerine kliniğimize başvuran hastanın laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 79 mm/saat, C-reaktif protein: 15 mg/dl, ANA-, tarama-, ANCA-, AMA, ASMA, LKM-, VDRL- RF- Anti CCP- TBC kültürleri -viral markerları -, periferik yayma normaldi. Hastaya relapsing polikondrit tanısı konularak 32 mg metiprednizolon(MP) ve kolşisin başlandı. Yanıt alınamaması üzerine 250 mg/gün MP ile 5 gün pulse tedavi başlandı. 64 mg MP ile devam edildi. MP azaltma şeması verildi. Hastanın şikayetleri, akut faz yanıtları düzeldi ve tedavisine 15 mg/hafta metotreksat (MTX) eklendi. 4 mg/gün MP ve 15 mg/hafta MTX olarak halen tedavisine devam etmektedir.

Sonuç: Relapsing polikondrit progresif, ölümcül komplikasyonlara yol açablilen nadir otoimmün hastalıktır. Bizim hastamızda olduğu gibi özellikle de kadınlarda semer burun ile prezente olabileceğini ve ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Kondrit, relapsing polikondrit, semer burun

P-135 Hidroksiklorokin ile İndüklenen Hiperpigmentasyon

Ayşe Ünal Enginar, Cahit Kaçar

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Klorokin ve hidroksiklorokin, antimalaryal etkilerinin yanı sıra romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, sjögren sendromu gibi birçok romatizmal hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılan ilaçlardır. Antimalaryal ilaçların cilt üzerine çeşitli yan etkileri olabilir. Antimalaryal ilaç tedavisi alan hastaların %10–25'inde ciltte hiperpigmentasyon rapor edilmiştir. Bu olguların çoğunluğunu klorokin kullananlar oluşturmaktadır. Hidroksiklorokin ile bildirilen az sayıda olgu vardır. Biz de sjögren sendromu tanısıyla hidroksiklorokin kullanımı sırasında ciltte hiperpigmentasyon gelişen bir olguyu sunmak istedik.

Olgu: 35 yaşında kadın hasta Sjögren sendromu tanısı ile 6 yıldır takip edilmekteydi. Hasta yaklaşık 6 yıldır hidroksiklorokin 400 mg/gün kullanmaktaydı. Hastanın son 6 aydır olan sırtta ve sol kolda cilt renginde koyulaşma şikayeti vardı. Aynı zamanda ağız kuruluğu, göz kuruluğu, artralji şikayeti de vardı. Fizik muayenede sırtta ve sol kolda gri-siyah hiperpigmentasyon alanları gözlendi. Tırnaklarda ve oral mukozada hiperpigmentasyon saptanmadı. Schirmer testi bilateral 5 mm'den azdı. 2011 yılında yapılan minör tükrük bezi biyopsisinde Chisholm-Mason sınıflamasına göre evre 3 lenfositik siyaloadenit saptanmış. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimya, ESH ve CRP normal idi. ANA 1/100 granüler pozitif, tarama negatif, antidsdna negatif, antikardiyolipin antikorlar ve lupus antikoagulanı negatif, RF negatif, kompleman normal, idrar protein/kreatinin oranı normal idi. Hastanın bazal ve kontrol görme alanı muayenelerinde patoloji saptanmadı. Hasta dermatoloji kliniği ile konsülte edildi ve hidroksiklorokine bağlı hiperpigmentasyon düşünüldü. Hastanın hidroksiklorokin tedavisi kesildi.

Sonuç: Mukokütanöz pigmentasyonunun patogenezi çok iyi bilinmemesine rağmen klorokinin afinitesi sonucunda melatonine bağlanan ilaç moleküllerinin deride birikerek mavimsi gri renk değişikliğine neden olduğu düşünülmektedir. Hiperpigmentasyonun doz bağımlı olduğu düşünülür ve yüz, bacak, gövde, sert damak ve tırnak yataklarında ortaya çıkabilir. İlacın kesilmesiyle pigmentasyonun 2–6 ay içinde gerilediği bildirilmiştir. Bizim olgumuzda yaklaşık 66 ay sonra hiperpigmentasyon gelişmiştir. Antimalaryal ilaçlara bağlı renk değişikliği oküler yan etki açısından bir işaret olarak değerlendirilmektedir, ancak bizim olgumuzda oküler yan etki saptanmamıştır. Bu olguyla hidroksiklorokinin hiperpigmentasyon yan etkisine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Antimalaryal ilaçlar, hidroksiklorokin, hiperpigmentasyon

P-136 Ağrısız Düşük Ayak Etyolojisine Farklı Bir Bakış: İki Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Didem Ceylan Yoğurtçuoğlu, Özlem Altındağ, Şeyma Büyükkömürcü

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Düşük ayak yakınmasıyla gelen hastada, en sık lumbosakral diskopati düşünülmektedir.Ayırıcı tanıda alt ekstremitenin en sık görülen nöropatisi olan peroneal nöropati de düşünülmelidir.Peroneal nöropati farklı patolojilere bağlı gelişebilir.Nadir görülen sebeplerden biri aşırı ve hızlı kilo kaybıdır.Hastanın detaylı değerlendirilmesi ve nörofizyolojik inceleme hastayı gereksiz cerrahi operasyondan koruyabilir.Bu yazıda, farklı etyolojilere bağlı gelişen 2 ayrı unilateral peroneal nöropati olgusu sunulmaktadır.

Olgu1: 30 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan sol ayağında kuvvet kaybı ve yürüme güçlüğü şikayeti ile başvurdu.9 ay önce aşırı kilo nedeniyle obezite cerrahisi geçirdiğini ve yaklaşık 30 kilo kaybettiğini belirtti.Nörolojik değerlendirmede sol ayak bileği ve sol ayak başparmağı dorsifleksor kas güçleri 2/5 idi.Duyu muayenesi ve derin tendon refleksleri normaldi.Rutin biyokimyasal parametreleri, hemogram, sedimantasyon, tiroid fonksiyon testleri, Vitamin B12 düzeyi normal sınırlardaydı.Lomber Manyetik Rezonans Görüntülemesi(MRG) sonucunda patolojik bulgu saptanmadı.Elektrofizyolojik değerlendirmede; sinir ileti çalışmasında sol peroneal sinir amplitudü ve hızı sağa göre düşük saptandı.Sol sural sinir duyu iletim çalışması normaldi.İğne EMG'de sol gastroknemius medial başı, sol ekstansör hallucis longus ve brevis, sol tibialis anterior kaslarında motor ünit aksiyon potansiyeli azalmıştı.Mevcut bulgularla, hastada sol peroneal sinir lezyonu düşünüldü.Etyolojide, hızlı kilo kaybı dışında, peroneal sinir nöropatisine neden olabilecek bir faktör saptanmadı.Tedavide, 15 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulandı;sol tibialis anterior, ekstansör hallusis longus ve peroneus longus kaslarına yönelik teropatik elektrik stimulasyonu, progresif rezistif egzersizler(PRE) önerildi.Tedavi süresince kullanacağı posterior ayak-ayak bileği ortezi verildi.Hastanın fizik tedavi uygulamaları sonrasında birinci ayda kontrol muayenesinde sol ayak bileği dorsifleksiyonu 4/5, ayak başparmak dorsifleksiyonu 4/5 idi.

Olgu2: 58 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 haftadır düşük ayak ve yürüme güçlüğü yakınmalarıyla başvurdu.Hasta mevcut yakınmalarıyla ilk olarak beyin cerrahisi uzmanınca değerlendirilmişti.Lomber MRG sonucunda L4-L5 ve L5-S1 seviyelerinde disk hernisi tanıları konulan hastaya acil operasyon önerilmişti.Operasyonu kabul etmeyen hasta, yakınmaların devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu.Nörolojik değerlendirmede sol ayak bileği ve sol ayak başparmağı dorsifleksor kas güçleri +2/5 idi.Duyu muayenesi ve derin tendon refleksleri normaldi.Rutin biyokimyasal parametreleri, hemogram, sedimantasyon, tiroid fonksiyon testleri, Vitamin B12 düzeyi normal sınırlardaydı.MRG'de L4-L5 ve L5-S1 seviyelerinde bulging düzeyinde diskopati mevcuttu ve bu görüntü klinik bulguları açıklamak için yeterli değildi.Detaylı öyküde hastanın patolog olduğu ve yaklaşık 8-9 saat/gün mikroskop başında oturup değerlendirme yaptığı öğrenildi.Elektrofizyolojik değerlendirmede;sinir ileti çalışmasında sağ peroneal sinir amplitudü ve hızı sola göre düşük saptandı.Sağ sural sinir duyu iletim çalışması normaldi.İğne EMG'de sağ gastroknemius medial başı, ekstansör hallucis longus ve brevis, tibialis anterior kaslarında motor ünit aksiyon potansiyeli azalmıştı.Mevcut bulgularla, hastada peroneal sinir tuzak nöropatisi düşünüldü.Tedavide, 15 seans fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulandı;sol tibialis anterior, ekstansör hallusis longus ve peroneus longus kaslarına yönelik teropatik elektrik stimulasyonu, progresif rezistif egzersizler(PRE) düzenlendi.Çalışma saatlerinde uzun süreli aynı pozisyonda kalmaması, bacak bacak üstüne atmaması önerildi.6 hafta sonra yapılan kontrol muayenesinde sağ ayak dorsifleksiyonu 5/5, ayak başparmak dorsifleksiyonu 4/5 olarak değerlendirildi.

Sonuç: Pozisyonel durumların dışında aşırı kilo kaybı öyküsü olan olgularda, düşük ayak ve yürüme bozukluğu varlığında peroneal sinir nöropatisi akla gelmelidir.Ayırıcı tanıda, peroneal sinir tuzak nöropatisi akla gelmediğinde kas gücü kayıpları MRG'de saptanan hafif derecede diskopatilere bağlanarak cerrahi uygulamalara başvurulabilir.Detaylı öykü ve nörolojik muayene, hastanın hem gereksiz yere opere edilmesini önler hem de uygun tedavi yapılarak peroneal nöropati bulgularının daha hızlı iyileşmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: Obezite cerrahisi, kilo kaybı, peroneal sinir paralizisi

P-137 Akromioplasti Sonrası Elde Gelişen Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu ve Balneoterapi

Esra Elbir Babacan[1], Gülsüm Zeynep Fatma Yavuz[1], Burcu Özaltun[2], Sami Hizmetli[1]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas
[2]Anamur Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Mersin

Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS), genellikle ekstremitelerde ağrı, şişlik, eklem hareket açıklığında kısıtlılık, vazomotor instabilite ve benekli osteoporoz ile karekterize bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda supraspinatus tendon rupturu ve biseps tenisinoviti nedeniyle opere(artroskopik rotator kuff tamiri ve akromioplasti) edilmiş ve sonrasinda, sağ elinde ve el bileğinde şişlik, ağrı, hareket kısıtlılığı şikayetleri başlayan, yapılan değerlendirmeler sonucunda KBAS tip 1 tanısı alan 61 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur.
61 yaşında kadın hasta sag el bileginde şişlik, ağrı, hareket kısıtlılığı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. 4 aydir olan sağ omuz ağrisi nedeniyle ortopedi poliklinigine gitmis.Supraspinatus tendon rupturu ve biseps tenisinoviti nedeniyle opere(artroskopik rotator kuff tamiri ve akromioplasti) edilmiş.Bir ay atele alınan hastanın bandajdan ciktiktan sonra sağ omuz ve sağ elde yanıcı tarzda ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı şikayetleri başlamış. Hastanın şikayetle- ri NSAİD'leri kullanmasına rağmen devam etmiş. Hastanın fizik muayenesinde sag el bileği şiş ve hiperemikti. Isı artışı yoktu. Sağ el bileği, MKF ve PIP eklem hareket açıklığı kısıtlı ve ağrılıydı.Sağ omuz muayenesinde omuz abduksiyon, fleksiyon, internal rotasyon ve eksternal rotasyonu ileri derecede limitli ve ağriliydı. Sistemik ve nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın hemogram, sedimantasyon, rutin biyokimya ve idrar tetkikleri normaldi. Radyolojik incelemede sağ el-el bileği grafisinde benekli osteopeni mevcuttu. Eklem aralığı normaldi (Şekil 1). Omuz grafisinde sag omuz başinda tespit materyali mevcut olup,periartiküler ve benekli osteopenisi mevcuttu (Şekil 2).
PA akciğer grafisi normaldi.Bu bulgularla artroskopik rotator cuff tamiri ve akromioplasti sonrası gelişen KBAS tip 1 tanısı kondu. Pentoksifilin 600 mg/gün, kalsiyum 1000 mg/gün ve D3 vitamini 880 IU/gün başlandı. Fizyoterapi programı olarak kontrast banyo, konvansiyonel TENS, Ultrason (1.5w/cm2), eklem hareket açıklığı egzersizi ve germe başlandı. Ayrica hasta bu tedavilere ek olarak kontrollü balneoterapi aldı.4 haftalık tedavi sonrasında hastanın şikayetlerinde belirgin azalma oldu.Eklem hareket açıklığı egzersizi ve kontrast banyo tedavisine devam etmesi önerilerek bir ay son- ra kontrole çağrıldı. Kontrolde ağrılarında belirgin azalma olmuştu. Eklem hareket açıklığı oncekine göre belirgin düzelmişti ve ağrısızdı.Hiperkalsemisi olmasi nedeniyle Kalsiyum ve D vitamini tedavisi kesilerek düzenli kontrole çağrıldı.Kbas operasyon yapilan ekleme komşu başka eklemleri de etkileyebilen bir hastaliktir.Bu nedenle anamnez alınırken hasta detayli sorgulanmalıdır. Üst ekstremite ağrılarının ayrıcı tanısında akromioplasti operasyonu sonrası gelişen KBAS tip 1 akılda tutulmalıdır.Hastalığın erken tanı ve tedavisi özellikle önemlidir. Bu şekilde ağrı kontolü yapılabildiği gibi oluşabilecek ciddi fonksiyon kayıplarının da önüne geçilmiş olur. Erken tanı ve tedavi ağrının psikososyal komponentlerinin oluşmasının engellenmesinde de ayrica önemlidir. Ayrica balneoterapi de eğer mümkünse bu hastalarin tedavisinde kontrollü bir şekilde kullanilmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akromioplasti, kompleks bölgesel ağrı sendromu, balneoterapi

P-138 Scheuermann Hastalığı:Bir Olgu Sunumu

Gülsüm Zeynep Fatma Yavuz, Ahmet Karadağ

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Scheuermann Hastalığı, spinal ağrı, görüntü bozukluğu, torakal disk hernisi ve prematür dejeneratif değişikliklerle karakterize, adolesan dönemde %5-8 görülebilen bir hastalıktır.Etyolojisi net bilinmemektedir.Ailesel yatkınlık ve muhtemel bir lokal osteokondrit üzerinde durulmaktadır.Bizde sırt ağrısı, şekil bozukluğu ve bunun nedeninin ne olduğuyla ilgili bilinmezlikten dolayı depresif yakınmaları olan 19 yaşındaki scheuermann teşhisi koyduğumuz hastayı sunmak istedik. 19 yaşında erkek hasta son 1 yıldır giderek artan sırt,bel ağrısı ve kamburluk şikayetiyle başvurdu.Şekil bozukluğu, ağrı ve bunların sebebini bilmemesi nedeniyle depresif olduğunu dile getirdi.Fizik muayenesinde, torakalde PVAS+/+. Palpasyonla vertebralar üzerinde hassasiyet mevcuttu.Adam's Forward Bend Testi ile dorsal kifozu belirginleşiyordu.Hafif pelvis asimetrisi mevcuttu.Nörolojik muayenesi normaldi.Düz bacak kaldırma testi negatif, motor ve duyu defisiti yoktu.Hastanın torakal grafisinde; torakal kifozu artmış, T5-T6-T7-T8-T9 vertebralar düzensiz ve vertebra korpus end-platelerinde irregüler kontür ve skleroz tespit edildi.T7-T8-T9 vertebra korpus ön tarafta yükseklik kaybı saptandı (şekil 1).Lomber grafide lomber lordoz artmış (şekil 2),skolyoz grafisinde AP görüntüde minimal mid-torakal skolyoz mevcuttu.Bulgular diskitis lehine yorumlandı.Sırt ve bel ağrısı ile başvuran hastaya Adam's Testi ile belirginleşen kifoz,torakalde 3 vertebrada yükseklik kaybı,torakalde 5 vertebrada düzensizlik,end-platelerde skleroz artışı,ılımlı skolyoz ve artmış lomber lordoz bulgularıyla Scheuermann hastalığı teşhisi kondu.Hastanın rutin biokimya,hemogram ve idrar tetkiki normaldi.Hastalığın tedavisi,hastalık derecesi ve yaşa göre değişir.Hiçbir şikayet yoksa,rastgele tanı konmuşsa koruyucu olması açısından ağır spor yapılmaması, ağır yük taşımaması önerilir.Şikayeti olanlarda kifozu azaltacak,sırt kaslarını güçlendirecek aktif egzersizler,NSAİİ'lar,ileri olgularda korseleme ve füzyon ameliyatları uygulanabilir.Bizim olgumuza öncelikli NSAİİ, egzersiz ve ağrısına yönelik fizik tedavi planlandı.Hasta teşhis konulduğu için belirsizlikten kurtulmanın bile onu rahatlattığını söyleyerek teşekkür etti, fakat şekil bozukluğu nedeniyle büyük bir merkezde ameliyat olmak istediğini söyleyerek, fizik tedavi programını kabul etmedi. Bel ağrısı veya sırt ağrısıyla gelen genç yaştaki bireylerde scheuermann hastalığıda mutlaka düşünülmelidir.Bazen hastalığın adını bile koymak, hastayı kısmen de olsa rahatlatacak, hastayı belirsizlikten kurtaracak ve hastanın hekime olan güvenini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Scheuermann Hastalığı, Sırt Ağrısı, Kifoz

P-139 Adolesan Dönemde Büyüme Ağrısıyla Karışan Osteoid Osteoma Olgu Sunumu

Gülsüm Zeynep Fatma Yavuz[1], Burcu Özaltun[2], Gözde Çakıroğlu[3], Emine Dede[1], Sami Hizmetli[1]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Sivas
[2]Anamur Devlet Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,Mersin
[3]Bor Devlet Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,Niğde

Amaç: Osteoid Osteoma (OO),genç erişkinlerde özellikle alt ekstremiteye yerleşen selim bir kemik tümörüdür.Geceleri artan ve NSAİİ'lara yanıt veren ağrı tümörün tipik klinik bulgusudur.Biz de büyüme ağrısı diye atlanan ve analjeziklerle tedavi edilmeye çalışılan,gece ağrısı ön planda olan OO teşhisi koyduğumuz 14 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 14 yaşında erkek hasta, sağ bacakta 4-5 ay önce başlayan,kalçadan bacağın ön tarafına yayılan ve özellikle gece artan ağrı şikayetiyle başvurdu.Herhangi bir travma öyküsü mevcut değildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, herhangi bir ısı artışı, ödem ve hiperemi yoktu. FABERE ve FADER sağda pozitifti.Alt ekstremite nörolojik muaynesi doğaldı.Motor ve duyu defisiti yoktu.Rutin kan tetkikleri normaldi.Pelvis direkt grafisinde; sağ femur medialinde periostta kalınlaşma mevcuttu. Hastadan ortopedi konsültasyonu ve MR istendi. Hastanın MR'ı, sağ femurda trokantör minör inferiorunda anteromedial yerleşimli osteoid osteoma ile uyumlu osseöz lezyon şeklinde yorumlandı.Ortopedi tarafından hastaya kitlenin büyük olması nedeniyle bening kemik tümör eksizyonu+ intramedüller çivi yerleştirme operasyonu yapıldı.

Sonuç: Bacak ağrısıyla gelen adolesan çağdaki hastalarda anamnez dikkatli alınmalı ve fizik muayene ayrıntılı yapılmalıdır.Bizim vakamızda da hastanın gece ağrısı olması ve NSAİİ'lara iyi yanıt vermesi bizi klasik büyüme ağrısından uzaklaştırdı ve grafi, MR gibi ileri tetkik yapmaya yönlendirdi.Erken yaşlarda da ağrıların ayırıcı tanısında tümörler mutlaka düşünülmeli, büyüme ağrısı demeden önce diğer organik nedenler mutlaka ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Büyüme ağrısı, gece ağrısı, osteoid osteoma

P-140 Tekrarlayan Polikondrit

Orge Fatoş Demirtaş, Özlem Altındağ, Neytullah Turan

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Tekrarlayan polikondrit (TP), artiküler ve non-artiküler kıkırdak dokuda epizodik inflamatuar ataklarla seyreden, nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Patogenezinde tip 2 kollojene karşı oluşmuş antikorlar sorumlu tutulmaktadır. Hastalığın klinik özellikleri aurikuler, nasal ve trakeal kartilajın kondritini, odyovestibüler disfonksiyonu, oküler inflamasyonu, vasküliti, myokarditi ve non-eroziv artriti içermektedir. Her iki cinste eşit oranda görülen TP, çocukluk veya ileri yaşlarda da görülmesine karşın en sık 44-51 yaş aralığında ortaya çıkar.Sıklıkla aurikula, burun, eklem, trakeobronşial yapılar gibi kartilaj ve proteoglikandan zengin yapılarda tutulum izlenir. Göz, kardiyak ve damar tutulumu değişik derecelerde izlenebilir. Tekrarlayan polikondritte göz tutulumu sıktır. Bu olgu sunumunda bilateral kulakta kızarıklık, ağrı, şişlik olan ve beraberinde yapılan göz muayenesinde bilateral panüveit tespit edilen hasta sunulmuştur.

Olgu: 32 yaşında kadın hasta, 1 haftadır devam eden her iki kulağında ağrı ve kızarıklık şikayeti nedeniyle başvurdu. Hasta bu şikayetlerle öncesinde Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurmuş ve hastaya B-laktam grubu antibiyotik ve NSAII verilmiş. Hasta 1 hafta boyunca verilen ilaçları kullanmış. Hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu.Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın muayenesinde vital bulguları stabildi. Her iki auricula kıkırdak kısmı kızarık, ödemli ve hassastı. Hastanın her iki gözünde kızarıklık mevcuttu. Hastanın sol ayak bileğinde ısı artışı, şişlik ve kızarıklık mevcuttu, inflamatuar artrit olarak kabul edildi. Gözünde kızarıklık olması nedeniyle göz hastalıkları konsültasyonu istendi. Göz hastalıkları tarafından yapılan oftalmolojik muayenesinde her iki gözünde panüveit olduğu tespit edildi. Hastanın hemogramında lökositozu mevcuttu. Hastanın rutin Biyokimya değerleri ve Tam idrar tetkiki normal sınırlardaydı. CRP değeri (52.65 mg /dl), Eritrosit sedimentasyon hızı (140 mm/h) normalden yüksekti.Romatoid faktör(RF), Anti nükleer antikor(ANA), Siklik sitrulinize peptit (CCP), Brusella blokan negatifti. AC grafisi normaldi. Ekokardiyolojik inceleme normaldi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Sonuç: TP; hedef antijenleri hala aydınlatılamamış, otoimmün bir hastalıktır. TP için Mc adam ve arkadaşları tarafından tanımlanan tanı kriterleri kullanılmaktadır. Tekrarlayan polikondrit tanı kriterleri(Mc Adam ve ark.):
• Bilateral kulak kepçesinde tekrarlayan polikondrit
• Non-eroziv,seronegatif,inflamatuar poliartrit
• Nazal kondrit
• Oküler inflamasyon(konjuktivit,sklerit ve/veya episklerit,keratit,üveit)
• Laringeal ve/veya trakeal kıkırdakların tutulduğu üst solunum yollarının kondriti
• Kohlear ve/veya vestibülerdisfonksiyon (sensörinöral işitme kaybı, tinnitus, vertigo)
3 ve üzeri kriter varlığında Tekrarlayan Polikondrit tanısı konulmaktadır. Bizim hastamızda her iki aurikulada kıkırdak yapı üzerinde kızarıklık, ısı artışı, ödem mevcuttu.Sol ayak bileğinde seronegatif,inflamatuar artiti olması ve yapılan göz muayenesinde bilateral panüveit tespit edilmesi ile hastaya Mc Adam kriterlerine göre tekrarlayan polikondrit tanısı konuldu. Auricular inflamasyon Tekrarlayan Polikondritin karakteristik bulgusudur ve tanı anında %96.1 oranında izlenir. İkinci sıklıkla izlenen semptom nasal kondrittir. Eklem tutulumu en sık metakarpofalengeal, proksimal interfalengeal ve diz eklemlerinde; non-eroziv; seronegatif; inflamatuvar ve poliartritik olarak izlenir.Göz tutulumu başlangıçta hastaların % 19'unda, hastalık seyrinde % 50'inde görülür. Periorbital ödem, tarsit, kemozis ve propitozis, kas felci gibi ekstraoküler tutulumlar görülür. Lokal veya diffüz episklerit, ön ve arka sklerit hastalık başlangıcında veya seyrinde ortaya çıkar. Keratit, korneada incelme ve erime nadir olarak görülebilir. İridosiklit, koryoretinit, retinal kanama ve retinal vaskülit görülebilir. Hastamızda göz muayenesinde bilateral panüveit saptanmış olup nadir görülen göz tutulumu bulgusudur. Tedavi verilmediği takdirde körlükle sonlanabilmektedir. Bu sebeple tekrarlayan polikondrit tanısı düşünülen hastalarda mutlaka göz konsültasyonu istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Göz tutulumu, Panüveit, Tekrarlayan Polikondrit

P-141 Ayak Ağrısı ile Başvuran Freiberg Hastalığı Olgusu

Hüseyin Kaplan[1], İsa Cüce[2]

[1]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Aksaray
[2]Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Adıyaman

Amaç: Freiberg hastalığı, ikinci veya üçüncü metatars başının avasküler nekrozu ile karakterize, kronik ilerleyici bir durumdur. Genellikle yaşamın ikinci veya üçüncü dekadında ortaya çıkar ve hastaların yaşam kalitesini ve aktivitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Etkilenen metatarsofalangeal (MTF) eklemde ağrı, şişlik ve tutukluğa neden olur. Erken tanı konservatif tedavilerin başarısı açısından önemlidir. Biz burada uzun süredir sol ayak ağrısı şikayeti olan ve Freiberg hastalığı tanısı konulan bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 34 yaşında kadın hasta 4 yıldır sol ayak 2.parmakta ağrı şikayeti ile başvurdu. Ağrısının hareketle arttığını ve ara ara eklem şişliğin eşlik ettiğini bildirdi. Öyküsünde travma, bilinen kronik hastalık veya ilaç kullanımı mevcut değildi. Ağrı şiddeti NRS (numerical rating scale) yöntemi ile 10 üzerinden 5 şiddetindeydi. Fizik muayenede; inspeksiyonda sol ayak ikinci MTF eklemde şişlik, palpasyonda hafif hassasiyet ve eklem hareket açıklığı değerlendirmesinde ağrı ve minimal kısıtlılık mevcuttu. Isı artışı veya kızarıklık saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) 22 mm/saat (1-23), C-reaktif protein (CRP) 4.3 mg/L (0-5), ürik asit 3.7 mg/dL (2-6.5), brucella negatif, antistreptolizin-O (ASO) seviyesi, romatoid faktör (RF) ve siklik sitrülinlenmiş peptit antikoru (anti-CCP) normal sınırlardaydı. Direk grafide; ikinci MTF eklemde osteodejeneratif değişiklikler, metatars başında santral rezorpsiyon mevcuttu. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sol ayak ikinci MTF eklem düzeyinde hafif effüzyon artışı ve ekleme komşu kemik yüzlerde osteodejeneratif değişiklikler saptandı. Hasta Smillie evrelemesine göre Freiberg hastalığı evre III olarak değerlendirildi ve konservatif tedavi başlandı.

Sonuç: Freiberg hastalığı adölesanlarda ve gençlerde metatarsaljinin en sık nedenidir. Bilateral tutulum çok nadirdir. Hastalığın etyolojisi belirsizdir ancak travma, tekrarlayan stres, bozulmuş vaskülarite ve sistemik bozuklukların sebep olabileceği ileri sürülmektedir. Erken tanıda MRG altın standart yöntemdir. Genel olarak, hastalığın her evresinde ilk olarak konservatif tedavi önerilmektedir. Konservatif tedavi; immobilizasyon, ağırlık azaltma, metatarsal ped, ayakkabı modifikasyonu, ortez ve steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçları içerir. Hastalığın erken evrelerinde konservatif tedaviye uzun süreli iyi yanıt alınır. Konservatif tedaviye yanıt alınamayan erken evre veya ileri evre vakalarda cerrahi tedavi uygulanır. Bu nedenle, izole MTF eklem ağrısı ile başvuran adölesan veya genç erişkin yaştaki hastalarda Freiberg hastalığı akla gelmeli ve erken dönemde uygun tedavi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Freiberg hastalığı, ayak ağrısı, ikinci metatarsofalangeal eklem

P-142 Dirençli Refleks Sempatik Distrofide Repetetif Transkraniyal Manyetik Stimulasyonun Etkinliği

Neytullah Turan, Mazlum Serdar Akaltun, Özlem Altındağ

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Refleks sempatik distrofi(RSD) etkilenen ekstemitede şiddetli ağrı, otonomik ve vazomotor fonksiyon bozukluğu, deri ve kemiklerin distrofik değişiklikleri ile karakterize bir semptomlar kompleksidir. Transkraniyal manyetik stimulasyon (TMS) serebral korteksin aralıklı tekrarlayıcı uyarımı yoluyla etki etmektedir. TMS cihazı kuvvetli bir manyetik alan oluşturur, bu manyetik alan belirli bir bölgede bir elektrik akımı indükler, böylece cihazın yerleştirildiği lokalizasyonda nöral şebekelerin uyarılması sağlanır.1 Tek atımlı TMS genellikle beyin işlevlerinin incelenmesinde, tekrarlayan TMS ise daha çok tedavi çalışmalarında kullanılmıştır. Bu vaka sunumu ile dirençli RSD nedeniyle takipli olgumuzda repetetif TMS' nin etkinliğini tartışmak istedik.

Olgu: 55 yaş kadın hasta sol üst ekstremitesinde şiddetli ağrı, renk değişikliği, ciltte distrofik değişiklikler ile başvurdu. 4 ay önce 3., 4. Ve 5. Falankslarda ve el bileğinde kırık öyküsü mevcuttu. Kırık sonrası 20 gün atele alınmış, atel çıkarıldıktan sonra dış merkezde 30 seans rehabilitasyon programına alınmış. Medikal tedavi olarak Non Steroid Antiİnflamatuar İlaç (naproksen 750 mg/gün), Tramadol tablet 100 mg/gün kullanan,kontrast banyosunu düzenli yapan hasta ağrılarının devam etmesi üzerine ek tedavi önerileri açısından tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın yapılan ayrıntılı kas iskelet sistemi muayenesinde el bileği dorsifleksiyonu aktif ve pasif 35 derece plantar fleksiyonu aktif 30 pasif 40 derece, 2. Parmak metakarpofalengeal(mkf) eklem fleksiyonu 40 derece, 3. Parmak mkf fleksiyonu 45 derece diğer eklem hareket açıklıkları tam idi. Hiperaljezi ve allodini mevcut idi. Hastanın başlangıç Vizüel Analog Skala (VAS) skoru: 8di. Tedavi öncesi LANSS(Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign):18 Dn4(Douleur Neuropathique 4 Questions)5, Beck depresyon 46 idi. Hastaya 2 hafta haftada 5 gün toplam on seans, presantral kortekse kontralateral olarak her seansta 20 dakika TMS tedavisi uygulandı. Tedavide 5Mhz frekans ve 1800 atım/20 dakika uygulandı. tedavi hemen sonrası ve tedavi bitiminden 6 hafta sonra kontroller yapıldı.Tedavi süresince kontrast banyo, nsaii ve tramadol'e devam edildi.

Sonuç: Medikal tedavi ve fizik tedavi modalitelerinden fayda görmeyen bu hastamızda tedavi sonrası ve 6. Hafta kontrollerinde lanss skoru, vas, dn4 ve beck depresyon ölçeğinde düzelmeler olan hastanın allodinisinde azalma gözlendi. Eklem hareket açıklıklarında minimal düzelme oldu. Rsd nedenli atrofik değişikliklerde ve yaygın ağrıda düzelme saptanmadı.kontrol x ray grafide osteoporoz yönünden iyileşme saptanmadı. Sonuç olarak fizyopatolojisinde santral hipersensitivite ve anormal sempatik aktivitenin de bulunduğu refleks sempatik distrofidetrankranyal manyetik stimülasyon yardımcı tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Refleks sempatik distrofi, RSD, transkraniyal manyetik stimulasyon, TMS

P-143 İzotretinoine Bağlı Gelişen Sakroiliitte Metil Prednizolona Dramatik Yanıt

Hatice Reşorlu[1], Sevilay Kılıç[2], Coşkun Zateri[1]

[1]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Çanakkale
[2]Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Sakroiliit başlıca spondilartropatilerde (SpA) görülür. SpA dışındaki nedenlerle oluşan sakroiliit çok daha az görülmektedir. Akne vulgaris tedavisinde kullanılan isotretinoin, etkili bir ilaçtır Ancak çoklu yan etkileri olması nedeniyle kullanımı seçilmiş hastalar ile sınırlıdır.Bu yazıda ise akne vulgarisli bir hastada, izotretinoin kullanımına bağlı gelişen yaygın ve şiddetli akut sakroiliit sunulmuştur. İzotretionin tedavisinin kesilmesine rağmen gerilemeyen sakroiliit, sistemik kortikosteroid tedavisine dramatik yanıt vermiştir.

Olgu: On dokuz yaşında erkek hasta şiddetli bel ve kalça ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 20 gün önce araba itme sonrası ani olarak başlamıştı ve giderek şiddetlenmişti. Hasta ağrıları nedeniyle hareket edemiyor ve yürüyemiyordu. Özgeçmişinde akne vulgaris tanısıyla isotretinoin tedavisi (1 ay 30 mg/gün-1.5 ay 40 mg/gün) aldığı öğrenildi. Ailesinde ve kendisinde romatizmal hastalık hikayesi yoktu. Fizik muayenede ağrı nedeniyle kalça hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. FABER, FADIR, Mennel ve Gansleen testleri pozitifti. Modifiye schober, göğüs ekspansiyonu, servikal lateral fleksiyon ölçümleri ve nörolojik muayenesi normal bulundu. Hasta VAS skorunu 10cm'lik skalada 10 olarak işaretledi. Hastanın tam kan sayımı, paratiroid hormon, troid stimülan hormon, D vitamini, üre, kreatinin, AST, ALT, ürik asit değerleri normal sınırlar içindeydi. Romatoid faktör, HLA-B27, hepatit markerları, HIV ve brusella aglütinasyon testleri negatifti. Sedimentasyon 48 mm/sa, CRP 7.31 mg/dl tespit edildi. Akciğer grafisi ve Lomber MR normaldi. Direk grafide, her iki sakroiliak eklem olağandı. Sakroiliak MRG'da, yaygın ve şiddetli bilateral sakroiliit görüldü. Hastada, tüberküloz ve maligniteyi ekarte etmek amacıyla kemik-eklem biopsisi yapıldı. Normal bulundu. Tüm veriler eşliğinde olgu; izotretinoin tedavisine sekonder gelişen akut sakroiliit olarak değerlendirildi. İzotretinoin kesildi. Hastaya diklofenak sodyum 150 mg/gün başlandı. Ancak hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı. Bunun üzerine intravenöz olarak 40 mg/gün dozda (5 gün) metil prednizolon tedavisi uygulandı. 4. dozdan sonra hastanın ayağa kalkıp yürümeye başladığı görüldü. 5. gün sonunda VAS skorunun 2'ye düştüğü gözlemlendi. Ardından tedaviye 150 mg/gün indometazin ile devam edildi.

Sonuç: İsotretinoinin tedavisi esnasında kas iskelet sistemine ait yan etkiler ortaya çıkabilir. Bunlardan en sık görüleni %1-10 oranla sırt ağrısıdır. Sakroiliit ise nadirdir. İsotretinoin kullanımı sonrası, yeni başlayan şiddetli ağrı olması ve bu ağrının ilacın kesilmesi ile kaybolması, diğer etyolojik nedenler ekarte edildiğinde tanıda yol gösterici olabilir. HLA-B27'si pozitif olan hastaların, isotretinoin kullanımına bağlı gelişen akut sakroiliit tablosuna daha yatkın olduğu bildirilmiştir. Etyopatogenezde öne sürülen hipotezler retinoidlerin: 1) Deterjan benzeri etki ile lipozomal membran yapısının değiştirmesi ve sinovyal hücrelerde dejenerasyona yatkınlığı artırması 2) Sitokin dengesini etkileyerek immün disfonksiyona neden olması, 3) Matriks metalloproteinaz-2'yi arttırarak sağlıklı eklem dokusu bazal membranındaki tip 4 kollajeni aşındırması 4) Hücre aracılı otoimmüniteyi tetiklemesi 5) Hücreleri travmaya bağlı oluşan hasara yatkın hale getirmesidir. Kas iskelet sistemi yakınmaları genellikle hafif ila orta derecede seyreder ancak bazen tedavinin kesilmesini gerektirebilir. Tedavisi sonlandırılan hastalarda ise semptomların birkaç hafta-birkaç ay içinde kaybolduğu bildirilmektedir. Bazen de hastamızda olduğu gibi, tedavi kesilse bile şikayetler devam edebilir. Bu olgularda nonsteroid antiinflamatuar grubu ilaçlar tedavide yeterliyken nadiren beraberinde sistemik glukokortikosteroidlerin kullanımı gerekebilir. Özetle; akne tedavisi için izotretinoin başlanan hastalar, kas iskelet sistemi yan etkileri açısından bilgilendirilmelidir. Sakroiliit geliştiğinde izotretioninin kesilmesi fayda sağlayabilir. Semptomları devam eden vakalarda, uygun doz ve süre glukokortikosteroid tedavisiyle akut sakroiliit sınırlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Akne, glukokortikosteroid, izotretionin, sakroiliit

P-144 Yanlışlıkla Romatoid Artrit Tanısı Almış Bir Enkondrom Olgusu

Hasan Ulusoy

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Enkondromlar kıkırdak kökenli benign kemik tümörleridir. Enkondromların %40-70'i el ve ayaktaki küçük kemiklerde bulunur ve çoğunlukla soliter lezyonlardır. Genellikle tesadüfen saptanan, ağrısız tümörlerdir. Bu vakada elde inflamatuar artriti taklit eden ve yanlışlıkla romatoid artrit olarak tedavi edilmiş bir enkondrom vakası sunulmaktadır.

Olgu: Yirmiiki yaşında bayan hasta sağ el 2. parmakta bir yıldır devam eden ve giderek artan ağrı ve şişlik yakınmasıyla geldi (Resim 1). Hasta bu yakınma nedeniyle son 3 aydır romatoid artrit tedavisi (sülfosalazin 2 gr/gün + prednisolon 5 mg/gün) almaktaydı. Ağrıları kısmen azalsa da şikayetleri devam ediyordu. Öyküde sağ el 2. parmak dışında diğer eklemlerinde ağrı ve şişme yoktu. Bel ağrısı ve topuk ağrısı tariflemiyordu. Romatolojik sorgulamada kollagen doku hastalığı lehinde bir ipucu yoktu. Yine kendisinde ve akrabalarında psöriazis, inflamatuar bağırsak hastalığı ve spondiloartropati öyküsü yoktu. Parmaktaki şişme öncesinde bir travma hatırlamıyordu. Sistemik muayenede akciğer ve kalp sesleri normal, hepatosplenomegali ve lenfadenopati yoktu. Herhangi bir cilt lezyonu görülmedi. Lokomotor sistem muayenesinde sağ el 2. parmak proksimal interfalangeal eklemde füziform şişlik dışında bir bulgu yoktu. Laboratuar değerlendirmede eritrosit sedimentasyon hızı 4 mm/saat, C-reaktif protein 0.1 mg/L (normal:0-0.5), otoantikorlar (romatoid faktör, anti-siklik sitrüllinli peptid antikoru, anti-nükleer antikor) negatifti. Rutin biyokimya, idrar analizi ve hemogram değerleri normal sınırlardaydı. Kan kalsiyum, alkalen fosfataz ve parathormon değerleri normaldi. El grafisinde sağ el 2. parmak proksimal falanksta kemikte ekspansiyona neden olan sklerotik lezyon ve yumuşak dokuda şişlik vardı (Resim 2). Eklem aralıkları doğaldı ve erozyon yoktu. Manyetik rezonans görüntülemede proksimal falanksta ekspansiyona neden olan, T1 ve T2 sekanslarda hipointens, sınırları net olarak seçilemeyen kitle imajı enkondrom ile uyumlu olarak raporlandı. Tesadüfen saptanmayan, lezyona bağlı ağrı ile presente olan enkondromlarda malign dönüşüm (kondrosarkam) riski de olduğu bilindiğinden hasta ortopedik onkolojiye yönlendirildi.

Sonuç: Küçük el eklemlerinde gelişen ağrılı füziform şişlikler romatoid artrit başta olmak üzere inflamatuar artritlerin bir göstergesidir. Ancak enkondrom gibi kemik tümörleri de el eklemlerinde ağrılı füziform şişliklere neden olabilir. Bu nedenle artrit tanısı konulan her hastada başlangıçta ve belirli aralıklarla, tutulan eklemlerin radyografik olarak değerlendirilmesi tanıyı desteklemede ve hata riskini azaltmada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Enkondrom, kemik tümörü, romatoid artrit

P-145 Kanat Skapula Nedenlerinden Biri; Fasio-Skapulo-Humeral Distrofi: Bir Olgu Sunumu

Özge Gülsüm İlleez, Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş

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

Giriş: Musküler distrofiler kalıtımsal özellik gösteren ilerleyici miyopatik bozukluklardır. Kasların normal fonksiyon göstermesi için gerekli olan genlerin defekti sonucu ortaya çıkarlar. Fasio-Skapulo-Humeral Distrofi (FSHD) 3. en sık musküler distrofidir. Tipik olarak otozomal dominant geçiş göstermekle birlikte karmaşık bir genetik ve epigenetik alt yapıya sahiptir. Genetik çalışmalarla 4q35 kromozomu üstünde D4Z4 lokusunda delesyon tanımlanmıştır. Ancak literatürde çok az sayıda sporadik vaka da bildirilmiştir. Temel bulgu kas güçsüzlüğüdür. Başlangıçta yüz kasları, omuz kuşağı ve üst kol kasları tutulurken, ilerleyen dönemlerde gövde ve alt ekstremite kasları da etkilenebilir. Kas güçsüzlüğü sıklıkla asimetrik ve yavaş ilerleyen karakterdedir. Çocukluktan erişkinliğe her yaşta görülebilmesine rağmen, genellikle 2. dekatta başlar. Hastalığın şiddeti ve klinik seyri aile bireylerinde bile farklılık gösterebilir. En sık görülen başlangıç bulgusu kanat skapula oluşumudur. Bazı hastalarda sadece sınırlı-hafif bulgular görülürken, bazı hastalar ise genç yaşta tekerlekli iskemleye bağımlı hale gelebilir. Yaşam süresi çoğunlukla etkilenmemektedir.

Olgu: 40 yaşında, erkek hasta polikliniğe boyun-omuzlarda ağrı, sağ kolu daha fazla olmak üzere kollarını kaldırmakta güçlük şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 5 yıldır mevcuttu. Hastanın ilk farkettiği bulgu sağ omuz hareketleri sırasında belirginleşen kanat skapula görünümüydü. Sağ kolu belirgin olmak üzere kollarını kaldırmadaki güçlüğü yavaş yavaş ilerlemiş, artık tek başına üst kıyafetlerini giyemez hale gelmişti. Anne-baba arasında akraba evliliği ve ailede benzer şikayetlere sahip kişi yoktu. Muayenesinde sağ omuzda aktif fleksiyon-abduksiyon 45 derece, sol omuzda 90 dereceydi. Yüzünde göz seviyesi altındaki kaslarda atrofiye bağlı tipik yüz görünümü (donuk) ve üfleme ve ıslık çalmada yetersizlik mevcuttu. Kalça kuşağı kaslarında ağrı, güçsüzlük, yürümede zorluk yoktu. Laboratuvar tahlilerinde kreatinin kinazda hafif düzeyde yükseklik dışında patolojik bulgu yoktu. Bilateral omuz magnetik rezonans görüntülemede rotator kuf kaslarında patoloji saptanmadı. EMG istenen hastada; sağda belirgin olmak üzere üst ekstremitelerde yaygın myopatik MÜP'ler görüldü. Klinik bulgular eşliğinde hastada FSHD düşünüldü. Fizik tedavi programına ve yakın takibe alındı.

Sonuç: FSHD; kanat skapula ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken ön tanılardan biridir. Özellikle yüz, omuz ve üst kol kaslarında yavaş ilerleyen güçsüzlük yakınması olan, aile öyküsü bulunan hastalarda ileri değerlendirme yapılmalıdır. Kesin bir tedavisi olmamakla birlikte yaşam kalitesini artırmak amaçlı kişisel egzersiz programları düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fasio-Skapulo-Humeral Distrofi, kanat skapula, miyopati

P-146 Acute Compartment Syndrome in a Bodybuilder Using Anabolic-Androgenic Steroids: Case Report

Aylin Ayyıldız, Beril Doğu, Merve Günerli, Figen Yılmaz, Banu Kuran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Objective: In sportsmens, Anabolic-Androgenic Steroids administration is a problem that needs attention. Frequency of compartment syndrome increases in athletes due to overuse and exercise, Anabolic-Androgenic steroid use also increases the frequency. Use of anabolic-androgenic steroids could cause both short and long term side effect. One of these side effects is rhabdomyolysis which is cause to compartment syndrome. Anabolic-Androgenic Steroids cause compartment syndrome, both through rhabdomyolysis and with direct effect of hypopotasemmia and also rhabdomyolitic effect of hypopotassemia. With formation of compartment syndrome, muscle and nerve damages may be observed.

Case: 34 year-old healthy male bodybuilder using anabolic steroids who presented in emergency department with hypopotassemia and drop foot without any trauma. While potassium replacement, patient's leg swollen and pain with passive movement, inability to dorsiflex of foot,decreased toe extension. The day prior to his presentation, patient has fatique after exhausting exercise and he tought it was typical post exercise muscle soreness. He has no trauma in history. Left crural magnetic resonance imaging did demonstrate "The left tibialis showed an intra-muscular edema and mild mass effect on the tibialis anterior muscle. Isolated diffuse inflammation in the tibialis anterior muscle is consistent with myositis. Fluid collection was observed in the anterior section. In the muscle T1A and T2A series, iso-hyperintense signal changes were observed. Compatible with inflammation-intramuscular hematoma". In Laboratory finding, creatinine kinase level is 11700 U/l. Electrodiagnostic studies demonstrated "Left Tibialis Anterior Muscle is fibrotic and left deep branches of Peroneal nerve has full axonal damages." The patient was diagnosed with acute compartment syndrome of anterior compartment of left leg with rhabdomyolysis. In treatment, left peroneal nerve exploration was done and suggest rest and hydration.
After a while, patient is internated to our physical medicine and rehabilitation clinic. In our physical examination, manuel muscle testing revealed in left M. Tibialis Anterior is 1/5, Left M. Extensor Hallucis Longus is 1/5 and left M. Peroneus longus is 2/5. In left deep peroneal nerve sensorial line, with painful stimulation and light touching sensation was decreased. Initial therapy focused on passive range of motion strectching exercises of ankle especially to dorsiflexion and the lower extremity muscle strengthening. The patient rehabilitation process included 5 session per week and also functional electrical stimulation to M.Tibialis anterior and M.Extensor hallucis longus is performed. After 1 month treatment, patient externated and continued with outpatient therapy. In discharge, Muscle strength of M. Tibialis anterior, m. Extensor hallucis longus and peroneus longus increased as 1 grade.

Conclusion: Absence of any trauma, compartment syndrome could be seen due to exercise and rhabdomyolysis. It should be kept in mind that the use of anabolic androgenic steroids in athletes may cause atraumatic compartment syndrome.

Keywords: Androgenic agents, compartment syndromes, hypopotassemia

P-147 İdiyopatik Lumbosakral Nöropati Sendromu: Olgu Sunumu

Aylin Ayyıldız, Beril Doğu, Selda Çiftci, Figen Yılmaz, Banu Kuran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Amaç: Idiyopatik lumbosakral radikülopleksus nöropatisi; travma, kitle etkisi veya diyabetik komplikasyonlar olmadan gözlenen lumbal ve/veya sakral pleksustan kaynaklanan sinir hasarı ile karakterize bir hastalıktır. Klinikte akut olarak başlayan şiddetli bacak ağrısı ile karakterize olup, ilerleyen dönemlerde kas gücü ve kitlesinde azalma, sensoriyel kayıplar gözlenebilir. Prevalansı bilinmemekle birlikte brakial pleksopatilerden daha az sıklıkta görülmektedir. Etyolojide; travma, doğum, kalça cerrahisi, retroperitoneal hematom veya abse, metastatik kanserlerin oluşturduğu bası etkisi, radyasyona bağlı sinir hasarı, diyabetes mellitus veya paraneoplastik sendromlar sayılabilirken; bu nedenlerin hiçbiri olmadan idiyopatik olarak da gözlenebilir. Tanı klinik ve etkilenen sinirlerin elektrofizyolojik olarak değerlendirilmesi ile konur. Ayrıca Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tanıya yardımcı olabilir. Burada sağ uylukta şiddetli ağrı yakınması ile polikliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler sonucunda idiyopatik femoral sinir tutulumlu lumbosakral nörit tanısı konan olgumuzun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu: Öncesinde bilinen kronik hastalığı olmayan 47 yaşında erkek hasta, 2 aydır sağ kasıktan sağ diz ön yüze kadar yayılan ağrısı yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Hasta ağrısını görsel ağrı skalasına (GAS) göre hareketle 9, istirahatte 5, gece ise 5 olarak tarifliyordu. Yürüme mesafesi yaklaşık 20 metreydi. Hastanın tarafımızca yapılan fizik muayenesinde; lomber bölge eklem hareket açıklığı değerlendirmesinde ekstansiyon ve sağ lateral fleksiyon minimal kısıtlıydı ve sağ bacağa yayılım gösteren ağrısı mevcuttu. Bilateral paravertebral kas spazmı tespit edildi. Sağ bacakta femoral germe testi pozitifti. Kas gücü değerlendirmesinde; sağ kalça fleksiyonu: 3/5; diz ekstansiyonu: 3/5, diğer kas güçleri tamdı. Patella refleksi sağda hipoaktif, solda normoaktiftir. Hafif dokunma ve ağrı testi ile yapılan duyu değerlendirmesinde uyluk anterior yüzü, L4 dermatom alanında allodini tespit edilirken hipoestezi saptanmadı.
Hastanın lomber MRG'inde L4-L5 disk seviyesinde sağ nöral foramen düzeyinde psoas kası komşuluğuna kadar uzanan perinöral sahalarda ve foraminal düzeyde kontrast tutulum paterni ve ödemli görünüm izlenmiş olup, nörit ile uyumlu olarak saptandı. Yapılan EMG sonucunda " Sağ M.vastus lateralis ve M.rektus femoris kaslarında istirahatte yoğun denervasyon potansiyelleri gözlenirken istemli kası ile sağ M.vastus lateralis, M.rektus femoris ve M. İliopsoas kaslarında değişen derecelerde yüksek amplitüdlü, uzun süreli, polifazik MUP'ler ile seyrelmeler izlendi. Bu bulgular sağda L2-L3-L4 segment innervasyonlu kaslarda akut-subakut vasıflı nörojen tutulum ile uyumlu olarak bulundu. MR nörografi sonucunda ise; sağ L4 sinir etrafında periferik T2 hiperintens ödem alanları mevcut olup nörit tanısı doğrulandı.
Medikal tedavide maksimum dozda tramadol kullanmasına rağmen ağrısı devam eden hastaya 60 mg/gün metilprednizolon başlandı. 7 gün boyunca 60mg/gün kullanıldıktan sonra doz azaltılarak kesildi. Hastayı osteoporozdan koruma amacıyla D vitamini ve kalsiyum replasmanı yapıldı. Steroid tedavisi sırasında tramadol dozu azaltıldı. Hastanın ağrıları azaldıktan sonra kalça ve diz çevresi kaslar için izometrik, germe ve eklem hareket açıklığı egzersizleri, alt ekstremite kas güçlendirme egzersizleri, denge ve kor stabilizasyon egzersizleri verildi. Hastanın taburculuk sırasında GAS değerlendirmesinde hareketle 5, istirahatte 2 ve gece 3 olarak tespit edildi.

Sonuç: İdiopatik lumbosakral nöropati; şiddetli ağrı ve kas güçsüzlüğüne neden olan altta herhangi bir patolojinin rol oynamadığı bir lumbosakral pleksus hastalığıdır. Lomber disk hernisi ayırıcı tanısında akla gelmeli, hastalar ani başlayan semptomlar nedeniyle acil opere edilmekten kaçınılmalı ve öncesinde elektromiyografi ve MRG nörografi ile tanısı doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Femoral nöropati, nöritis, pelvik ağrı

P-148 Dermatomiyozitli Hastada Kaposi Sarkomu Gelişimi, Koinsidans mı? Komplikasyon mu? : Olgu Sunumu

Nesrin Şen[1], Sema Kılıç[2], Mehmet Engin Tezcan[1]

[1]Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Dermatomiyozit, progresif proksimal kas güçsüzlüğü ve özgül deri bulgularıyla karakterize idiyopatik inflamatuvar bir miyopatidir. İdiyopatik miyozitler ile kanser ilişkisi iyi bilinmekle birlikte, özellikle dermatomiyozitli hastalar eşlik eden malignite açısından en yüksek riske sahiptir. En sık rastlanan maligniteler over, akciğer, meme, mide ve kolorektal tümörlerdir. Kaposi sarkomu (KS) ilk defa 1872 yılında, Moritz Kaposi tarafından, "derinin idiyopatik, multipl, pigmente hemorajik sarkomu" adıyla anılmıştır. Kaposi sarkomunun prezentasyonları, epidemiyolojileri ve prognozları farklı olan sporadik, endemik, immünsupresyon ve AIDS'e bağlı olarak gelişen dört subtipi vardır. Bu yazıda dermatomiyozit tanısıyla immunsupresif tedavi alan hastada gelişen kaposi sarkomu gelişen olgu sunulmuştur.

Olgu: 49 yaşında bayan hasta yaklaşık 1 yıldır süren halsizlik ve yaygın vücut ağrısı ile başvurdu. Fizik muayenede, yüzde özellikle periorbital bölge olmak üzere yaygın eritemli,ödemli görünüm mevcuttu. Ön boyun ve göğüs üst tarafında eritemli görünüm (V belirtisi) ve el interfalangial eklemlerde papüler görünüm (Gottron papülleri) mevcuttu. Üst ve alt ekstremitede özellikle proksimal kaslarda güçsüzlük (3/5) tespit edildi. Hastanın laboratuar bulgularında serum CK, ALT, AST, LDH seviyeleri normal sınırlardaydı. ESH 65 mm/st CRP normal sınrlardaydı. ANA ve ENA profili negatifti. Yapılan EMG tetkikinde miyopati ile uyumlu bulgular ve kas biyopsisinde miyopatiyle uyumlu bulgular tespit edilmesi üzerine Dermatomiyozit tanısı konuldu. Malignite tarama amaçlı çekilen Toraks BT, meme muayenesi ve jinekolojik muayenesi normal idi. Hastaya 64 mgr metilprednizolon ve 15 mgr/hf metotreksat tedavisi başlandı. Bir ay sonra kontrolde hasta ağrı yakınmasında azalma olduğunu bildirdi. Hastanın proksimal kaslarda kas gücü 4/5 seviyesindeydi. CK seviyesi normal sınırlardaydı. Hastanın takiplerinde metilprednizolon dozu yavaş yavaş azaltılıyordu. Tedavinin birinci yılında karın cildi üzerinde nodüler kırmızı renkli lezyonlar gelişti. Cilt biyopsisinde kaposi sarkomu ile uyumlu bulgular gözlendi.Dermatoloji hekimi tarfından kortikosteroid ve metotreksat kesilmesi önerilmesine rağmen dermatomiyozitin aktive olmaması için kortikosteroid kesildi. Metotreksat tedavisi devam ediyor. Cilt lezyonlarında gerileme saptanan hasta takip edilmektedir.

Sonuç: Dermatomiyozit ile çeşitli kanser türlerinin birlikteliği pek çok epidemiyolojik araştırmada gösterilmiştir. Bu çalışmalarda DM'li hastalarda malignite riskinin genel populasyona göre 3-6 kat arttığı ve görülme sıklığının %6-60 arasında değiştiği saptanmıştır. Dermatomiyozit ile en sık birliktelik gösteren maligniteler over, akciğer, meme, mide, pankreas, kolorektal kanser ve Hodgkin dışı lenfomadır. Kaposi Sarkomu ise çeşitli hastalıklar için uygulanan immünsupresif tedavi sırasında geliştiğini bildiren çok sayıda yayın bulunmaktadır. KS, sistemik lupus eritematoz, dermatomiyozit ve idiopatik trombositopenik purpurada azatioprin ve kortikosteroidlerle immünsupresif tedavi sırasında, organ transplantlarında özellikle de renal transplantlarda malignensiye karşı konağın immün savunmasını bozan uzamış immünsupresyon nedeniyle ortaya çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, immün supresyon, kaposi sarkomu

P-149 Karpal Tünel Cerrahisi Sonrası Akut Dönemde Gelişen Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu ve Steroide Dramatik Yanıtı

Başak Mansız Kaplan, Barış Nacır, Cevriye Mülkoğlu, Seçil Pervane Vural, Hakan Genç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara

Amaç: Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) miyokard enfarktüsü, hemipleji ya da sıklıkla cerrahi ve travma sonrası gelişebilir. El cerrahisi sonrası insidansı %5,5-26,2 arasındadır. KBAS ağrılı klinik bir tablodur ve etkilenen ekstremitede sempatik, duyusal, motor ve trofik değişikliklere neden olur. Bu sunulan olguda cerrahi sonrası hemen gelişmiş KBAS olgusu ve steroide olan dramatik yanıtı paylaşılacak.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta. Sağ elinde son üç aydır hissettiği uyuşma şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Ev hanımı olan hastanın sol eli dominanttı. Bilateral tinel ve phalen testi pozitif olan hasta nörofizyoloji laboratuvarına yönlendirildi. Yapılan elektronöromiyografide sağ median sinirde bileşik kas aksiyon potansiyeli ve duyu aksiyon potansiyeli elde edilemedi ve sol median sinir duyusal iletim hızı yavaşlamış, motor distal latansı uzamış bulundu. Sağ elde ağır karpal tünel sendromu tanısı ile cerrahi planlandı. Açık karpal tünel serbestleştirme operasyonu yapılan hastada cerrahi sonrası ilk 24 saatte sağ elde şişlik ve şiddetli ağrı gelişmesi üzerine bize konsülte edildi. Yapılan muayenede sağ el sıcak ve şişti. Mekanik ve termal hiperaljezi ve allodini saptandı. Kas gücü kaybı yoktu. Hastaya KBAS tanısı koyularak tedavisi düzenlendi. Prednizolon toplam 20 mg ve sıcak ve şiş elde daha çok tercih edilen pregabalin günde 2 kez 75 mg başlandı. 2 gün sonra yapılan kontrol vizitinde hastanın şişliğinin geçtiği, nöropatik yakınmalarının gerilediği görüldü.

Sonuç: Karpal tünel gevşetme operasyonu sonrası KBAS en erken 1-3 haftada gelişmektedir. Bizim olgudaki gibi çok erken dönemde de gelişebilir ve steroid ile kontrol altına alınabilir.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, Kompleks bölgesel ağrı sendromu, steroid

P-150 Nadir Diz Eklemi Benign Kitlelerinden Lipoma Arboresans Olgu Sunumu

Burcu Özaltun[1], Gülsüm Zeynep Fatma Yavuz[2], Gözde Çakıroğlu[3], Emine Dede[2], Sami Hizmetli[2]

[1]Anamur Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Mersin
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Sivas
[3]Bor Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Niğde

Amaç: Lipoma arboresans, genellikle diz ekleminin suprapatellar kesesini tutan, sinovyumun villöz lipomatöz proliferasyonu ile karakterize kronik eklem içi lezyondur. Belirtiler yavaş yavaş ilerleyen şişlik, zaman zaman effüzyon ile beraber ağrılarda artış, eklem hareketinde kısıtlılık şeklinde olup eklem içi kitlelerin nadir bir nedenidir. 2 tipi bulunmaktadır. Birincil idiyopatik tip daha nadir olup genç yaş grubunda görülür. Eritrosit sedimantasyon hızı, romatoid faktör ve ürik asit seviyeleri gibi laboratuvar testleri normaldir. Daha yaygın ikincil tip, altta yatan kronik irritasyonla ilişkili sinovyal lipomatöz lezyon olarak tanımlanır. Dejeneratif hastalık, travma, menisküs yaralanması veya sinovit sonrası olup genellikle yaşlı hastalarda görülür. Biz de dizin nadir görülen bu benign lezyonunun ikincil tipine örnek bir olgu sunmayı amaçladık.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta yaklaşık 4 yıl önce sol diz ağrısı, son 6 aydır da sol dizde ara ara şişlik şikayeti oluyormuş. Yaklaşık 3 yıl önce çekilen manyetik rezonans (MR) görüntülemede meniskopati tanısı konularak fizik tedavi almış ve 3 kez Platelet zengin plazma uygulaması yapılmış, şikayetleri gerilemiş. 6 ay önce sol dizde ağrı ve şişlik olması nedeni ile baker kist boşaltılmış, steroid enjeksiyonu ve pes anserin bursit enjeksiyonu sonrası fizik tedavi uygulaması yapılmış. Sonrasında intraartiküler hyalüronik asit enjeksiyonu yapılmış. Şikayetleri gerileyen hasta 1 ay önce sol diz ağrısı ve şişlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Ağrısı hareketle artıyormuş, gece ağrısı olmuyormuş ve sabah tutukluğu 15 dk sürüyormuş. Yapılan fizik muyanenesinde minimal ısı artışı mevcuttu. Sol diz fleksiyon aktif 90 pasif 100 derece ve ağrılıydı. Patellar öğütme testi, krepitasyon pozitif ve patellar ballotman testi negatifdi. Mc Murray testi, Apley kompresyon testi ve Apley traksiyon testi negatif saptandı. Hastadan 2 yönlü diz grafisi, MR, CRP, sedimentasyon, hemogram, biyokimya değerlendirildi. Kan parametreleri normal değerlerdeydi. Grafide grade 2 gonartroz saptandı. 3 yıl önce yapılan MR görüntülemesi meniskopati olarak değerlendirildi. Yeni çekilen MR görüntülemesi dejeneratif değişikliklere ek olarak suprapatellar fossada sinovyumun yağ ile izointens villonodüler uzanımları dikkati çekmiş olup lipoma arborescens lehine yorumlandı.

Sonuç: Lipoma arboresans, uzun süre devam eden ve aralıklı efüzyonlara eşlik eden eklem içi kitlelerin benign karakterli nadir bir nedenidir. Uzun süre devam eden, konservatif tedavilerle gerilemeyen diz eklemi ağrı ve şişliklerinde göz önünde bulundurulup MR ile değerlendirilmesi ayırıcı tanı açısından faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Uzun süreli tekrarlayıcı şişlik ve ağrı, konservatif tedavi ile gerilememe, benign-nadir diz kitlesi, lipoma arboresans

P-151 Nadir Bir Lezyon: Asetabulumun İntraosseöz Ganglion Kisti

Fahrettin Bostancı, Sami Hizmetli

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Kalça ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvuran ve kliniğimizde takip edilen asetabulumun intraosseoz ganglion kisti tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık. 74 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol kalça ağrısıyla başvurdu. İnguinal bölge ve sol uyluk ön yüzüne yayılan ağrısı da mevcut olan hastanın fizik muayenesinde sol torakanter majör üstü bölgesi palpasyonla minimal ağrılıydı. Eklem hareket açıklığı muayenesinde sol kalça fleksiyon ve abduksiyonu açık minimal ağrılı diğer yönlere açık ağrısızdı. FABER testi solda pozitif, FADIR ve sakroiliak kompresyon testi negatifti. Verilen nonsteroid antiinflamatuvar tedavi ve fizik tedavi ile belirgin rahatlaması olmayan hastadan istenen sol kalça MRI sonucunda hastaya asetabulumun intraossesöz gangliyon kisti tanısı kondu. Patoloji semptomatik devam ettiğinden ve juksta-artiküler olduğundan hasta cerrahi açıdan değerlendirilmek üzere ortopediye yönlendirildi. İntraossöz ganglion, sıklıkla bir eklemin bitişiğindeki subkondral kemiğin içinde yer alan ve mukoid değişimli fibröz doku içeren benign kistik bir lezyondur. Genelde asemptomatik olup, eklemlerle ilişkili olanlarda en belirgin semptom egzersizler artan ağrıdır. Eklem ağrısıyla başvuran hastalarda nadir de görülse ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken tanılardandır.

Anahtar Kelimeler: İntraosseoz ganglion kisti, asetabulum, kalça ağrısı

P-152 Bariyatrik Cerrahi Sonrası Düşük Ayak Gelişen Hasta

Halime Kibar

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Bariyatrik cerrahi son yıllarda popüler olan ve tercih edilen bir obezite tedavi yöntemidir. Ancak vaka sayıları arttıkça, literatürde opere olan hastaların takiplerinde karşılaştıkları komplikasyonlar bildirilmeye başlamıştır. Nörolojik komplikasyonlardan birisi de düşük ayak olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada bariyatrik cerrahi sonrası düşük ayak sebebiyle opere edilen bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 23 yaşında erkek hasta sol ayakta güçsüzlük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde 8 ay önce Fırat Üniversitesi'nde mide küçültme operasyonu geçirdiği öğrenildi. Operasyondan sonra 6 ay içinde yaklaşık 80 kilo veren hastanın, 6. ayda aniden sol ayağında güçsüzlük ve duyu kaybı oluşmuştu. Beyin cerrahi polikliniğine başvuran hastanın kas gücü ayak bileği ekstensörlerinde 0/5 olarak değerlendirilmişti. Elektronöromiyografik (ENMG) tetkik ile değerlendirilen hastada sol peroneal nöropati tesbit edilmiş, hasta 1 ay sonra Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sol fibula başı düzeyinde peroneal sinir dekompresyonu operasyonu geçirmişti. Dekompresyondan 1 ay sonra polikliniğimizde değerlendirilen hastanın sol ayak bileği ekstensör kas gücü 3/5 olarak değerlendirildi. Hastanın painDetect nöropatik ağrı skoru 21 olarak hesaplandı. Hastaya ayak bileği dorsifleksiyon desteği için ortez reçete edildi. Ayak bileği için egzersiz ve elektrik stimülasyon programı başlatıldı. B12 vitamin desteği ve pregabalin reçete edildi. Hasta poliklinik takibe alınarak kontrole çağırıldı.

Sonuç: Peroneal sinirin fibula başı arkasında tuzaklanması alt ekstremite tuzak nöropatilerinin en sık sebebidir. Düşük ayak en belirgin semptomdur. En sık neden sinire bası oluşturan patolojiler olsa da hızlı kilo kaybı sebepler arasındadır. Literatürde bariyatrik cerrahi sonrası düşük ayak gelişmesinin kısa sürede verilen kilo kaybı ile korele olduğu bildirilmiş, besin desteğinin cerrahi dekompresyona gerek olmadan tedavi seçeneği olabileceği vurgulanmıştır. Daha önce başka bir hastamızda da bariyatrik cerrahi sonrası düşük ayak gelişmiş, hasta disk hernisi düşünülerek opere edilmek üzereyken ENMG ile peroneal sinir tuzaklanması teşhisi konmuştu. Hastanın semptomları besin desteği, ayak bileği ortezi ve fizik tedavi programıyla gerilemişti. Hekimlerde bu komplikasyon konusunda farkındalık oluşması ve multidisipliner yaklaşımla hastalarda cerrahi ihtiyacı azalabilir.

Anahtar Kelimeler: Bariyatrik cerrahi, düşük ayak, peroneal nöropati

P-153 Neural Therapy Treatment of Acute Unilateral Bell's Palsy: A Case Report

Sena Tolu, Aylin Rezvani, Demet Uçar

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Medipol University Faculty of Medicine, Istanbul, Turkey

Objective: Bell's palsy is an idiopathic, acute peripheral palsy of the facial nerve presenting as an acute paralysis of the face. 70-90% of patients recover completely by itself or by using an early start corticosteroid and antiviral agent treatment. The rest of the patients have varying degrees of neurologic sequelae. Depending on the patient's comorbidities, physicians need a safe and effective complementary therapy option. Neural therapy (NT) is a regulating therapy using local anesthetics for diagnosis and treatment including local intradermal injections, spinal segmental intradermal injections and ganglion injections. NT is a form of treatment made using the body's own neuro-vegetative system. We present the case of a 59-year old male treated with NT in the acute phase of Bell's palsy, in addition to medical and physical therapy, and showed total and rapid recovery in approximately one month.

Case: A 59-year-old man presented to our clinics with weakness on the left side of his face. His initial symptom was the difficulty closing his left eye. He noted trouble with his mouth, biting his bottom lip while eating with a crooked smile. He reported no history of recent infection and trauma. He had no vesicles around the auditory canal. His cranial MRI report showed no abnormalities. His blood tests were also in normal limit. Serological tests for syphilis, Lyme and EBV Ig M were all negative. He was diagnosed with Bell's palsy. He was examined by a neurologist and prescribed oral steroid within 72 hours of the onset of the patient's Bell's palsy. Due to the incomplete recovery of his symptoms end of the corticosteroid treatment, he was referred to a specialist of PM&R. Upon examination, the patient was able to close his eye and raise his eyebrow with difficulty; and his lip was drooping on the left side, coinciding with a House-Brackmann score of IV. The patient's other cranial nerves and cerebellar tests were bilaterally intact. A physical therapy program for a total of 30 sessions was performed but no clinical improvement was provided. NT approach was planned. A 0.5% procaine solution was prepared with saline. A total of six sessions were held two days a week for three weeks. Intradermal segmental injections were performed from C1 to Th8 for each spinous process and 2 cm laterally on the affected side. Mastoid, lymph belt, points that are located in front and behind the ear, exit points of trigeminal nerve were local intradermal injection regions. Injections were also made to the vaccination scar on his left arm and umbilicus. End of the six sessions, the patient's House-Brackmann score was grade 1 which describes normal facial function in all areas. No change has been observed during his follow-up visits.

Conclusion: Neural therapy is a safe and effective complementary therapy for the acute management of Bell's palsy. Future placebo-control studies would be needed to assess whether neural therapy has a significant additive or synergistic effect for complete recovery of patients with Bell's palsy.

Keywords: Bell's palsy, neural therapy, corticosteroid, physical therapy

P-154 Anti-Sentetaz Sendromu: Olgu Sunumu

Öznur Kutluk, İlhan Sezer

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Antalya

Amaç: Dermatomyozit/polimyozitli hastaların yaklaşık %30 kadarı 'anti-sentetaz sendromu' nun klinik bulgularına sahiptir. Bu bulgular göreceli akut hastalık başlangıcı, ateş, kilo kaybı, miyozit, raynaud fenomeni, makinist eli, artrit ve interstisyel akciğer hastalığını (iAH) içerir. Biz de burada daha önceden bağ doku ve spondiloartrit ön tanısı ile izlenen sonrasında ise anti-sentetaz sendromu klinik ve laboratuvar bulgularıyla başvuran bir hastayı sunmak istedik.

Olgu: Sjögren+spondiloartrit ile izlenen 43 yaşında erkek hasta takibinin ikinci yılında kilo kaybı, progresif proksimal kas güçsüzlüğü, dispne, ellerde ödem/şişlik, raynaud sendromu ve ellerde artrit şikayeti ile geldi. Kişi destekli kısa mesafe ambule olabilen hastanın, yapılan muayenede her iki üst ekstremite proksimal kas gücü 2/5, alt ekstremite proksimal kas gücü 3/5 idi. Her iki el dorsumunda dıffuz yumuşak doku ödemi, her iki el metakarpofalangeal ve proksımal interfalangeal eklemlerde artriti, raynaud fenomeni olan hastanın servikal ve aksiller bölgede lenfadenopatileri mevcuttu. Hastanın yapılan tetkiklerinde kas enzimleri ve karaciğer fonksiyon testleri yüksekti, daha önce yapılan otoantikor testlerinde ANA + SS-A+ olan hastanın otoantikor testleri tekrarlandı. ANA 1/100 Granüler +, Anti-Jo-1 +, SS-A +, RO 52 +'di. Çekilen yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisinde ınterstısyel akciğer hastalığı ile uyumlu tutulum ve mediastende lenf nodları saptandı. Miyozit, raynaud fenomeni, ellerde diffuz ödem, artrit ve interstisyel akciğer hastalığı ve Anti-Jo 1 +' liği olan hasta anti-sentetaz sendromu olarak değerlendirildi ve lenfadenopatileri olması nedeniyle malignite araştırmak ve biyopsi için lenf nodu lokalizasyonu belirlemek amacıyla Pozitron emisyon tomografisi (Pet-Bt) çekildi. Pet-Bt' de aksiller ve pelvik bölgede patolojik lenf nodu tutulumları olan hastadan aksiller lenf nodu biyopsisi yapıldı. Hastanın lenf nodu biyopsi sonucu reaktif olarak yorumlandı. Hastanın yapılan EMG'si miyopati ile uyumlu, çekilen alt ekstremite MR'ında ise pelvik kuşak kaslarında miyozit ile uyumlu sinyal değişiklikleri saptandı. Hastaya 1mg/kg/gün prednısolon başlandı. Tedavi sonrasında kas güçsüzlüğü gerileyen kas enzim düzeyleri düşen hastaya interstisyel akciğer hastalığına yönelik ımmunsupresif tedavisi planlandı.

Sonuç: Anti-sentetaz sendromlu hastalarda aminoaçil-tRNA sentetaz enzimlerine karşı antikorlar (Anti-Jo1, Anti-PL-7, Anti-Pl-12) vardır. Bizim hastamızda olduğu gibi anti-Ro/SSA ve anti Jo-1 antikorlarının birlikteliği daha ciddi İAH ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Anti-sentetaz sendromu, miyozit, anti-Jo-1

P-155 Bariatrik Cerrahi Sonrası Gelişen Lomber Radikülopati

Arzu Dinç Yavaş, Sena Tolu

İstanbul Medipol Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Obezite sıklığı giderek endemik boyutlara ulaşmakta ve buna bağlı olarak bariatrik cerrahi sayısı artmaktadir. Obezite cerrahisi sonrası nutrisyonel ve mekanik nedenlerden dolayı nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu çalışmada amaç obezite cerrahisi sonrasında gelişen alt ekstremite kas güçsüzlüğüne ve yürüme güçlüğüne neden olan etiyolojileri araştırmak ve klinik ve elekrofizyolojik bulguları eşliğinde sunmaktır.

Olgu: Yirmi iki yaşında kadın hasta obeziteye yönelik bariatrik cerrahiden 4 ay sonra ani gelişen ve giderek artan güçsüzlük, yürüyememe ve bacaklarda şiddetli ağrı ve yanma ile başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Hasta tekerlekli sandalyede polikliniğe başvurdu. Yapılan nörolojik değerlendirmede her iki alt ekstremitede kas gücü 2/5 idi. Duyu muayenesinde yaygın hiperpati ve derin tendon refleksleri abolikti. Rutin biyokimyasal parametreleri, hemogram, sedimantasyon, tiroid fonksiyon testleri, Vitamin B12 düzeyi, tüm spinal kolon ve beyin manyetik rezonans görüntülemesi normal saptanan hastanın elektrofizyolojik değerlendirmesinde; 3 ekstremitede periferik sinirlerin duysal ve motor iletimleri normal bulunmuş, iğne EMG'de ise her iki peroneus longus, vastus lateralis ve iliopsoas kaslarında pozitif keskin dalga ve fibrilasyon potansiyelleri izlenmişti, myopatik MÜP yoktu. Her iki medial gastrocnemius, tibialis anterior, sağ gluteus medius, deltoid,1.dorsal interosseöz ve L3-S1 paraspinal kaslarda iğne EMG normaldi. Bu bulgularla bilateral L3-L5 segment alt motor nöron gövde ve akson nörojenik tutulumuna bağlı lomber radikülopati tanısı ile hasta rehabilitasyona alındı. Rehabilitasyon sürecinde hastanın kas güçsüzlüğüne yönelik elektrik stimülasyonu ve güçlendirme ve denge-koordinasyon egzersizleri yürüme eğitimi ile nöropatik ağrıya yönelik pregabalin 150 mg ve vitamin B1- B12-folat replasmanı uygulandı.

Tartışma: Bariatrik cerrahi sonrası nörolojik komplikasyon gelişimi morbiditeyi artırabilir ve yaşam kalitesini düşürebilir. Nörolojik komplikasyonlar hastaların %5-16'sında gözükmekte olup, en sık görüleni periferik nöropatidir (%16) (1). Patogenezde en çok diyetle alım eksikliği, hızlı kilo kaybı, tekrarlayan kusmalar, absorbsiyon bozukluğu, intrinsik faktör ve gastrik asit eksikliği nedenli multivitamin/mineral eksiklikleri (B1, B12, folat, D vitamini, kalsiyum) sorumlu tutulmaktadır (2) Aynı zamanda hızlı kilo verme sonrasında immün aktivitenin enfeksiyonlara sekonder artışına bağlı gelişen immünolojik-enflamatuvar mekanizmaların sorumlu olabileceğini bildiren hipotezler de mevcuttur (3). Kontrolsüz kilo kaybının lipoprotein, katekolamin metobolizmalarında ve hormonal aktivitede yapmış olduğu değişikliklerin sinir hasarına katkıda bulunduğu bilinmektedir (4-6). Uzun süren metabolik düzensizliğin %22 kadar hastada irreversibl hasara sebep olabildiği bildirilmiştir (7-9). Yapılacak elektrofizyolojik inceleme nörolojik komplikasyonlar ile başvuran hastalarda, öncelikle lezyonun lokalizasyonu, kas gücü kaybına neden olabilecek miyopati yada pleksus, radiks veya ön boynuz düzeyindeki lezyonların veya polinöropatinin ayrımı açısından önemlidir. Motor ve duyu iletim hızı çalışmaları ve iğne EMG, lezyonun şiddetini ve lokalizasyonunu belirlemede yol gösterir (10,11).

Sonuç: Obezite cerrahisi sonrası aşırı kilo kaybı hastamızda olduğu gibi radikülopatiyi de içeren nörolojik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu hastalara nutrisyonel ve metabolik desteğin hızlı bir şekilde sağlanması ve hastaya özel fizik tedavi ve rehabilitasyon programının ivedilikle başlanması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, nöropati, radikülopati

P-156 Epin Kalkanei Tedavisinde Kinezyobantlama ve Steroid Enjeksiyonunun Etkinliğinin Karşılaştırılması: Ön Çalışma

Selda Çiftci, Rana Terlemez, Aylin Ayyıldız, Beril Doğu, Jülide Öncü, Figen Yılmaz, Banu Kuran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Topuk ağrısı her yaş grubunu etkileyebilen bir semptomdur. Sebeplerinden biri de epin kalkanei veya diğer adıyla kalkaneal spurdur. Tedavisinde NSAİİ, topuk yastığı, germe egzersizleri, fizik tedavi, ekstrakorporal şok dalga (ESWT), çeşitli enjeksiyon yöntemleri, radyoterapi veya cerrahi yöntemler uygulanabilir. Bunların yanında kinezyobantlama tedavisi de son zamanlarda sıklıkla uygulanabilmektedir. Bu çalışmada; kinezyobantlama ve lokal steroid enjeksiyonun epin kalkanei tedavisinde etkinliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Prospektif, randomize, tek kör olarak planlanan çalışmamıza hastanemiz Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne topuk ağrısı ile başvuran, direkt grafide epin kalkanei saptanan 18 yaş ve üzeri olan hastalar dahil edilmiştir. Ayak-ayakbileği cerrahisi geçiren, daha önce fizik tedavi veya ESWT yapılan hastalar, 3 aydan kısa süre önce steroid enjeksiyonu yapılan hastalar, romatolojik hastalığı olanlar ve lomber patolojilerden kaynaklı bacağa yayılan ağrısı olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Hastaların tedavisi Grup 1' de (steroid enjeksiyonu) tek doz olarak yapılırken, Grup 2' de (kinezyobantlama) haftada 1 kez olmak üzere toplamda 5 defa uygulanmıştır. Değerlendirmede ağrı için topuk hassasiyet indeksi (THİ), yaşam kalitesi için Nottingham Sağlık Profili (NSP) ve fonksiyonel durum için Ayak Fonksiyon Ölçeği (AFÖ) kullanılmış, hastalar tedavi öncesinde ve tedavi başlangıcından 5 hafta sonra değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tedavisi tamamlanıp 5. Haftası dolan 14 hastanın (steroid tedavisi alan 7, kinezyobantlama yapılan 7 hasta) yaş ortalaması Grup 1' de 59,6±10,3, Grup 2' de 49,9±11,1 yıl idi. Semptomatik taraf Grup 1' de %71,4 ve Grup 2' de %57,1 oranında soldaydı. Semptom süresi Grup 1 ve 2' de sırasıyla 17,9±24,2 ve 10,3±6,8 aydı. THİ, enjeksiyon grubunda 6 (%85,7) hastada Evre 3, 1 (%14,3) hastada Evre 2 olarak değerlendirilirken, kinezyobantlama grubunda 3 (%42,9) hastada Evre 3, 4 (%57,1) hastada Evre 2 olarak değerlendirildi. Tedavi gruplarının tedavi öncesi istatiksel özelliklerinde belirgin farklılık saptanmadı. Her iki grubun tedavi sonrası değerlendirmelerinde tüm parametrelerde tedavi öncesine göre anlamlı düzelmeler olduğu görüldü ($p<0,05$). İki grubun karşılaştırmasında ise NSP 1. Bölümde Grup 2 lehine anlamlı farklılık görülürken diğer parametrelerde iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ($p=0,048$ Cohen's d: -1,34 d lower limit:-10,60 d upper limit: 17,84).

Sonuç: Epin kalkanei tedavisinde uygulanan steroid enjeksiyonu ve kinezyobantlama yönteminin her ikisinin de ağrı, yaşam kalitesi ve fonksiyonellik üzerine etkili olduğu, kinezyolojik bantlama tedavisinin noninvaziv ve yan etkisiz olması nedeniyle lokal steroid enjeksiyonu tedavisine iyi bir alternatif olabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Epin kalkanei, kinezyobantlama, steroid enjeksiyonu

Tedavi gruplarının genel özellikleri

			Enjeksiyon		Kinezyobantlama		
Yaş Ort.±SD (Min-Maks)			59,6±10,3 (45-76)		49,9±11,1 (35-65)		0,139
Cinsiyet E K	n	(%)	0 7 (100)	(0,0)	2 5 (71,4)	(28,6)	0,462
Ağrıyan Taraf Sağ Sol			2 5 (71,4)	(28,6)	3 4 (57,1)	(42,9)	1,000
Semptom Süresi (ay) Ort.±SD (Min-Maks)			17,9±24,2 (3-72)		10,3±6,8 (4-24)		0,747
THİ Evre Evre 2 Evre 3			1 6 (85,7)	(14,3)	4 3 (42,9)	(57,1)	0,266

Tedavi sonrası

	Enjeksiyon	Enjeksiyon	Kinezyobantlama	Kinezyobantlama	
	Ort.±SD	Min-Maks (Median)	Ort.±SD	Min-Maks (Median)	p
Nottingham Sağlık Profili 1. Bölüm TÖ 5.hf p	230,4±95,1 190,9±106,3 0,003	123,9-429,9 (211,4) 82-416,9 (179,1)	183,2±174,3 133,4±166,9 <0,001	48-480,8 (89,2) 11,2-435,3 (49,1)	0,180 0,142
Nottingham Sağlık Profili 2. Bölüm TÖ 5.hf p	2,14±1,57 1,57±1,72 0,046	0-5 (2) 0-5 (1)	2,43±2,88 1,57±2,44 0,017	0-7 (1) 0-6 (0)	0,696 0,547
Ayak Fonksiyon İndeksi Tedavi Öncesi Ağrı TÖ 5.hf p	79,0±8,1 56,8±14,7 0,001	71,1-92,9 (80) 40-78,5 (55,6)	59,2±29,2 38,9±22,6 0,002	22,2-97,1 (55,6) 4,4-68,6 (41,1)	0,277 0,141
Ayak Fonksiyon İndeksi Tedavi Öncesi Yetersizlik TÖ 5.hf p	73,8±13,6 52,4±10,9 0,005	50-86,7 (81,1) 38,9-66,7 (50)	50,2±34,4 34,6±29,7 0,002	12,2-95,6 (38,9) 0-77,8 (27,8)	0,306 0,225
Ayak Fonksiyon İndeksi Tedavi Öncesi Aktivite Kısıtlılığı TÖ 5.hf p	28,0±14,6 16,9±9,2 0,004	12-50 (26) 6-30 (16)	12,6±12,7 5,4±6,4 0,026	5,4±6,4 0-16 (4)	0,047 0,020

P-157 Nadir Bir Olgu; Sinovyal Kondromatozis

Hilmi Umut Tatlı[1], Murat Ergün[2], Ural Koç[3]

[1]Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, Ankara
[2]Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Ortopedi Kliniği, Ankara
[3]Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Sinovyal kondromatozisi tanımak ve ayırıcı tanısını yapmak

Olgu: 68 yaşında erkek hasta her iki dizinde ağrı, kilitlenme, merdiven inip çıkmakla ve bağdaş kurmakta zorlanma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Diz ağrısının birkaç yıl önce başladığını, son iki aydır ise ağrılarının şiddetlendiğini, dizlerini tam açıp kapayamadığını belirtti. Fizik muayenesinde, dizlerde şişlik, kızarıklık izlenmezken hafif bir ısı artışı görüldü. Diz eklem hareket açıklılığının 0-110 derece olduğu ve fleksiyonda, eklem hareket açıklığının sonunda ağrıda artış olduğu izlendi. Direkt radyografide, diz eklemi posteriorunda multiple, düzensiz şekilli, 2 mm ile 1 cm arası değişen farklı boyutlarda kemik dansitesinde nodüler cisimciklerin olduğu görüldü. Ayırıcı tanıda pigmente villonodüler sinovit, romatoid artrit, sinovyal hemanjiyom, sinovyal sarkom ve kondrosarkom düşünüldü. Ancak direk grafide kemik dansitesinde kalsifiye nodüllerin olması, diz eklem manyetik rezonans görüntülemede sinovitten ziyade sinovyal hipertrofi zemininde çok sayıda hiperintens kalsifiye nodüllerin görülmesi, kemik harabiyetinin ve invazyonun izlenmemesi ve dizleri dışında başka eklem tutulumunun olmaması, romatolojik tetkiklerin ise negatif olmasıyla hastaya sinovyal kondromatozis tanısı konuldu. Sinovyal kondromatozis, oldukça nadir görülen, idiyopatik bir patoloji olup, sinovyal metaplazi sonucu eklemde tipik olarak kalsifiye lezyonların oluşmasıyla karakterizedir. Genel olarak ayırıcı tanısında pigmente villonodüler sinovit, romatoid artrit, sinovyal hemanjiyom, sinovyal sarkom ve kondrosarkom vardır. Uzun süreli takiplerde malign dönüşüm olabileceği bildirilmektedir. MR'da kemik tutulumunun olması ve klinik tablonun hızlı ilerlemesiyle malign dönüşümden şüphenilmelidir. Sinovyal kondromatozisin kendiliğinden iyileşmesi çok nadir olduğundan kabul edilen tedavisi sinovyektomi ile birlikte serbest cisimlerin çıkarılmasıdır.

Sonuç: Bu olgumuzda hastaya ortopedi tarafından operasyon önerilmiş ve hasta opere edileceği günü beklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sinovyal kondromatozis, diz eklemi, nodüler kalsifikasyon

P-158 Kuğu Boynu Deformitesine Yol Açan Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Tip 1

Hilmi Umut Tatlı

Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Kuğu boynu deformitesinin KBAS tip 1 de görülebileceğinin hatırlatılması.

Olgu: 17 yaşında, mental retarde kadın hasta. 2 ay önce sağ eline düşen tuğla sonrası gelişen ağrı ile acil servise başvurmuş. Acil serviste bakılan direk grafide, sağ radius distalinde non-deplase fraktür görülmüş ve sağ üst ekstremitesine, proksimal interfalangeal eklem hizasına kadar dirsek altı atel uygulaması yapılmış. 15 gün sonra atel çıkarıldığında el parmaklarda hafif şekil değişikliği izlenmiş ancak pek önemsenmemiş. Ağrı ve şişliğin devam etmesi üzerine 10 gün daha yarım atel uygulamasına devam edilmiş. Ancak ağrı ve şişlik şikayetleri geçmediği gibi parmaklarda deformitenin artması üzerine Ftr polikliniğine yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde sağ elde şişlik ve hafif kızarıklık ile birlikte 2, 3, 4, 5 parmakların proksimal interfalangeal (PIP) eklemlerinde hiperekstansiyon, distal interfalangeal eklemlerinde (DIP) ise hiperfleksiyon kontraktürü ile seyreden kuğu boynu deformitesinin geliştiği gözlendi. Hastanın sistemik ve nörolojik muayenesi normaldi. Hastadan direk grafi ve romatizmal tetkikleri de içeren kan tetkikleri istendi. Direk grafide sağ el karpal kemiklerde ve proksimal falanklarda periartiküler benekli osteoporoz görünümü mevcuttu. Eklem aralıkları ise normaldi. Kan değerlerinde ise hafif crp ve sedimentasyon yüksekliği dışında patololojik bir bulgu yoktu.

Sonuç: Hastaya bu bulgularla KBAS tip 1 tanısı konuldu. Hastaya sistemik kortikosteroid, pregabalin, kalsiyum ve d vitamini başlandı. FTR programı olarak retrograd ödem masajı, kontrast banyo, konvansiyonel TENS, kesikli ultrason ve eklem hareket açıklığı egzersizi planlandı.

Anahtar Kelimeler: Kuğu boynu deformitesi, KBAS, benekli osteoporoz

P-159 Tip 2 Diyabet Mellituslu Bir Hastada Tekrarlayıcı Seronegatif Pitting Ödemli Simetrik Sinovit Sendromu (RS3PE) Olgusu

Mehmet Serhat Topaloğlu

Rize Devlet Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Rize

Giriş: RS3PE ani olarak ortaya çıkan, el veya ayak dorsal yüzünde gode bırakan ödem, sıklıkla el veya ayak bileği eklemlerini tutan simetrik sinovit, el tendon kılıflarının tendiniti ile karakterize bir sendromdur. Steroid tedavisine iyi yanıt vermesi hastalığın tipik özelliğidir. Burada her iki el sırtında şişlik olan yaşlı bir hastada RS3PE olgusu sunulmuştur.

Olgu: 84 yaşında erkek hasta dahiliye servisinde kontrolsüz diyabet tanısı ile yatarken ellerinde şişlik olması üzerine tarafımıza konsülte edildi.Hastadan alınan anamnezde 1 ay önce her iki el sırtında şişlik,ağrı ve el parmaklarında hareket kısıtlılığı başlamış.Sabahları yaklaşık 1 saat süren eklem sertliği oluyormuş ve gün içinde bu sertlik biraz azalıyormuş. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabet mellitus ve hipertansiyon dışında bilinen başka bir hastalığı yoktu. Hastanın sistemik muayenesinde arteryel tansiyon 130/80 mmHg, nabız: 69/dakika, ateş: 36,6 idi. Kas iskelet sistemi muayenesinde her iki el dorsalinde gode bırakan ödem, el bileği ve el dorsalinde hafif ısı artışı, metakarpofalangial ve proksimal interfalangial eklemlerde hareket kısıtlılığı tespit edildi. Artrit yoktu. Diğer eklemlerde eklem hareket açıklıkları normal idi. Hastanın romatolojik sorgulamasında ek bir özellik yoktu.Yapılan laboratuvar incelemede hemoglobin: 10,9 g/dl, trombosit: 390 K/uL, lökosit: 11.2 K/uL, kreatinin: 0,89 mg/dl, sedimantasyon: 84 mm/saat, C-reaktif protein:104 mg/L,romatoid faktör negatif, anti ccp negatif, tam idrar tetkiki normal olarak saptandı. Anti nükleer antikor: negatif, Anti Ds DNA: negatif SS-A: Negatif SS-B:Negatif, Anti scl negatif idi. Protein elektroforezi normal olarak geldi. Hastada çekilen el-el bileği grafisinde belirgin erozyon tespit edilmedi. Bilateral üst ekstremiteye yönelik doppler usg yapıldı. Doppler usg de patoloji tespit edilmedi. Hastamızda maligniteyi dışlamak için tüm batın bt ve toraks bt çekildi. Tomografi sonuçlarında patoloji saptanmadı ve dahiliye kliniği tarafından hastada malignite dışlandı. Hastaya mevcut klinik ve laboratuvar bulgular ile RS3PE tanısı konuldu. Hastaya 10 mg prednizolon tedavisi başlandı.1 hafta sonra taburculuk öncesi rekonsülte edilen hastanın her iki el dorsalindeki ödemin azaldığı görüldü.Hastaya tedavinin devamı önerilerek 1 ay sonra kontrole çağırıldı.1 ay sonraki kontrolde hastanın şikayetlerinin tamamen düzeldiği görüldü.

Sonuç: Bu hastalık nadir görülen ve genellikle yaşlı popülasyonu etkileyen bir sendromdur. Literatürde maligniteye eşlik eden vakalar bildirilmiştir. Bu açıdan bu hastaların ayrıntılı incelenmesi ve malignite açısından dikkatli olunması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, ödem, şişlik

P-160 Tüberküloz Proflaksisine Düzenli Devam Etmeyen Hastada Gözlenen Ekstrapulmoner Tüberküloz: Olgu Sunumu

Erkan Mesci[1], Nilgün Mesci[2], Afitap İçağasıoğlu[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Psöriatik artrit tanısı ile anti-TNF tedavisi gören, testis yerleşimli ekstrapulmoner tüberküloz gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yaklaşık altı yıl önce dış merkezde psöriatik artrit tanısı konularak adalimumab başlanılan 38 yaşında erkek hasta polikliniğimize el eklemlerinde ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezinden hastanın şikayetlerinin 6-7 yıl önce el bileği, parmak ve ayak bileği eklemlerinde ağrı ve şişlik şeklinde başladığı, tanı konulduktan sonra öncelikle nonsteroid antienflamatuar ilaçlar, sonrasında ise metotreksat verildiği öğrenildi. Birkaç aylık tedaviden sonra yeterli düzelme olmaması nedeni ile hastaya adalimumab başlanıldığı, bu tedaviden sonra eklem bulgularının ve 2000 yılından beri mevcut olan psöriatik cilt lezyonlarının belirgin şekilde gerilediği anlaşıldı. O tarihten beri ilacını düzenli olarak kullanan hasta yaklaşık 1.5 yıl önce kendini iyi hissettiği için ilacını kendi isteği ile kesmişti. Yaklaşık 1 yıl önce hastanın sol testisinde şişlik meydana gelmiş. Yapılan incelemeler sonucunda orşit tanısı konulan hastaya radikal orşiektomi uygulanmış. Biopside patolojik görünüm nekrotizan granülomatöz orşit olarak değerlendirilmiş. Bu arada diğer testisinde de şişlik başlayan hasta, yapılan değerlendirmeler sonucunda testis yerleşimli ekstrapulmoner TBC olarak değerlendirilerek rifampicin+etambutol+pirazinamid+INH kombinasyonu şeklinde anti-TBC tedavi başlanmış. Hasta bize başvurduğunda 4 aydır anti-TBC tedavi almakta idi. Birkaç aydır ellerinde ağrı olduğunu, son haftalarda ise el eklemlerinde şişlik başladığını ifade ediyordu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde; anti-TNF tedavisi öncesinde PPD testinin 0 mm çıktığı, sonrasında hastaya INH profilaksisi başlanıldığı öğrenildi. Hasta kendisine verilen INH tabletlerini düzenli şekilde kullanmadığını ifade etti.

Sonuç: Tüberküloz ülkemiz için halen önemli bir sağlık problemidir. Biyolojik tedavi verilecek hastalarda TBC profilaksisi için rutin algoritmaların yürütülmesi sırasında hasta uyumunun sıkı bir şekilde takibi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Anti-TNF, tüberküloz, psöriatik artrit

P-161 A Case Report: Addiction of Smartphones and Related Finger Deformities

Hatice Merve Gökmen[1], İsmail Güneş Gökmen[2], Banu Dilek[1], Selmin Gülbahar[1], Elif Akalın[1]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Izmir, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Seferihisar Necat Hepkon State Hospital, Izmir, Turkey

Objective: Widespread excessive use of smartphones is very common. So that many scientific studies have been released about smartphone addiction and health-related problems about overusing.

Case: A 58-year-old man presented with a third finger spontaneous swan neck deformity On physical examination, full passive range of motion of finger achieved but active range of motion is limited due to pain. Laboratuary results was normal. The ultrasonographic imaging findings were: 2-3-4-5th finger extensor tenosynovitis. Plain radiograph of the bilateral hands was normal. Magnetic resonance imaging of the affected hand revealed no mass lesion. He attended the hand rehabilitation programme. At the end of the programme; his pain was lower and he can easily do the finger range motion exercises.

Conclusion: As a result, smartphone addiction has a bad influence on hand function and pinch strength. Youngsters should be aware of the harmful effects that can cause from smartphone overuse. In the future, if these study results are supported with confident clinical findings, “Hand Smartphonopathy” may be defined as a pathological term.

Keywords: Smartphone, addiction, finger deformities, pain, hand smartphonopathy

P-162 Erişkin Yaşta Tanı Konan Sprengel Deformitesi

Halime Kibar

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Konjenital yüksek skapula olarak da bilinen Sprengel deformitesi (SD) bir ya da her iki skapulada skapulanın intrauterin gelişim sırasında normal yerine inmesindeki yetersizlikten kaynaklanmaktadır. Skapulanın normal torasik pozisyonuna migrasyonu yaklaşık olarak intrauterin 9.-10. haftalar arasında olur. SD omuzun en sık görülen konjenital deformitesidir. SD çoğu zaman rastlantısal olarak meydana gelmektedir; fakat ailesel olgularda da tanımlanmıştır. Burada 25 yaşında tanı almış SD olan bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta duruş bozukluğu şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Çocukluğundan beri çevresi tarafından kambur durmakla suçlandığını ifade etti. Hastanın muayenesinde skapulalarında asimetri izlendi. Sağ tarafta yüksek skapula (SD) vardı. Omuz ve servikal eklem hareket açıklığı tam olan hastanın ağrısı yoktu. Hastanın bilinen başka hastalığı yoktu. Skolyoz için değerlendirilen hastada Adams testi negatifti. Hastanın grafisinde de omurgada eğrilik izlenmedi. Hasta bilgilendirildi. Egzersiz programı verildi.

Sonuç: SD'de tedavinin esas amacı varsa fonksiyon bozukluğunun giderilmesi ve estetik görünümün iyileştirilmesidir. Tedavi, skapula yüksekliği ve hastanın yaşına göre planlanır. Erken çocukluk çağında tanınırsa cerrahi tedavi seçeneği bulunmaktadır. SD'nin genellikle izole bir deformite olmaması nedeni ile eşlik eden anomaliler araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Omuz eklemi, skapula, Sprengel deformitesi

P-163 Komplike Ağrılarla Seyreden Bir Polimiyalji Romatika Olgusu

Zehra Duman Şahin[1], Leyla Bölek[2], Aslıhan Çalım[2], Figen Yılmaz[1], Fatih Borlu[2], Banu Kuran[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Amaç: Polimiyalji Romatika (PMR) genel olarak ileri yaşta omuz ve kalça kuşağında ağrı ve sabah tutukluğu ile karakterize inflamatuar bir hastalıktır. PMR tanısının daha çok klinik değerlendirmeye dayanması, spesifik bir tetkikinin bulunmaması ve bu hastalığı taklit eden birçok hastalığın bulunması nedeniyle ayırıcı tanıda zorluk yaşanmaktadır.

Olgu: Seksen üç yaşında erkek hasta son bir senedir halsizlik ve tüm vücutta ağrı nedeniyle hastanemize başvurdu. Ağrısının her 2 omuz ve sağ dizinde belirgin olduğu öğrenilen hastanın ağrıları nedeniyle yürümede güçlük çektiği öğrenildi. Başvurusunda gabapentin ve çoklu non-steroid antiinflamatuar (NSAİİ) kullanımı vardı. Son 6 ayda 10 kg kadar kilo kaybı olan hasta ara ara olan ateş tarifliyor ancak gece terlemesi tariflemiyordu.Özgeçmişinde en sonuncusu 10 sene önce olmak üzere 2 kez lomber disk hernisi operasyonu, 15 sene önce sağ omuz rotator manşet onarımı ve 1 sene önce enjeksiyon nöropatisine bağlı düşük ayak öyküsü mevcuttu. Düşük ayak için ayak-ayak bileği ortezi (AFO) kullanıyordu. Fizik muayenede bilateral omuz eklem açıklığı aktif- pasif kısıtlı ve ağrılıydı.Her 2 dizde sıcaklık artışı olmamakla birlikte patella-femoral eklem hareketi kısıtlı ve krepitasyon mevcuttu. Pes anserin hassasiyeti sağ dizde belirgindi. Manuel kas gücü muayenesinde her iki üst ekstremite proksimal ve distal kas gücü tamdı. Alt ekstremitede sağ ayak ve başparmak dorsifleksyonu 0/5 idi.Laboratuar incelemesinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 130mm/sa, C-reaktif protein (CRP):129 mg/L, beyaz küre:7940/mm³, hemoglobin:11,1 gr/dl, Romatoid faktör, anti-CCP, HLA-B27 ve ENA paneli negatifti. Akut-faz reaktanları yüksek seyreden ve ateşi olmayan hastada herhangi bir enfeksiyon odağı bulunamadı.Tümör belirteçleri, prostat spesifik antijen (-) idi. Multiple miyelom ayırıcı tanısı düşünülerek yapılan protein elektroforezi ve kemik survey normal saptandı. Eklem ağrıları için çekilen omuz ve diz grafileri hipertrofik osteoartrit ile uyumlu bulundu, malignite veya inflamatuvar hastalık düşündürecek litik, kistik veya kalsifik lezyonlar izlenmedi. Muhtemel renal ve gastrointestinal yan etkilerinden korunmak amacıyla NSAİD'lar kesildi ve analjezi amaçlı günlük 2 doz tramadol 50 mg başlandı, yanıt alınamadı.Sağ alt ekstremitede nöropatik ağrı tarifleyen hasta gabapentin dozunun artırılması sonrası diz ağrılarının azaldığını ancak omuz ağrılarının devam ettiğini ifade etti. Kilo kaybı olan hastada malignite taraması için yapılan Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET-CT) vaskülit ve malignite lehine tutulum saptanmayıp bilateral omuz, kalça ve diz eklemlerinde artritik süreçlerle uyumlu artmış FDG tutulumu saptandı.Takiplerinde ESR ve CRP yüksekliği devam eden hastanın özellikle omuz kuşağı ağrısı tariflemesi, enfeksiyon ve maligniteye yönelik tetkiklerinin normal olması ve PET-CT'de bilateral omuz ve kalça eklemi tutulumu olması ön planda Polimiyalji Romatika düşündürdü. 20 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlanan hastanın kliniği ertesi gün belirgin düzeldi ve akut faz reaktanları 72.saat kontrolünde azalarak ESH:59mm/saat, CRP:11mg/L saptandı. Tutulan eklemler başta olmak üzere eklem hareket açıklığı artırıcı egzersiz ve izometrik egzersizler başlandı.

Sonuç: Geriatrik populasyonda dejeneratif kas iskelet sistemi ağrılarının sıklığı göz önüne alındığında bunlarla beraber PMR bulgularının birlikte olabileceği, semptomların başta malignite ve enfeksiyon olmak üzere birçok hastalığı taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnflamatuar ağrı, osteoartrit, polimiyalji romatika

P-164 Hidroksiklorokin Sülfat Tedavisine Bağlı Kirpik Depigmentasyonu Gelişen Sjögren Sendromu Olgusu

Canan Bursalı[1], Hüseyin Kaplan[1], Burak Bursalı[2]

[1]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Aksaray
[2]Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Aksaray

Amaç: Klorokin ve hidroksiklorokin sıtma, çeşitli romatizmal ve dermatolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan 4-aminokolin ilaçlardır. Antimalaryal kullanımına bağlı olarak kaşıntı, morbiliform ve eksfoliyatif dermatit, ürtiker, likenoid reaksiyonlar, alopesi ve büllöz pemfigoid erüpsiyon gibi çeşitli cilt yan etkileri bildirilmiştir. Bu ilaçlara bağlı olarak gelişen saç depigmentasyonu nadir olarak birkaç vakada bildirilmiştir. Reçete edilirken olası yan etkiler açısından hastaların bilgilendirilmesi önemlidir. Burada antimalaryal tedavi sonrası kirpik depigmentasyonu gelişen bir olguyu sunmaktayız.

Olgu: 55 Yaş kadın hasta polikliniğimize el eklemlerinde ağrı, şişlik, sabah tutukluluğu ve dış merkezde başlanan ilaçlar sonrası sol kirpiklerinde beyazlaşma şikayeti ile başvurdu. 2 hafta önce romatoloji polikliniğine başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde hemogram normal, sedim: 24 mm/h, CRP: 12,1 mg/L, RF: 150 IU/ml, ANA++, Anti-SSA+, hepatit markırları negatif, tam idrar tetkiki normaldi ve hastaya hidroksiklorokin sülfat 200mg/gün ve prednizolon 5mg/gün başlanmıştı. Hasta ilaçlara başladıktan 2 hafta sonra sol kirpiklerinin beyazlaştığını bildirdi. Fizik mayenesinde sağ el 3. PIF eklemde şişlik, hassasiyet ve sol kirpiklerinde depigmentasyon mevcuttu. Hastanın hidroksiklorokin sülfat tedavisi stoplandı ve metotreksat 1x15mg/hafta, folik asit 5mg/hafta, prednizolon 5mg/gün, asemetasin 120mg/gün, pantoprazol 40mg/gün, kalsiyum karbonat+vitamin D3 kombinasyonu 1x1/gün şeklinde tedavisi yeniden düzenlendi. Kontrollerinde hastanın klinik bulgularında belirgin iyileşme oldu ve akut faz değerleri geriledi. Ancak hastanın kirpiklerindeki depigmentasyon geri dönmedi.

Sonuç: Antimalaryaller çeşitli romatizmal hastalıkları tedavisinde kullanılan ve sık reçete edilen ilaçlardandır. Gastrointestinal, oküler, hematopoetik, kardiyovasküler, işitsel, mukokutanöz ve merkezi sinir sisteminde yan etkiler ortaya çıkabilir. Antimalaryal ilaçlara bağlı çok değişik spektrumda kutanöz lezyonlar görübilmektedir ve saç ağarması da bunlardan bir tanesidir. Bizim olgumuzda da hidroksiklorokin sülfat kullanımına bağlı 2. haftada kirpikte beyazlaşma ortaya çıkmıştır. Tedavinin sonlandırılmasının üzerinden 24 ay geçmesine rağmen değişiklik gözlenmemiştir. Bu olgu sunumundaki amacımız, hidroksiklorokin tedavisi başlanması planlanan hastaların kozmetik olarak oluşabilecek bu yan etkilere karşı uyarılmasına dikkat çekmektir.

Anahtar Kelimeler: Hidroksiklorokin sülfat, depigmentasyon, sjögren sendromu

P-165 Sertolizumab Pegol Sonrası Tüberküloz Peritonit Gelişen Ankilozan Spondilitli Olgu

Ayça Ayşe Aytekin[1], Ali Nail Demir[1], Bülent Akyüz[2], İlhan Sezer[1], Cahit Kaçar[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Sertolizumab pegol (CZP), ankilozan spondilit (AS) gibi kronik inflamatuar hastalıkların tedavisinde kullanılan anti tümör nekrozis faktör-α (anti TNF-α) tedavi ajanlarından biridir. İnsan kaynaklı monoklonal anti TNF-α antikorunun Fab parçasının polietilen glikol ile bağlanması ile elde edilmiştir. CZP ve diğer anti TNF-α tedavi ajanları ile tüberküloz gibi ciddi enfeksiyonlar için riskin arttığı bilinmektedir. Tüberküloz peritonit tüberkülozun nadir görülen bir formudur. Semptomlarının spesifik olmaması ve maligniteler ile benzerlik gösteren bulguları nedeniyle tanısı zordur. Kesin tanı için kültür pozitifliği veya histopatolojik incelemede granülomatöz inflamasyonun görülmesi gerekmektedir. Bu olgu sunumunda AS'li hastada CZP tedavisi sırasında gelişen tüberküloz peritonitinin tanısını ve klinik seyrini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 33 yaşında AS tanısı ile takipli 6 aydır CZP tedavisi almakta olan hasta, 1 haftadır karın ağrısı, şişliği ve ateş yüksekliği şikayeti ile hastaneye başvurdu. Hastanın eski anamnezleri ve tetkikleri incelendiğinde 10 yıldır AS tanısı ile takip edildiği; daha önce tedavi olarak non steroid anti inflamatuar ilaç (NSAİİ), sülfasalazin aldığı; sonra etkisizlik nedeniyle anti TNF-α tedavisine başlanıldığı ve sırayla infliksimab, etanersept ve sertolizumab pegol aldığı öğrenildi. İlk olarak aldığı infliksimab tedavisinde allerjik reaksiyon gelişmesi nedeniyle değişiklik yapılmış, etanercept ise karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk oluşması nedeniyle değiştirilmişti. Hastanın ilk aldığı anti TNF-α tedavisi öncesinde tüberküloz açısından tarandığı, tüberkülin cilt testinin >=5 mm üzerinde saptanması nedeniyle 9 ay boyunca 300 mg /gün izoniazid ile tedavi edildiği öğrenildi. 6 ay önce, ilk 3 uygulama 2 haftada bir 400 mg olacak şekilde yükleme tedavisi ile CZP tedavisine başlanmış; sonrasında 2 haftada bir 200 mg şeklinde tedavisine devam edilmişti. Önceki kontrolünde CZP tedavisi alırken AS hastalık aktivitesi önemli ölçüde azalmıştı.
Başvuru anında hastanın vücut ısısı 38°C idi. Sistemik sorgulamasında gece terlemesi şikayetinin olduğu ve son 3 ay içerisinde yaklaşık 10 kg kaybettiği öğrenildi. Fizik muayenede, karında distansiyon ve assit saptandı. Laboratuar değerlendirmelerinde lökosit 6.888/mm³, nötrofil 4.800/mm³, hemoglobin 12,9 gr/dL, CRP 17 mg/dL, ESR 31 mm/s idi. Quantiferon testi negatif olarak raporlandı. Parasentez mayisinden gönderilen tüberküloz kültürü sonucu üreme olmadı. Abdomen BT sonucu omentumda kalınlaşma ve dansite artışı, periton yapraklarında kalınlık artışı, batın içi yaygın dansitesi yüksek serbest sıvı saptandı. Peritonitis karsinomatoza, tüberküloz peritonit ön tanılarıyla PET-BT istendi. Sonucunda yaygın peritoneal hipermetabolik tutulum gösteren lezyon alanları saptandı. Tanı için laparoskopik peritoneal biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz inflamasyon ile uyumlu, EZN negatif saptandı. Histopatolojik inceleme sonucunun uygun olması nedeniyle tüberküloz peritonit kabul edilen hastanın almakta olduğu CZP tedavisi kesildi ve 4'lü anti tüberküloz tedavisi başlandı. Takiplerinde abdominal distansiyon azaldı ve semptomlar düzeldi. AS tedavisine NSAİİ ile devam edildi.

Sonuç: Anti TNF-α tedavi ajanları ile tedavi sırasında tüberküloz riskinin arttığı bilinmektedir. Bunun için tedavi öncesi tüberküloz açısından taramalar yapılmalı, tedavi sırasında ise hastalar yakın takip edilmelidir. Özellikle tüberküloz peritonit gibi ekstrapulmoner tutulumların tanısının zor olması nedeniyle klinik şüphe halinde tedavi seyrinde gelişen konstitüsyonel semptomlar iyi bir fizik muayene ve radyolojik görüntülemelerle irdelenmelidir. Anti TNF-α tedavisi sırasında assit ile gelen hastalarda tüberküloz akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, sertolizumab pegol, tüberküloz pertionit

P-166 Kırık ve Yara İyileşmesinde Manyetik Alan Tedavisi

Zerrin Şahin, Büşra Üstün, Duygu Geler Külcü

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Ciddi kas, damar,sinir yaralanmalı ve çok parçalı kırıklı, açık yaralı hastanın yumuşak doku ve kırık iyileşmesi üzerine manyetik alan tedavisinin çok belirgin etkisini gözlemledik. Bu klinik iyileşme sürecini paylaşmak istedik.

Olgu: 30 yaşındaki bayan hastanın Eylül 2018'deki trafik kazasında on kolunda subtotal ampütasyon (tama yakın) gelişiyor. İlk yapılan replantasyon ameliyatından sonra üç kez daha opere ediliyor. Ulna ve radiustaki parçalı kırıklar intramedüller tespitle stabillleniyor. Nonunion nedeniyle yapılan ikinci ortopedik müdaheleden bir hafta sonra olayın başlangıcında on iki hafta sonra gördüğümüzde ön kol lateral-dorsal yüzünde daha bariz belirgin doku kaybını içeren dirsekten elbileğine hemen hemen tüm önkolda, çoğu alanlarda epitelizasyon oluşmamış ödemli, hiperemik, akıntılı bir görünüm, elde belirgin ödem mevcuttu(kompleks bölgesel ağrı sendromu?). El cildinin parakeratotik alanları içeren distrofik görünümü vardı. Özellikle ele olmak üzere kola allodini nedeniyle dokunulamıyordu. Egzersiz öncesi tramadol ile hastaya omuz, dirsek eklemlerine ağrı sınırında pasif germe, dirsek fleksör, ekstansörlerine elektrik stimülasyonu, önkoldaki belirgin yumuşak doku kaybından dolayı lenf dolaşımı da bozulmuş olabileceğinden ele uygun masaj tedavisi başlandı. Kırıklar ıntramedüller tespit yapılmasına rağmen kaynama görülmemişti. Kırık iyileşmesi programında haftada 5gün, günde 1 seans, 20 dakika, 61 mT dozunda manyetik alan(MA) tedavisi eklendi. Manyetik alan tedavisinin ilk haftasında cilt lezyonlarının iyileşmesinde belirgin hızlanma gözlendi, on gün sonra ise yaralar tamamen kapandı, elde ödem azaldı, cilt sağlıklı görünümüne kavuştu, allodini geçti. 20 seans MA tedavisi sonrası kırıkta da kaynama başladı. Karpal kemikleri ve metakarp basislerinde tadavi öncesinde gözlenen belirgin benekli osteoporozda da üç hafta sonraki grafilerinde düzelme başlamıştı.

Anahtar Kelimeler: Manyetik alan tedavisi, kırık iyileşmesi, nonunion

P-167 Diz Ağrısından Multipl Skleroz Tanısına

Ayşe Melike Gerek

Konya Numune Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya

Amaç: Multiple Skleroz (MS), genç erişkinleri etkileyen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen multifaktöriyel nöroinflamatuar ve nörodejeneratif hastalıktır. Santral sinir sistemini özellikle beyaz cevherleri etkileyen bu hastalıkta, tutuluma bağlı duyusal, motor, otonomik bozukluklar ve koordinasyon bozukluklarını içeren semptomlar görülmektedir. Bunlara ek olarak daha subjektif yakınmalar olan psikiyatrik bozukluklar, yorgunluk ve ağrıya da yaygın olarak rastlanmaktadır. Bu çalışmada diz ağrısı ile başvuran ve sonrasında multipl skleroz tanısı alan olgumuz sunulmuştur.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta polikliniğimize 1 haftadır sol diz ve bacak ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hastanın ağrısı hareketle ilişkisizdi ve özellikle oturduğu yerden kalkarken zorlanma ve ağrıda artma tarif etmekteydi. Özgeçmişinde meniskopati tanısı aldığı ve mevcut şikâyetlerinin önceki şikayetlerine benzer olduğu, tedaviden fayda görmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde, sol kalça ve diz eklem hareketleri açık ve ağrısız, sol ekstremite kas gücü 4/5, sol üst ve alt ekstremitede derin tendon refleksleri artmış, solda Hoffman pozitif, Babinski pozitif tespit edildi. Sağ üst ve alt ekstremite muayenesinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Fizik muyanesinde sol üst motor nöron bulguları olması nedeniyle hastadan kranial ve servikal MRG tetkikleri istendi. Kranial MRG sonucunda "Her iki hemisferik supraventriküler, subkortikal derin beyaz cevher alanlarında T2 imajlarda hiperintens sinyalde izlenen milimetrik boyutlu yaygın nodüler odaklar görülmektedir (demiyelinizan plaklar ?)." Servikal MRG sonucunda "Servikal spinal kordda C2 ve C5 vertebra korpusları düzeyindeki aralıkta sol yarıda yerleşimli T2A imajlarda hiperintens sinyalde kordda belirgin ekspansiyon oluşturan diffüz infiltratif görünüm dikkat çekmektedir." şeklinde görüş bildirilmesi üzerine hasta MS, tümöral hastalıklar ve otoimmün patolojiler açısından değerlendirilmek üzere Nöroloji Bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: MS hastalığında, günlük aktiviteleri ve yaşam kalitesini etkileyen ağrı hastalığın ileri dönemlerinde sık görülmekle birlikte, ilk belirti olarak da karşımıza çıkabilir. MS'de görülen ağrı basitçe nörolojik ve nosiseptif ağrı olarak sınıflandırılabilir. Yapılan çalışmalarda bacak ağrısı en sık rapor edilen ağrı bölgesi iken bacakta en sık tanımlanan hissin acıma ve karıncalanma olduğu tespit edilmiştir. MS gibi erken tanı ve tedavi ile morbiditede önemli derecede azalma sağlanabilecek nadir hastalıkların tanısının konulmasında, hastalıktan şüphelenmek ilk adımdır. Klinik pratikte çok sık karşılaştığımız şikâyetler ile başvuran hastalarda alınacak dikkatli bir anamnez ve yapılacak ayrıntılı bir fizik muayenenin, ön tanıları belirlemede ve istenecek ileri tetkiklerin planlanmasındaki önemi açıktır.

Anahtar Kelimeler: Diz ağrısı, ayırıcı tanı, multipl skleroz

P-168 Presacral Tarlov Cyst as an Unusual Cause of Constipation and Low Back Pain: A Case Report

Ali Yavuz Karahan

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Usak, Usak, Turkey

Objective: A presacral Tarlov cyst is an unusual cause of constipation, and low back pain. The unusual location of a presacral Tarlov cyst can lead to misdiagnosis and inappropriate treatment. To guide appropriate diagnosis and treatment, we want to share our case with his radiologic features, and management of therapy for this rare lesion.

Case: A 42-year-old man presented with a history of discomfort and mild distending lower back pain and constipation for 24 months. These symptoms were intermittent and exacerbated by a cough, and excessive squatting and improved after bed rest. Medical treatments, including different nonsteroidal anti-inflammatory drugs, had proved unsatisfactory. The patient underwent a detailed physical examination and imaging evaluation. Imaging included plain x-rays, and magnetic resonance imaging of lumber vertebras was performed. Magnetic resonance imaging showed a big presacral cystic mass, which had no open connection with the subarachnoid space (Figure 1). Conservative management comprising bed rest was unsuccessful, and a further neurosurgery consultation offered surgery. Although the patient reported symptom relief after surgery, he experienced a decreased quality of life associated with weak low back muscles.

Conclusion: Although extremely rare, presacral Tarlov cysts should be suspected in patients with low back pain, mainly when pain occurs along with other neurologic symptoms. This case provides a reorganization for this rare disease, which may be helpful in guiding the appropriate diagnosis and treatment.

Keywords: Constipation, pain, perineural cyst

P-169 Memenin Mondor Hastalığı: Olgu Sunumu

Ümit Seçil Demirdal, Ayhan Aşkın, Korhan Barış Bayram

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir, Türkiye

Amaç: Mondor Hastalığı (MH), torakoepigastrik sistem venlerinin tromboflebitidir. Torakoabdominal ve aksillar MH meme ile ilişkilidir ve 30-60 yaş kadınlarda nadiren görülür. İdiopatik olabildiği gibi mekanik travma, meme kanseri, geçirilmiş meme cerrahisi ve intravenöz ilaç kullanımı etyolojide yer almaktadır. Tanı etyolojik faktörler varlığında klinik ve ultrasonografik incelemelere dayanır. Burada lenfödem ön tanısıyla kliniğimize yönlendirilen bir hastada tespit edilen MH sunulmuş ve MH hakkında farkındalığın artması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli sekiz yaşındaki kadın hastaya iki sene önce sol meme kanseri nedeniyle kitle eksizyonu ve aksiler disseksiyon yapılmış. Operasyondan yaklaşık yedi ay sonra sol koltuk altından aşağıya kadar uzanan sert ip benzeri bir oluşumu fark ederek cerrahiye başvurmuş. Lenfödem ön tanısıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Hasta polikliniğimize koltuk altında sert bant ve gerginlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde meme kanseri nedeniyle operasyon, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü vardı; travma veya ilaç kullanımı benzeri herhangi bir özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde servikal ve omuz eklem hareket açıklıkları açık, omuz eklem hareket açıklıkları her yönde kısmen ağrılı idi. Sol omuz Hawkins, Neer, Speed, Yergason ve Ağrılı ark testleri negatifti. Her iki üst ekstremite kol, dirsek ve önkol çevre ölçümleri eşitti. Sol kol eleve edildiğinde; sol aksilladan başlayarak sol kola ve torakal lateralinden aşağıya doğrusal uzanan deriden kabarık, sert, ağrılı ve gergin fibrotik kord palpe edildi. Kord üzerinde ısı artışı ya da kızarıklık benzeri inflamasyonu düşündürecek herhangi bir bulgu yoktu. Yapılan doppler ultrasonografide bu yapının yer yer trombüsler içeren skleroze ve dilate ven olduğu raporlandı. Hastaya MH tanısı konarak nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç tedavisi başlandı. Masaj önerildi. Hastanın semptomları geriledi.

Sonuç: Memenin MH; ayrıcı tanısında selüllit, eritema nodozum, lenfanjiektazi, lenfanjioma ve metastatik cilt kanserleri yer alan; nadir görülen bir hastalıktır. Tedavisi memenin desteklenmesi, sıcak uygulama ve analjezik kullanımını içeren konservatif tedavidir. Yüksek emboli riski taşıyan hastalarda ve altta yatan ciddi hastalığı olanlarda düşük moleküler ağırlıklı heparin gerekebilir. Genel olarak emboli riski taşımaz. Kendiliğinden kaybolan, iyi prognozlu ve benign bir hastalıktır. Ancak MH varlığında dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta memenin diğer bölgelerinde olabilecek gizli malignensi varlığını araştırmaktır. Bu nedenle malignensiyi dışlamak amaçlı mamografi çektirilebilir. Oldukça nadir görülen ve iyi seyirli bir hastalık olmakla beraber MH; hastayı ya da klinisyeni tedirgin eden bir durumdur. Bu nedenle travma ve meme girişimleri öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda MH'da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Meme, mondor hastalığı, tromboflebit

P-170 Radiküler Ağrı ile Prezente Olan Tarlov Kisti Vakası

Fatih Bağcıer[1], Sevilay Cücen Batıbay[2]

[1]Kars Harakani Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Bölümü, Kars
[2]Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Lumbosakral perinöral kist (Tarlov kisti); dorsal kök ganglionuna yakın perineurium ve endoneurium katmanları arasında ortaya çıkan sinir kökü kistidir. Görülme sıklığı yaklaşık %4,6'dır. Bu kistler genellikle asemptomatiktir ve diğer bazı endikasyonlar için yapılan görüntülemede tespit edilirler. Semptomatik kistler nadirdir ve başvuru bel ağrısı, kauda ekin sendromu veya siyataljiye neden olabilirler.

Olgu: 15 yaşında kadın hasta bel ve sol bacak ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Ağrısı son 1 aydır şiddetlenmiş olup mekanik karakterli idi. Bilinen kaza, operasyon öyküsü olmayan hastanın ağrıları öksürmekle, hapşırmakla artıyordu. Fizik muayenesinde sol taraf SLR +, LASEQ +, L5-S1 dermatomunda hipoestezi tespit edildi. Kas gücü, DTR normaldi ve idrar, gayta inkontinansı yoktu. Laboratuvar bulguları normal olan hastanın lomber MRG' si: L5 ve S1 intervertebral disk düzeyinde sol S1 sinir kökünü çevreleyen perineural kist (oval şekil, 1.3 × 1.1 × 1.5 cm) şeklinde idi. Hastaya medikal tedavi olarak miyorelaksan, nsaid, gabapentin tedavisi başlandı. 2 hafta sonraki kontrollerinde ağrılarında gerileme görüldü ve kliniğimizce tedavisi düzenli olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Perinöral kistlerin etyolojisinde konjenital, travmatik ve inflamatuar faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir. Bu faktörler araknoid membranın büyümesine neden olarak beyin omurilik sıvısının normal akışını tıkar ve kistik yapının oluşumuna neden olur. Kist genellikle asemptomatiktir ancak nadiren çevre sinir dokuyu komprese eder, radiküler ağrı ve kauda ekuinaya neden olabilir. Tanısında miyelografi, BT veya MRG kullanılabilir. Tedavisinde semptomatik yaklaşım esastır. Medikal tedavide nsaid, miyorelaksan ve hastanın yaşına uygun şekilde gabapentin ve pregabalin kullanılır. Literatürde oral ve epidural steroid enjeksiyonları başarılı olmuştur. Ciddi ağrı ve nörodefisiti olan hastalarda cerrahi yaklaşımlar gündeme gelir.
Sonuç olarak radiküler ağrı ile kliniğimize başvuran hastalarda nadir de olsa tarlov kisti olasılığı göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Tarlov kisti, radiküler ağrı, nöropatik ağrı

P-171 The Importance of Ultrasound-Guided Diagnostic Injections in Low Back and Hip Pain

Esra Dilşat Bayrak[1], İlknur Aktaş[2], Feyza Ünlü Özkan[2]

[1]Rheumatology, Aydın Adnan Menderes University, Aydın, Turkey
[2]Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences Istanbul Fatih Sultan Mehmet Research and Education Hospital, Istanbul, Turkey

Objective: Low back and hip pain is very common in general population but it is difficult to make a definite diagnosis. In this case series,we study patients with low back and hip pain who goes under interventional US guided injections.

Case: CASE 1: 29 year old woman admitted to our hospital with low back and left hip pain. She had taken pulse steroid for 10 days for her brain tumor 8 years ago. 1 year after her treatment she had left hip pain. She gone to surgery for osteonecrosis.But her pain did not decreased Sacroiliac compression tests and Gillet's tests were positive. We performed ultrasound guided anestetic injection on left SI joint. After injection her pain pain VAS descreased 8 to 1. She diagnosed as SI joint dysfunction.

Case 2: 64 year old woman admitted to our hospital with 7 months right hip pain. She has hypoaestesia in lateral of the right leg. Deep tendon reflexes were normal and she has no pathologic reflex. ENMG results were normal. Right hip movements were painful. Right hip priformis muscle was painful with palpation. We performed priformis muscle injection with the guidance of ultrasound. Her pain and numbness completely resolved. She take the diagnosis of priformis syndome.

Case 3: 54 year old woman admitted to our hospital with right hip pain. She has rheumatoid arthritis for 8 years. Her MRI show effusion in her right hip. But her hip movements were painless.Calcific torakanteric bursit is seen in ultrasound examination. Ultrasound guided steroid and anestetic injection performed to her trochanteric bursit. Pain VAS score decreased 7 to 1. She diagnosed as torachanteric bursitis.

Case 4: A 56-year-old female patient was admitted to our clinic with pain in her left hip. She had pain while leaning forward, straight leg test was negative and muscle strength was normal. Her MRI showed left L5-S1 nerve root compression. But her neurologic examination and muscle strengts were normal. In her left sacroiliac provocation tests were positive. We performed ultrasound guided local anestetic injection. Her pain VAS score decreased 8 to 1. So the patient diagnosed as sacroiliac dysfunction.

Case 5: A 64-year-old female patient was admitted to our clinic with pain in her low back and right hip. She could not stand upright.Neurological examination, muscle strength and reflexes were normal. She has severe pain with palpation on right priformis muscle. We performed ultrasound guided local anesthetic injection to right priformis muscle. After injection, she easily stand upright. Her pain VAS score decreased 9 to 2. So she diagnosed as priformis syndrome.

Conclusion: In this case series we found that physical examination and imaging may not always yield definitive results in musculoskeletal disorders. USG provides both simultaneous and dynamic imaging and has been shown to be a reliable imaging tool in guiding the injection needle in performing accurate injections

Keywords: Low back pain, USG, injection

P-172 Yaygın Eklem Bulguları ile Prezente Olan İnfektif Endokardit Vakası

Burak Yılmaz, Levent Ediz, Murat Toprak, Yılmaz Şahin, Nazım Demir

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Van

Amaç: İnfektif endokardit (İE), kalbin endokard tabakasının mikroorganizmalar ile enfekte olması sonucu ortaya çıkan ve embolik komplikasyonlar ile çok çeşitli doku ve organları etkileyebilen; bir grup hastada myalji, artralji şeklinde, bazı hastalarda ise monoartritten simetrik poliartrit gelişimine kadar uzanabilen geniş bir spektrumda, nonspesifik eklem bulgularıyla karşımıza çıkabilen sistemik bir hastalıktır. Biz bu vakada yaygın eklem bulgularıyla prezente olan bir İE olgusu sunduk.

Olgu: Daha önce herhangi bir yakınması olmayan 30 yaşındaki erkek hasta, bir aydır devam etmekle birlikte özellikle son iki hafta içinde giderek artan halsizlik, göğsünde yanma, her iki el küçük eklemlerinde, sol diz ve sağ ayak bileğinde ağrı ve bazen 1-2 saati bulan sabah tutukluğu yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde; fotosensivite, malar raş, cilt döküntüsü, Raynaud fenomeni, ağız-göz kuruluğu, saç dökülmesi, oral aft, genital ülser, ishal, daktilit, idararda yanma, enfeksiyon öyküsü yoktu. Bazı günler 2-3 saat süren 38 °C'yi geçen aralıklı ateş şikayeti tarifliyordu. Kullandığı nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ile (diklofenak sodyum) eklem şikayetlerinin rahatladığını ancak bu etkinin kısa sürdüğünü söylüyordu. Öksürük, balgam, dispne şikayeti yoktu. Aile öyküsünde özellik yoktu. Fizik muayenede genel durumu iyi, konjonktivalar hafif soluk, cilt ve tırnak bulgusu yoktu. Vücut ısısı 38.3 °C, akciğer sesleri doğal, mitral kapakta 2/6 sistolik üfürüm, aort odağında diyastolik üfürüm mevcuttu. Bilateral metakarpofalengeal ve proksimal interfalengeal eklemlerde hassasiyet ve eklem hareket açıklığı kısıtlılığı mevcuttu, sol diz ve sağ ayak hareketleri ağrılı ve kısıtlı idi, efüzyon saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulgularında C reaktif protein:158 mg/l (normal aralık 0-5 mg/l), eritrosit sedimentasyon hızı 115 mm/saat, nötrofilik lökositozu mevcuttu (lökosit sayımı 13500/mm3), hemoglobin 11.1 g/dl, MCV 75 fL, trombosit sayısı 360000/uL, RF:55 IU/L, C3:80 mg/dl (normal aralık 90-180 mg/dl), tam idrar tahlilinde hematüri mevcuttu, antinükleer antikor (ANA), anti nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ve anti siklik sitrülinize peptit (anti CCP) negatif saptandı. Hastanın yapılan ateş takibi doğrultusunda 38 °C'yi bulan ateşi gözlendiğinde hastadan kan kültürü için örnekler alındı. Yapılan transözefagial ekokardiyografide aort kapağı üzerinde bakteriyel endokardit ile uyumlu vejetasyon izlendi. Kan kültürlerinde penisiline tam duyarlı streptekokus viridans üreyen hastaya 12 milyon ünite kristalize penisilin G, 4 saatte bir İV (4 hafta süre ile) ve mevcut eklem bulgularının semptomatik tedavisi için diklofenak 150 mg/gün başlandı. Bu tedavi altında hastanın hem konstitüsyonel semptomları hem de eklem bulguları düzeldi.

Sonuç: Bu vakamızda olduğu gibi infektif endokarditte ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi konstitusyonel semptomların yanı sıra hastalarda oldukça farklı muskuloskeletal belirtiler görülebilir. Konstitusyonel semptomlar ile birlikte ateş ve yaygın eklem bulguları olan bir hastada kardiyak bir üfürüm duyulmasa bile infektif endokardit akla getirilmeli ve bu tanıyı dışlamaya ya da doğrulamaya yönelik ileri tanı yöntemleri kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnfektif endokardit, artrit, ateş

P-173 Comparison of Platelet Rich Plasma, Steroid Injections and Surgical Treatment in Patients with Carpal Tunnel Syndrome

Pınar Ergün[1], Özlem Karataş[1], Ali Ergün[2], İlknur Can[3]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Health Sciences University, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey
[2]Departmant of Orthopaedics and Traumatology, Kemer state hospital, Antalya, Turkey
[3]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Şemdinli state hospital, Hakkari, Turkey

Objective: Carpal tunnel syndrome (CTS) is one of the most common diagnoses in a hand surgeon's office. Due to this prevalence and cost, non-surgical treatments become more important. PRP treatment has a potential to become a part of non-surgical approach in CTS as a regenerative method. The aim of this study is to investigate the possible beneficial effects of platelet-rich plasma (PRP) injection in carpal tunnel syndrome (CTS) to compare steroid injection and surgery.

Materials-Methods: A total of 73 patients were included with moderate idiopathic CTS. Moderate CTS were placed into either PRP groups, steroid groups or surgery groups. The short- and mid-term outcomes were determined with the use of the boston questionnaire,the pain scale VAS, pinch strenght, hand grasp and EMG administered at 0, 4, 12 and 24 weeks follow-up. Patients were injected with one dose of 1 mL of PRP and steroid.

Results: Groups were similar in age, sex, duration of symptoms, hand grip strength and electrodiagnostic parameters (P>0.05). In both groups, significant improvements were observed in VAS, Boston Scale and hand grip strength after treatment. In both groups there was no significiant differrence between three groups in all of clinical and electrodiagnostic parameters (p>0.05).

Conclusion: PRP infusion improved the clinical condition of the patients and that PRP infusion was beneficial for patients with mild-to-moderate CTS. Therefore, PRP seems to be an interesting alternative for the treatment of moderate CTS which, still, has not been thoroughly investigated

Keywords: Cts, prp, steroid

P-174 Masif Periartiküler Tutulumlu Osteopoikilozis Olgusu

Muhsin Doran, Kadriye Öneş, Aysel Çınar

İstanbul Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Osteopoikiloz (OPK) nadir görülen, asemptomatik bir kemik displazisidir. OPK tanısı genellikle diğer lokomotor sistem semptomları için yapılan radyografilerde rastlantısal olarak konulur. Kemik tümörleri ile karışabilen multipl, küçük, dairesel veya oval şekilli radyodens lezyonları ile karakterizedir. OPK genellikle asemptomatiktir; fakat hastaların %15-20'sinde eklemlerde hafif derecede ağrı ve efüzyonlar görülebilmektedir. En sık görülen bölgeler uzun tübüler kemiklerin epifizleri ve metafizleri ve karpal kemikler, tarsal kemikler, pelvis ve skapulalardır.Bu hastalık osteoblastik kemik metastazlarını taklit edebilir. Bu nedenle, klinik pratikte osteopoikiloz ve metastatik kemik tümörü arasında ayırımı yapabilmek için bu hastalığı tanımalıyız.

Olgu: 33 yaşındaki kadın hasta sol omuz ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Omuz ağrısı uzun zamandır aralıklı varmış. 3 ay önce yer seviyesinden düşme sonrası ağrısı artış göstermiş. daha önce çekilen radyografisinde kemiğinde bazı lezyonlar izlendiği söylenmiş. Dahiliye, ortopedi, onkoloji kliniklerine yönlendirilmiş.Lokomotor sistem muayenesinde palpasyonla sol biseps tendon hassasiyeti izlendi. Sağ omuz fleksiyonu 130 dereceden sonra ağrılıydı ancak bütün eklem açıklıkları açıktı. Sol üst trapez ve levator skapula kaslarında miyofasiyal ağrılı bantlar bulundu. Nörolojik muayene,geri kalan lokomotor sistem ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Deri lezyonu saptanmadı.Olgunun sol omuz antero-posterior grafisinde humerus başı ve korokoid çıkıntıda çok sayıda yuvarlak ve ovoid 3-5mm hiperdens lezyonlar mevcuttu. Eski grafileri sorgulandığında 2 ay önce ortopedi kliniğinde skolyoz ön tanısı ile ortoröntgenogramı çekildiği öğrenildi. Olgunun her iki omuz eklemleri, dirsekler, el bileği kemikleri, proksimal ve distal metakarpal ve falankslarda, pelvis, her iki kalça eklemleri, diz eklemleri, ayak bileği eklemlerinde jukstaartiküler yerleşimli, simetrik, sınırları belirgin, çok sayıda küçük homojen sirküler veya oval radiyodansitesi artmış odaklar gözlendi. Osteoblastik kemik metastazından şüphelenilen olgudan detaylı radyolojik ve laboratuvar inceleme istendi.Kemik sintigrafisi ve abdominopelvik ultrasonu normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar tetkiklerinde; 25(OH) vitamin D 8.05ng/mL(30-100), 24 saatlik idrarda kalsiyum 30mg(100-320) ölçüldü.Eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan, romatoid faktör, C-reaktif protein, tiroid, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, serum kalsiyum, fosfor, magnezyum, kemiğe spesifik alkalen fosfataz, paratiroid hormon,kalsitonin düzeyleri normal bulundu.Tüm vücut kemik dansitometrisinde tüm vücut toplam bölgesinde ölçülen BMD 1.084 g/cm², Z skoru 0.6'lık değerle normal sınırlar içerisinde bulundu.Bizim olgumuzda eklem ağrısı dışında ek yakınma yoktu. Osteopoikilozlu hastaların bir kısmında eklem ağrısı ve efüzyon olabileceği belirtilmektedir, ancak bugüne kadar eklem yakınmaları ve osteopoikiloz arasında net bir ilişki gösterilememiştir. Ayırıcı tanıda serum alkalen fosfataz değerlerinin normal olması ile paget hastalığından; lezyonların simetrik ve iyi sınırlı oluşu, osseöz destrüksiyon izlenmemesi,kemik sintigrafisinin normal olması ile tümör metastazından uzaklaşıldı.deri lezyonlarının ve diğer ek organ patolojilerinin izlenmemesi ile tüberoskleozdan uzaklaşıldı.Tüm bu radyolojik, laboratuvar ve klinik bulgular ışığında olgu OPK olarak değerlendirildi.Sol omzundaki ağrısı için NSAİİ, TENS, kesikli ultrason uygulandı. Miyofasiyal bantları için trapez ve levator kas germe egzersizleri ve kuru iğneleme yapıldı. D vitamini replasmanı başlandı.1 ay sonraki kontrolde hastanın ağrısının gerilediği görüldü.

Sonuç: Jukstaartikler, çoklu simetrik, yuvarlak sklerotik lezyonların varlığında OPK akılda tutulmalıdır. Klinisyenlerin gereksiz müdahalelerden kaçınmak için görüntü kalıplarını tanıması önemlidir. Düz radyografilerde bu asemptomatik durumun fark edilmesi, daha pahalı veya invaziv araştırmalara duyulan ihtiyacı ortadan kaldırabilir.

Anahtar Kelimeler: Kemik displazisi, osteopoikilozis, otozomal dominant, sklerotik kemik lezyonları

P-175 Simetrik Artrit ile Başvuran Akut Sarkoidoz Olgusu; Löfgren Sendromu

Sevcan Uğur[1], Cahit Kaçar[2]

[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü, Balıkesir
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Sarkoidoz; kronik, etyolojisi bilinmeyen, dokularda non kazeifiye granülamatöz nekroz ile karakterize, sistemik bir hastalıktır. Sarkoidoz en sık akciğer ve torasik lenf nodlarını etkilemekle birlikte cilt, göz, eklem ve diğer organ tutulumları da gözlenebilir. Biz bu olgu sunumunda simetrik ayak bileği artriti ile başvuran, Löfgren sendromu tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta her iki ayak bileğinde şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri bir ay önce başlamıştı. Özgeşmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Ağız kuruluğu, göz kuruluğu, psöriazis, oral ülser, genital ülser, fotosensivite, malar raş, bel, kalça ağrısı, öksürük, balgam, abortus, preterm doğum, derin ven trombozu öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde her iki ayak bileği şiş ve hassastı, her iki bacak ön yüzünde ağrılı, eritemli, subkutan nodüller vardı. Eritema nodozum ile uyumluydu. Posterior-anterior akciğer grafisinde bilateral hiler lenfadenopati ile uyumlu görünüm vardı. Laboratuvar incelemesinde; C reaktif protein 7.26 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 87 mm/saat, Hb 10.2 gr/dL, lökosit 10.1x10³µL, Romatoid faktör<20 İÜ, ANA negatifti. Toraks tomografisinde her iki mediastende en büyüğü paratrakeal mesafede yaklaşık 23 x 29 mm boyutunda çok sayıda lenf nodları izlendi. Mediasten lenf nodu örneklemesi yapıldı patoloji granülamatöz lenfadenit ile uyumluydu. Hasta akut sarkoidoz olarak değerlendirildi. Kortikosteroid tedavisi planlandı. Tedavi sonrasında artrit ve eritema nodozum bulguları düzeldi. Hastanın takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Sarkoidoz artralji ve artrite neden olabilir. Ayak bileği, diz, dirsek ve el bileği en sık tutulan eklemlerdir. Löfgren sendromu, eritema nodozum, iki taraflı hiler lenfadenopati, artrit veya artralji birlikteliği ile karakterize akut sarkoidozun bir formudur. İlk olarak 1952 yılında Löfgren tarafından tanımlanmıştır. Tedavide sıklıkla non steroidal anti inflamatuvar ilaçlar veya düşük doz prednizolon ile yanıt alınır. Hastalık sıklıkla iyi prognozludur. Dirençli vakalarda metotreksat ve hidroksiklorokin kullanımı bildirilmiştir. Bizim olgumuz simetrik ayak bileği artriti, eritema nodozum, hiler lenfadenopati, lenf nodu biopsisi ile Löfgren sendromu tanısı aldı. Tedavisiye iyi yanıt alındı. Biz bu olgu ile beraber simetrik ayak bileği artriti ile başvuran hastaların sarkoidoz yönünden araştırılmasının önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, löfgren sendromu, artrit

P-176 Perniyo Tanısı Alan Bir Olgu

Sevcan Uğur[1], Cahit Kaçar[2]

[1]Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Balıkesir
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Perniyo soğuk maruziyetinden sonra gelişen kaşıntılı veya ağrılı viyolase renkli akral lezyonlarla karakterize inflamatuvar bir deri hastalığıdır. İdiyopatik olabileceği gibi altta yatan bir sistemik hastalığa bağlı da oluşabilir. Bu raporda perniyo tanısı alan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: On dokuz yaşındaki kadın hasta polikliniğimize 10 yıldır el cildinde, kış aylarında ortaya çıkan kırmızı, mor renkli lezyonlar nedeniyle başvurdu. Eldeki lezyonların soğuk havalarda özellikle kış aylarında başladığı, sıcakla düzelip ve yaz aylarında tamamen geçtiği öğrenildi. Ciltteki lezyonların daha çok proksimal interfalangial eklemlerin (PİF) dorsal yüzlerinde bazen de parmak distal uçlarında olduğu, kaşıntının, yanma hissinin eşlik ettiği öğrenildi. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Oral ve genital ülser, fotosensivite, malar raş, alopesi, abortus, preterm doğum, derin ven trombozu öyküsü yoktu. Sistemik muayenesinde özellik yoktu. Sağ el ve sol el 2,4 ve 5. parmaklarda eritemli, viyolase papül ve plaklar vardı. Vücudun diğer yerlerinde cilt lezyonları yoktu. Alt ve üst ekstremitede kuvvet kaybı yoktu. Laboratuvar incelemesinde kreatin kinaz, hemoglobin, lökosit, trombosit, kompleman, eritrosit sedimentasyon hızı, C reaktif düzeyleri, tam idrar tetkiki ve hepatit belirteçleri normaldi. Anti nükleer antikor, ENA profili, anti kardiyolipin IgG ve IgM, Lupus antikoagülan, anti β2 glikoprotein IgG ve IgM, anti nötrofilik sitoplazmik antikor negatifti. Dermatoloji bölümüne biyopsi yapılması için konsülte edildi. Hastaya perniyo tanısı kondu. Pentoksifilin 400 mg/gün başlandı. Soğuğa maruziyetten kaçınılması önerildi.

Sonuç: Perniyo veya chilblain ilk olarak 1930'da tanımlanmıştır. Genellikle ellerde ve ayaklarda küçük, kaşıntılı kırmızı veya mor şişliklere neden olur. Kulak ve burun gibi bölgelerde de lezyonlar oluşabilir. Soğuğa maruziyetten sonra lezyonlar ortaya çıkar. Perniyo primer veya sekonder olarak görülebilir. Sekonder olgularda sistemik lupus eritematosus, antifosfolipid sendromu, miyelomonositik lösemi, romatoid artrit, viral hepatit gibi hastalıklar veya ilaç kullanım öyküsü vardır. Perniyo ile karışabilen hastalıkların başında Raynaud fenomeni gelir. Raynaud fenomeninde soğuğa bağlı gelişen vazokonstriksiyon, deride solukluk, takiben gelişen siyanoz ve eriteme yol açar. Ataklar perniyodakinden daha kısa sürelidir Bizim olgumuzda purpurik papüller ve plaklar mevcuttu. Lezyonlar kış aylarında ortaya çıkıyor yaz aylarında geçiyordu. Bu bulgular literatür ile uyumluydu. Romatolojik sorgusunda özellik olmaması ve serolojik tetkiklerinin normal olması, ilaç kullanım öyküsünün olmaması primer perniyo düşünmemizi sağladı. Perniyo soğuğa maruziyet sonrasında özellikle vücudun uç kısımlarında gelişen ödemli, eritemli, viyolase cilt lezyonlarının varlığında düşünülmelidir. Tanı ayrıntılı anamnez ve fizik muayene bulguları ile konur. Klinik şüphe varlığında biyopsi tanıda yardımcı olabilir. Tedavide eldiven giyilmesi, sigaranın bırakılması, soğuk ortamlardan kaçınılması önerilebilir. Semptomlar şiddetli ise kalsiyum kanal blokerleri, nifedipin, pentoksifilin gibi ajanlar kullanılır. Günlük romatoloji pratiğinde çok çeşitli cilt bulgularına sahip hastalar ile karşılaşıyoruz, vücudun uç kısımlarında kırmızı, viyolase renkli cilt lezyonları ile başvuran hastalarda perniyo ayırıcı tanıda düşünülmeli, lezyonların özellikleri ayrıntılı öykü ile değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Perniyo, viyolase, papül

P-177 Hemiplejik Hastada Yaygın Ağrı: Osteomalazi

Ayşegül Tombak[1], Yasemin Tombak[2], Elif Yalçın Topçuoğlu[1]

[1]S.B Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
[2]S.B Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Yaygın ağrı şikayeti olan hemiplejik hastada osteomalazi tanısı koyduğumuz bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında sol hemiplejik kadın hasta özellike son 5-6 yıldır giderek artan yaygın ağrı şikayeti nedeniyle başvurdu. 9 yaşında pilositik astrositom operasyonu sonrası sol hemipleji geliştiği öğrenilen hasta bağımsız desteksiz ambuleydi. Daha önce nonsteroidantiinflamatuar ilaçlardan ve fizik tedavi uygulamalarından fayda görmediği öğrenildi. Hastaya yapılan fizik muayenede sol omuz eklem hareket açıklığı limitli ve ağrılı, kalça diz ve bel eklem hareket açıklığı tam ve ağrılı bulundu. Motor muayenesinde kas gücü sağda 5/5 sol üst ekstremite Brunnstrum evre:3 sol el evre:1-2 sol alt ekstremite evre:3-4 şeklindeydi. Hastanın diğer sistem bulgular normaldi.Kullandığı ilaçları sorguladığımızda 17 yıldır antiepileptik ilaç kullandığını öğrendik. Hastanın laboratuvar bulgularında 25 hidroksi vitamin D: <3ng/ml, PTH:368.1pg/ml, ALP:414 U/L P:1.9 mg/dl Ca:9 mg/dl olarak saptandı. Hastada bu değerler ile osteomalazi ön tanısı düşünüldü. Hastadan hiperparatiroidi açısından paratiroid usg, 24 saatlik idrarda kalsiyum, kemik mineral dansitometrisi istendi. Paratiroid usg normal olarak yorumlandı.24 saatlik idrar kalsiyumu düşük saptandı. Kemik mineral dansitometrisi osteoporotik olarak sonuçlandı. Kontrol 25 hidroksi vitamin D:3.1 ng/ml Pth:433 pg/ml, Alp:364 U/L P:4.5 mg/dl Ca:8.5 mg/dl geldi. Hastaya D vitamini tedavisi başlandı. 4 hafta sonra kontrol 25 hidroksi vitamin D:18.3ng/ml PTH:155.5 pg/ml olarak geldi. D vitamini replasman tedavisi sırasında hastanın ağrılarında belirgin azalma gözlendi.

Sonuç: Özellikle uzun süreli antiepileptik kullanımı gibi risk faktörü olan hemiplejik hastalarda yaygın ağrı şikayetinde osteomalazi düşünülmeli ve hızlı bir şekilde tanı konulup tedavi verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemipleji, osteomalazi, ağrı

P-178 Romatoid Artrit Tanılı Bir Hastada Düşük Doz Metotreksat Kullanımına Bağlı Gelişen Cilt Erüpsiyonu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Günel Rasulova, Hatice Ağır, Esra Dilek Keskin

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Bu olguda kısa süreli ve düşük doz metotreksat (MTX) kullanımına bağlı cilt erüpsiyonu gelişen vakamız sunulmaktadır. Amacımız, nadir görülmesine karşın, düşük doz MTX kullanımında dahi cilt erüpsiyonlarının gelişebileceğine vurgu yapmak ve bu konuda kısıtlı olan mevcut literatüre katkı sağlayabilmektir.

Olgu: Yaklaşık 3 hafta önce tarafımızca romatoid artrit (RA) teşhisi konup, takibe alınarak haftalık 10 mg subkutan MTX ve 5 mg folik asit başlanan altmış yaşında kadın hasta, sol el baş parmakta kızarıklık ve ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden, MTX uygulamasını takiben, başparmağında yuvarlak, kızarık, mor lezyonların çıktığı ve sonrasında ise birkaç saat içinde bu lezyonların kaybolduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol el 1. metakarpofalangeal (MKF) eklem üzerinde eritemli zeminde mor-viyole renkli yaklaşık 3 cm çaplı plak görüldü ve vücudun diğer bölgelerinde herhangi bir cilt lezyonu saptanmadı. Laboratuvar bulguları: hemogram değerleri normal sınırlarda izlenmekle birlikte CRP 11,4 mg/l ve RF 29 İU/ml olarak saptandı. Hasta MTX kullanımına bağlı cilt erüpsiyonu ön tanısı ile dermatoloji bölümüne konsulte edildi. Hastadan alınan cilt biyopsisi materyalinin patolojik kesitlerinde; epidermiste belirgin spongiyoz subepidermal bül oluşumu, papiller dermiste belirgin ödem ve eozinofilleri de içeren yoğun mikst sellüler inflamasyon gibi 'fix ilaç erüpsiyonu' ile uyumlu değişiklikler izlendi. MTX enjeksiyonu sonrası cilt erüpsiyonu gelişen hastanın MTX tedavisi sonlandırıldı ve 10 mg/gün deltakortil tedavisi başlandı. 10 gün sonra kontrole gelen hastanın cilt lezyonunun gerilediği görüldü.

Sonuç: RA tedavisinde hastalığı modifiye eden antiromatizmal ilaçlar (DMARD) arasında ilk seçenek metotreksattır. MTX'ın en sık yan etkileri stomatit, başağrısı, halsizlik, yorgunluk ve anoreksidir. MTX'a bağlı cilt erüpsiyonu sıklıkla malignitelerde kullanılan yüksek doz MTX'la ilişkilendirilse de nadir olarak bizim olgumuzda olduğu gibi düşük doz kullananlarda da karşılaşılabilmektedir. MTX'a bağlı cilt erüpsiyonunun patogenezi net olarak anlaşılamamakla birlikte bu konuyla ilgili literatürde yeterli sayıda çalışma mevcut değildir. Bu olguyu sunmaktaki amacımız RA tanısı ile takipli MTX başlanan bir hastada nadir görülmesine karşın kısa süre ve düşük dozlarda da cilt erüpsiyonun görülebileceğini ve ilacın kesilmesiyle lezyonların kısa sürede gerileyebileceğini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, metotreksat, cilt erüpsiyonu

P-179 Antiviral İlaç Kullanımına Bağlı Gelişen Femoral Nöropati: Olgu Sunumu

Burcu Önder[1], Fatih Oğuz Önder[2], Betül Yavuz Keleş[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Acıbadem Üniversitesi, Gastroenteroloji, İstanbul

Amaç: Herhangi bir travma, kırık veya cerrahi girişim olmadan femoral sinir lezyonu oldukça nadir görülmektedir. İlaç kullanımı sonucu gelişen nöropatiler vakaların %2 - 4'ünden sorumludur. En çok suçlanan ilaçlar kemoterapötik ve antiviral ilaçlardır. Buradaki vakada ise antiviral ilaç kullanımına bağlı gelişen femoral nöropati sunulmuştur.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta 1 aydır giderek artan sol uylukta kuvvetsizlik ve bacakta uyuşma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hepatit B nedeniyle tenofovir kullanımı mevcuttu, başka eşlik eden hastalığı bulunmamaktaydı. Sol bacakta uyuşukluk ve güçsüzlük başlayınca hepatit B açısından takipli olduğu gastroenteroloji polikliniğinde femoral nöropati ön tanısı ile tenofovir kesilip entekavir başlanmış. Bilinen bir travma öyküsü yoktu. Muayenesinde sol diz ekstansiyon kas gücü 4/5, sol patellar derin tendon refleksi ise hipobolik olarak bulundu. Hasta duyu muayenesine çok koopere olamadı ancak sol bacakta genel bir hipoestezi hissettiğini belirtti. Hasta lomber kök basısı ön tanısı ile magnetik rezonans görüntüleme ile incelendi. Patolojik bulgu tespit edilmedi. Sol femoral sinir lezyonu ön tanısı ile elektrofizyoloji laboratuvarına yönlendirildi. Yapılan sinir ileti çalışmasında sol femoral motor sinir ve safen duyu siniri elde edilemedi. Bilateral tibial ve peroneal sinir, sağ femoral sinir motor ileti çalışmaları ve her iki sural ve sağ safen sinir duyu ileti çalışması normal sınırlarda elde edildi. İğne EMG'de ise sol quadrisepste istirahat esnasında spontan aktivite gözlendi. İstemli kasıda ise motor ünit potansiyellerinde seyrelme saptandı. İncelenen diğer kaslarda normal iğne EMG bulguları saptandı. Yapılan elektrofizyolojik inceleme sonucunda sol femoral sinirin akut dönem parsiyel aksonal lezyonu tanısı konuldu. Bunun üzerine femoral sinire bası yapabilecek apse, kitle, hematom vs. ekarte edebilmek için ultrasonografi istendi ve femoral sinire eksternal bası gözlenmedi. Hastanın femoral sinir lezyonu kullandığı tenofovire bağlandı.

Sonuç: Sonuç olarak kuvvetsizlik ve uyuşma nedeni ile başvuran hastalarda kullandıkları ilaçları ve eşlik eden hastalıkları dikkatle sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Femoral nöropati, antiviral ilaç, hepatit B

P-180 Osgood-Schlatter Hastalığı Olgu Sunumu

Eser Kalaoğlu, Havvanur Albayrak, Merve Yıldız Yardımcı, Gökhan Taşkın, Fatma Nur Kesiktaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

Amaç: Osgood-Schlatter hastalığı tüberositas tibianın avasküler osteonekrozudur. Osgood-Schlatter hastalığı, genellikle hızlı büyüyen ve atletik olarak aktif adolesanlarda en sık görülen, iyi huylu, kendi kendini sınırlayan bir diz hastalığıdır. Bu hastalığı ilk kez 1903 yılında, Robert Bayley Osgood ve Carl Schlatter adında birbirinden bağımsız çalışan iki otör tanımlamıştır. Osgood-Schlatter hastalığının tanısı genellikle tüberositas tibia lokalizasyonunda karakteristik lokalize ağrı ve ilişki olduğu durumlara bağlı olarak konmaktadır. Tanı klinik olmakla birlikte, radyografi ve manyetik rezonans görüntüleme ayırıcı tanı ve tanıyı kesinleştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Olgumuzu literatürde bildirilen olgulara benzerlik göstermekle birlikte, Osgood-Schlatter hastalığının tipik klinik ve radyografik bulguları nedeni ile sunmayı planladık.

Olgu: 13 yaşında erkek hasta, polikliniğimize her iki dizde ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurdu. Şikayetleri 5 ay önce başlayan hastanın öyküsünde herhangi bir travma öyküsü yoktu. Yaklaşık 5 yıldır düzenli basketbol oynayan hasta son 6 aydır basketbol oynama sıklığını arttırdığını ve şikayetlerinin basketbol oynadıktan sonra şiddetlendiğini tarifledi. Son 1 aydır ağrı şikayetine dizlerinde şişlik de eklendiğini ifade etti. Fizik muayenesinde her iki tibia tüberkülü lokalizasyonunda palpasyonla hassasiyet olduğu saptandı. Her iki diz aktif ve pasif eklem hareket açıklığı(EHA) tam olmasına rağmen sonlara doğru ağrılıydı. Vizuel analog skala (VAS):9 saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın her iki diz anterior-posterior ve lateral diz grafileri istendi. Diz grafilerinde yumuşak doku şişliği, tüberositas tibiada kortikal düzensizlik ve kemik fragmentasyonu saptanan hastanın bulguları Osgood-Schlatter hastalığı ile uyumlu bulundu. Aktivite kısıtlaması, soğuk kompresyon, diz destekleme bandajı ve non steroidal antienflamatuvar ilaç önerildi. 1 ay sonra kontrol için polikliniğimize başvurdu. VAS:3 olan hastanın fizik muayenesinde her iki tibia tüberkülü lokalizasyonunda palpasyonla hassasiyette azalma olduğu gözlendi.

Sonuç: Osgood-Schlatter hastalığı quadriceps kasının tekrarlayan kontraksiyonları sonucu patellar tendonun tuberositas tibiada yapışma yerindeki liflerinde yırtılma ve sonuçta tuberositas tibianın bir parçasının kopması sonucu gelişir. %30 hastada bilateral görülebilmektedir. Risk faktörleri ve tipik öykü bu hastalıktan şüphelenmek için çoğu zaman yeterlidir. Ancak diz ağrısını travma gibi sık veya enfeksiyon, tümör gibi daha ciddi tanılardan ayırt etmek için görüntüleme değer taşımaktadır. Kas iskelet ağrısı olan 1000 çocuk hastanın incelendiği bir çalışmada, %33 oranında diz ağrısı saptanmış olup, bunların %0,6'sını Osgood-Schlatter hastalığı oluşturmaktadır. Egzersizle artan diz ağrısı hastadaki tek yakınma olabilir. Bizim olgumuzda da basketbol oynamakla şiddetlenen ve sıklığı artan diz ağrısı bu durumu desteklemektedir. Ancak yakınması olmayıp rastlantısal olarak radyografi bulgusu olan hastalar da vardır. Hastalık genellikle kendini sınırlayıcıdır, fizik tedavi ile semptomları kontrol altına almak ve hızlı iyileşme mümkün olmaktadır. Hastamız konservatif tedaviden fayda görmüştür; ancak kronik, medikal ve fizik tedaviye dirençli az sayıdaki olguda cerrahi tedavi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, diz ağrısı, osgood-schlatter hastalığı

P-181 İnfliximab Tedavisine Yanıt Veren Dirençli Tekrarlayan Polikondrit Vakası

Sertaç Ketenci[1], Nurçe Çilesizoğlu Yavuz[2], Samet Tatlı[2], Canan Çelik[2]

[1]Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Romatoloji, İzmir
[2]Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Giresun

Amaç: Tekrarlayan polikondrit, artiküler ve artiküler olmayan kıkırdak dokuda ataklarla seyreden inflamatuar, otoimmün bir hastalıktır. Oldukça nadir görülmektedir. İnsidans ve prevalansı tam bilinmemekle birlikte Kafkas ırkında prevalans 4,5/1000000 olarak bildirilmiştir. Her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 5. dekatta karşılaşılmaktadır. Her 2 cinsiyette eşit olarak görülmektedir. Hastalık proteoglikan bakımından zengin dokular, özellikle kulaklar, burun, solunum yolu, gözler ve eklemler dahil olmak üzere birçok organı etkileyebilir. Olguların %80'ninde artralji veya artrit gelişir. Artrit seronegatif, non-dekstrüktif ve gezici karakterde bir veya daha fazla, büyük ya da küçük eklemde gelişebilir. Tedaviye sistemik steroidlere yanıt genellikle gelişmektedir. Bunun dışında mikofenolat mofetil, kolşisin, dapson, azatioprin, siklosporin, metotreksat gibi immünsüpresif ajanlar ve TNF inhibitörleri de tedavide kullanılabilir. Bu bildiride dirençli tekrarlayan polikondrit atakları olan kadın hasta ele alındı.

Olgu: 49 yaşında kadın hasta her iki kulak kepçesinde ağrı ve sol gözde kanlanma ve ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın hikayesinde 1 yıl önce her iki el bileğinde ağrı ve şişlik şikayetleri olmuş. Zaman içinde kulak kepçesinde ağrı ve gözlerde kızarıklık ve ağrı şikayeti gelişmiş. Hastanın her iki el bileğinde şişlik ve ağrı şikayetleri olmuş. Hastanın burunda hassasiyeti yokmuş. Solunum sistemi ile ilgili bir semptomu olmamış. Kulakta çınlama ve işitme kaybı gibi şikayetleri olmamış. Herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan hastanın, soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan romatolojik sorgulamasında 5 kere episklerit hikayesi ve el bileklerinde şişlik ve ağrı şikayeti dışında pozitif bir semptom tariflemedi. Fizik muayenesinde her iki aurikula ve dış kulak yolunda hassasiyet, sol gözde kızarıklık mevcuttu. Hastanın sol metakarpofalangeal ve bilateral proksimal ve distal interfalangeal eklemlerinde derin palpasyonla hassasiyet ve şişlik saptandı. Kızarıklık, ısı artışı yoktu. Hastanın diğer kas iskelet ve nörolojik muayenesi normaldi. Hastanın laboratuvar bulgularında beyaz küre normal, C-reaktif Protein: 0,17 mg/dl, eritrosit sedimantasyon hızı 34 mm/saat, RF, ANA, Anti-CCP, HLA-b27 negatifti. C3 ve C4 kompleman düzeyleri ise normal olarak ölçüldü. Ağrılı olan el-el bileğini görüntülemek amaçlı çekilen 2 yönlü radyografisinde patolojik görünüm saptanmayan hastanın görüntülemesi normal olarak değerlendirildi. Hastaya tekrarlayan polikondrit tanısı ile prednizolon tedavisi başlandı. Tedavisinin birinci ayında şikayetlerinde gerileme olmayan hastanın tedavisine metotreksat 15mg/hf tedavisi de eklendi. Bu şekilde takibi ve tedavisi devam eden hastanın, 6. ay kontrolünde şikayetlerinin kontrol altına alınamaması üzerine dirençli tekrarlayan polikondrit düşünülerek hastaya biyolojik DMARD olarak infliximab tedavisi başlandı. İnfliximab tedavisi sonrası kulak ve gözdeki ağrı ve kızarıklık şikayeti ile her iki el bilek ve eldeki şikayetlerinde belirgin olarak gerileme saptanan hasta infliximab tedavisi altında semptomları kontrol altına alınmış bir şekilde poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak tekrarlayan polikondrit seyrek görülen bir hastalıktır. Steroidler ve diğer immün supresör ilaçlarla kontrol altına alınamayan dirençli vakalarda infliximab tedavisinin etkili olabileceği ve tedavi seçenekleri arasında yer alabileceği bu vakada gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Artrit, tekrarlayan polikondrit, infliximab

P-182 The Correlation Between Isokinetic Quadriceps Strenght and Vitamin-D3 Defiency in Post-Menopausal Woman

Pınar Özbudak[1], Özlem Karataş[2], Cahit Kaçar[1]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Akdeniz University School of Medicine, Antalya, Turkey
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey

Objective: Vitamin D is a vitamin known to play important roles in bone metabolism and neuromuscular functions. Vitamin D deficiency is common in postmenopausal women and is associated with less benefit from sunlight, low vitamin D intake, staying at home, staying in winter, increased age, decreased absorption, and a deeper vitamin D synthesis capacity. Especially at advanced age, vitamin D deficiency may increase muscle weakness, muscle aches and consequent disbalance resulting in decreased risk of fracture.

Materials-Methods: In this study, we evaluated bilateral qadriceps muscle strength in postmenopausal women with an isokinetic test (bilateral Quadriceps 60 ° -90 ° isokinetic) that allowed quantitative and objective measurement of musculoskeletal performance.We evaluated the correlation of muscle power with measurements of PTH, 25 (OH) D vitamins, Ca, creatinine (Cr), alanine transaminase (ALT), alkaline phosphatase (ALP), total creatine kinase (total CK).

Results: D vitamini levels and lower extremity muscle strength were not statistically significant. In the postmenopausal group of patients over 55 years of age, very few studies are available in the related literature. In this regard, there is a need for work to be done for a clear vision consortium. Conclusion: It is important to consider secondary causes as well, in addition to deficiency of vitamin D, especially in elderly patients with musculoskeletal complaints and to conduct examinations in this regard.

Keywords: Vitamin D3, isokinetic, muscle strenght

P-183 Sinovial Kiste Bağlı Gelişen Pediatrik Düşük Ayak Olgusu

Damla Cankurtaran, Ece Ünlü Akyüz, Burak Özer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Amaç: Düşük ayak çok farklı etiyolojik nedene bağlı olmakla birlikte peroneal sinir kompresyon nöropatisine bağlı sıkça görülmektedir. Sinovial kist sinovial eklem ya da tendon kılıflarından köken alan iyi huylu yumuşak doku tümörüdür. Tibiofibular eklem komşuluğunda görülen sinovial kist peroneal kompresyon nöropatisinin nadir nedenlerinden biridir(1). Çocuk hastalarda erişkilere kıyasla daha nadir görülmektedir(2).

Olgu: 9 yaşında bir erkek hastada sinovial kiste bağlı gelişen düşük ayak olgusu sunulacaktır.1 ay önce dizden ayak bileğine kadar yayılan şiddetli ağrısı olan hastanın yakınları tarafından ayak bileğini yüzüne doğru çekemediği fark edilmiş. Yapılan klinik değerlendirme, elektrofizyolojik inceleme ve görüntüleme çalışmasının ardından hastaya histolojik inceleme yapıldı; sinovial kiste bağlı peroneal sinir kompresyon nöropatisi ile uyumlu bulgular elde edildi.

Sonuç: Sinovial kiste bağlı kompresyon nöropatileri sıklıkla üst ekstremitede median sinir ve ulnar sinirde görülsede sinovial kist peroneal sinir kompresyn nöropatisine de nadiren neden olabilmektedir. Bu nedenle sinovial kist düşük ayak gelişen hastalarda akılda bulundurulması gereken bir etiyolojik faktördür ve tanısında görüntüleme tetkikleri bize yoldukça faydalı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Düşük ayak, peroneal sinir felci, sinovial kist

P-184 Köpek Isırması Sonrası Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu Gelişen Bir Olgu Sunumu

Esra Şahingöz Bakırcı[1], Melek Aykut Selçuk[2], Alparslan Ali İzki[3]

[1]Göksun Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kahramanmaraş
[2]Akyurt Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[3]Elbistan Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kahramanmaraş

Amaç: Kompleks bölgesel ağrı sendromu tip I (KBAS tip I); kronik nöropatik ağrı sendromları içerisinde yer alan, ağrılı bir olaydan sonra gelişen, nöropatik veya nosiseptif karakterde ağrı, allodini/hiperaljezi, ödem, anormal vazomotor ve sudomotor değişiklikler ile seyreden klinik bir tablodur.Sıklıkla kemik fraktürleri, cerrahi, yumuşak doku travmaları gibi durumları takiben travmatize ekstremitelerin distal kısımlarında görülmekle beraber; kardiyak iskemi, spinal kord yaralanması ve serebrovasküler olay gibi santral sinir sistemi yaralanmalarında da daha nadir olarak görülebilmektedir. KBAS Tip I'de üst ekstremite, alt ekstremiteye oranla daha sık tutulmaktadır. En sık tutulan bölgeler el, el bilekleri, dizler, ayak ve ayak bilekleridir. KBAS tip I temel olarak klinik bir tanıdır. KBAS tip I tanısı semptom ve bulgulara dayanmakta olup, radyolojik görüntüleme yöntemleri (direkt grafiler, üç fazlı kemik sintigafi) ve laboratuvar testleri tanıya yardımcı olmak amacıyla kullanılmaktadır.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta polikliniğimize sol el ve el bileği bölgesinde ağrı, yanma, şişlik, hareket kısıtlılığı ve günlük yaşam aktivitelerinde zorlanma şikayeti ile başvurdu. Şikayetleri 3 aydır devam eden hastanın 4 ay önce sol el bileği 15 cm proksimali önkol medial bölgesinden köpek ısırması nedeniyle yaralanma öyküsü olduğu öğrenildi. Yaralanma sonrası yara debridman ve bakımı yapılan sonrasında yumuşak doku enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi alan hastanın ilgili bölgedeki cilt bütünlüğü ve yumuşak doku iyileşmesi sağlanmasına rağmen yaralanan bölgenin distalinde ağrı, ödem, yanma ve hareket kısıtlılığı geliştiği öğrenildi. Öz geçmişinde diyabetes mellitus ve 5 yıl önce kolon kanseri nedeniyle geçirilmiş operasyon öyküsü mevcuttu. Hastanın sistemik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Lokomotor sistem muayenesinde; sol el ve el bileği bölgesinde ödem, hassasiyet mevcuttu, karşı taraf ekstremite ile karşılaştırıldığında cilt daha parlak ve gergin görünümdeydi. Sol el bileği ekstansiyonu 40, fleksiyonu 30, metakarpofalengeal eklem fleksiyonu 50, proksimal interfalengeal eklem fleksiyonu 70, distal interfalengeal eklem fleksiyonu 40 dereceydi. Hastanın yapılan elektromyografisinde sol üst ekstremite iletim çalışmalarında herhangi bir sinir hasarı bulgusu saptanmadı. Hastanın posteroanterior sol el-el bilek grafisinde benekli osteoporoz görüldü. Mevcut klinik tablosu ile hasta KBAS tip 1 olarak değerlendirildi. Hastaya medikal tedavi ve fizik tedavi programına başlandı. Ağrılarında ve el-el bileği fonksiyonlarında kısmi düzelme sağlanan hastanın tedavisine devam edilmektedir.

Sonuç: KBAS sıklıkla lokomotor sistem yaralanmaları sonrası, travmatize bölgenin distalinde gelişmekte olup; nöropatik veya nosiseptif karakterde ağrı, allodini/hiperaljezi, ödem, anormal vazomotor ve sudomotor değişiklikler gelişen durumlarda akılda tutulması gereken ve tanı konulup tedavi edilmediği takdirde disabiliteye neden olabilen bir klinik tablodur.

Anahtar Kelimeler: Kompleks bölgesel ağrı sendromu, köpek ısırması, el

P-185 İdiyopatik Femur Başı Avasküler Nekrozunda Erken Tanı ve Tedavi

Tuğba Özsoy Ünübol, Emel Atar, Zeynep Candan, Figen Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Femur başı avasküler nekrozu (AVN) çoğunlukla genç hastalarda görülen progresif bir hastalık olup kemiğin vaskülarizasyonun bozulması ile kemik hücre ölümü görülmektedir. İlerleyici karekteri ile eklem yapısında bozulma, çökme ve dejeneratif artrit ile sonuçlanır. Erken evrede tanı konulmaz ise total kalça replasmanı ile sonuçlanmaktadır. Erken tanı ve tedavi dizabilitenin önlenmesi için önemlidir.

Olgu: 42 yaşında erkek hasta, 3 haftadır var olan sol uyluk ve kalça ağrısı ile polikliniğe başvurdu. Hareketle ve yürümekle artan ağrısı mevcuttu ve progresif olarak arttığını belirtiyordu. VAS düzeyi 8/10'du. Öncesinde travma öyküsü yoktu. Özgeçmişte hipertansiyon mevcuttu ve liziopril ile hidroklorotiazid kombinasyonu kullanıyordu. Soygeçmişte özellik yoktu. Fizik muayenede kalça eklem hareket açıklıklıkları (EHA) tam olup solda EHA sonunda ağrısı mevcuttu. FABERE ve FADIR testleri solda pozitifti. Hemogram, sedimentasyon, CRP, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen kalça grafisinde sol femur başında skleroz ve kist (figür 1) görülmesi üzerine avasküler nekroz ön tanısı ile kalça MR istendi. Hastaya kanedyen kullanımı, yük vermeme önerilerinde bulunuldu ve analjezik tedavi verildi. Aynı hafta çekilen MR'da kemik iliği ödemi ile evre 2 avasküler nekroz tespit edildi ve ortopediye yönlendirildi (figür 2). Cerrahi hazırlıkları tamamlanan hastaya 4 adet K teli ile dirilizasyon (kor dekompresyon) yapıldı. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen hastaya kademeli yük verilmesi planlandı.

Sonuç: Avasküler nekrozda tedavinin ana hedefi femur başını korumaktır ancak ilerleyen evrelerde görülen kollaps ile bu mümkün olamamakta ve kalça replasmanı gerekmektedir. Bizim vakamızda 3 haftadır var olan ağrı ile başvuran hasta 1 hafta içerisinde tanı aldı. Henüz kollaps gelişmediği için kor dekompresyon cerrahisi yapılabildi ve komplikasyon gelişmedi. Kor dekompresyon etkin, kolay uygulanabilen, morbiditesi az ve özellikle erken evrelerde oldukça başarılı bir cerrahi yöntemidir. Sıklıkla 3-5. dekadlarda görülen femur başı AVN'nin erken tanınması ve tedavisi kalça ekleminin korunması ve dizabilitenin önlenmesinde önemli yer tutar. Bu noktada fiziyatriste düşen görev risk faktörlerinin (travma, steroid, alkol vb.) sorgulanması, grafinin dikkatlice incelenmesi ve MRG istemekten çekinilmemesi ile beraber çekilen MRG'nin raporu beklemeden yorumlanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Avasküler nekroz, erken tanı, kor dekompresyon, tedavi

P-186 Lipoma Arborescens of The Hip in A 11 Years Old Girl

Pınar Akpınar[1], Korhan Özkan[2], Tarık Sarı[2], Ayse Nur Yıldırım[3], Feyza Ünlü Özkan[1], İlknur Aktaş[1]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Health Science, Fatih Sultan Mehmet Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey
[2]Department of Orthopedics and Traumatology, Medeniyet University, Goztepe Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey
[3]Department of Pathology, Medeniyet University, Goztepe Education and Research Hospital, Istanbul, Turkey

Objective: Lipoma Arborescens (LA) is a rare cause of recurrent synovial hydrarthrosis at pediatric age. It has a characteristic frond-like appearance of hypertrophied synovium referred to by the word ‘‘arborescens’’ (treelike). Due to the its rarity, it can be easily overlooked and misdiagnosed. We aimed to report a Lipoma arborescens of the hip in a 11 years old girl and emphasize the importance in the differential diagnosis of joint effusion.

Case: An 11-year-old girl was referred to our clinic with pain in her right hip and difficulty in walking persisting for three months. She was seen by several doctors and investigated for osteomyelitis and arthritis. Needle aspiration of the hip was performed and infection was ruled out. On physical examination, postural assessment revealed increased lumbar lordosis and knee flexion to compansate the pelvis flexion. Right hip flexion was limited to 85°, extension to 12°, abduction to 20°, adduction to 15°, and painful at all ranges. Her neurological examination was normal except right iliopsoas muscle strength was 4/5. Laboratory investigation was done for the differential diagnosis of arthritis. Meanwhile, Magnetic Resonance Imaging (MRI) demonstrated villous proliferation in the synovium with fatty signals on T1- and T2-weighted sequences of the posterior side of the acetabulofemoral joint with moderate effusion. She was transferred to orthopedics clinic for the surgical synovectomy and the diagnosis of LA was confirmed by the histopathological examination.

Conclusion: LA is an uncommon and probably under-diagnosed disorder which typically presents with symptoms of swelling and joint pain. Although most cases of LA have been reported in adults, children can be affected as well. Clinically, the disorder typically manifests as chronic, painless swelling of the joint, with recurrent effusion. Also, painful swelling of the joint and restricted movement secondary to large effusions or to the synovial lesion itself may be present as in our case. LA most commonly occurs in the knee joint, but it may appear in other joints or even bursae or tendon sheaths. Hip involvement is extremely rare in paediatric age. In childhood diagnosing the disease is generally difficult, and the differential diagnosis of synovial chondromatosis, pigmented villonodular synovitis, synovial hemangioma, synovial lipoma and juvenile idiopathic arthritis should be considered.

Keywords: Hip joint, hypertrophied synovium, lipoma arborescens, synovectomy, villous proliferation

P-187 Pseudo-Septic Arthritis Develepod After Hyaluronic Acid Injection

Özlem Karataş[1], Tiraje Tuncer[2]

[1]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Health Sciences University, Antalya Training and Research Hospital, Antalya, Turkey.
[2]Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Akdeniz University Faculty of Medicine, Antalya, Turkey

Objective: One of the most frequent causes of knee pain is knee osteoarthritis. Intra-articular hyaluronic acid (HA) injection is one of the preferred treatment methods. Although, systemic side effects are not seen, rarely local side effects as pain, and swelling can be seen. Following HA injection, in very few number of case reports pseudo-septic manifestations unrelated to crystal formation have been reported.

Case: In this case report a patient with knee pain which aggravated with medial tibio-femoral osteoarthritis refractory to conservative treatment methods including administration of non-steroidal anti-inflammatory drugs, and others was presented. After intra-articular HA injection, her preexisting knee pain worsened, and swelling, and increase in local temperature were added to the clinical picture. Based on clinical, and laboratory examinations, and analysis of synovial fluid, diagnosis of pseudo- septic arthritis which mimicked manifestations of septic arthritis was made. Clinical, and laboratory improvement was achieved with early treatment.

Conclusion: If following intra-articular HA injection, knee pain of the patient aggravates suddenly with local swelling and heat, then the possibility of pseudoseptic arthritis of the affected knee should be always kept in mind.

Keywords: Knee, pseudoseptic arthritis, hyaluronic aci, knee osteoarthritis

P-188 El Bileği Ağrısı olan Hastada Kienböck Hastalığı

Emel Atar, Tuğba Özsoy Ünübol, Adem Erbirol, Figen Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Kienböck hastalığı, karpal kemiklerden olan lunatumun avasküler osteonekrozudur. Etyolojisi tam bilinmemekle birlikte, yüksek olasılıkla travmanın başlattığı düşünülmektedir. Kienböck hastalığı ortaya çıktıktan sonra karpal kollaps ve ileri osteoartrite yol açacak şekilde durmaksızın ilerleme gösterir. Kienböck hastalığı tedavi seçenekleri arasında immobilizasyon, eklem seviyeleme yöntemleri, radial osteotomi, vaskülarize ve nonvaskülarize kemik greftleme, kısmi karpal artrodez, kapitatum kısaltması ve artritik el bileği için kurtarma girişimleri vardır. Burada el bilek ağrısı olan hastada saptanan kienböck hastalığı vakası sunulmuştur.

Olgu: 57 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 yıldır olan sol el bileği ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hareketle artan istirahatle azalan karakterde ağrısı mevcuttu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol el bileği eklem hareket açıklıkları ağrılı ve kısıtlıydı. Lunat kemik lokalizasyonunda palpasyonla hassasiyet olduğu görüldü. Hemogram, sedimentasyon, CRP, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen el bilek grafisinde karpal kemiklerde düzensizlik ve eklem aralıklarında daralma mevcuttu. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) radyolunat eklemde radial ve lunat yüzlerde düzensizlikler saptandı, skafolunat ligament lunatum düzeyinde düzensiz görünüm, proksimal karpal kemiklerde yükseklik kaybı ve distal sıra karpal kemiklerde proksimale migrasyon izlendi. Karpal kemiklerde olan etkilenme romatoid artrit ile karışabilirdi, ancak hastanın yapılan tetkiklerinde RF ve anti-CCP değerleri negatif gelmişti. MRG bulguları birlikte değerlendirildiğinde görünüm evre 3 kienböck hastalığı ile uyumlu saptandı. Hasta Ortopedi-Travmatoloji bölümüne konsülte edildi. Ameliyat önerisini kabul etmeyen hastaya istirahat ateli, medikal tedavi ve fizik tedavi ajanları ile tedaviden sonra oldukça yararlandı ve takiplerine devam edilmesi planlandı.

Sonuç: Lunatum avasküler nekrozunun, etyolojisi halen tam anlaşılamamakla birlikte, yüksek olasılıkla travmanın başlattığı bilinmektedir. Tanıdan aylar ya da yıllar önce spesifik bir travma veya ağır tekrarlayıcı yüklenme öyküsü bulunur. Tedavi edilmediği takdirde, karpal kollaps, kronik el bilek ağrısı, güç kaybı ve sekonder artritik değişiklikler ile sonuçlanır. El bileği ağrılarında karpal kemiklerin avasküler nekrozu da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Osteonekroz, karpal kemikler, kienböck hastalığı

P-189 Tekrarlayan Polikondrit: Bir Olgu Sunumu

İbrahim Tekeoğlu, Gökhan Koz, Kemal Nas, Mine Kantar

Sakarya Üniversitesi, Sakarya

Amaç: Bu olgu sunumunda amaç nadir görülen bir klinik durum olan ve otoimmün hastalıklarla birlikte görülebilen tekrarlayan polikondrit hastalığına dikkat çekmektir.

Giriş: Tekrarlayan polikondrit (TP) kıkırdak dokuda inflamatuar ataklarla seyreden, etyolojisi tam olarak bilinmeyen nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. Tekrarlayan polikondrit olgularının %30'undan diğer otoimmün hastalıklar eşlik edebilmektedir. Sıklıkla aurikula, burun, eklem, trakeobronşial yapılar gibi kartilaj ve proteoglikandan zengin yapılarda tutulum izlenir. Bu olguda sol kulakta kıkırdak tutulumuyla ortaya çıkan, altta yatan liken planus tanısı bulunan 62 yaşındaki erkek olgu sunulmuştur.

Olgu: 62 yaşında erkek hastanın 6 ay önce başlayan sol kulak kepçesi süperiorunda kızarıklık, ağrı ve kulakta akıntı şikayeti başlamış. Hastanın başvurduğu kbb kliniğinde sağ kulakta sensorinörinal işitme kaybı saptanmış. Hastanın antesedanında liken planus tanısı bulunuyordu ve bu tanı altında düşük doz kortikosteroid tedavisi altında idi. Hastanın soygeçmişinde benzer veya eşlik edebilecek otoimmün bir hastalık bulunmuyordu. Hastanın yapılan romatolojik sorgusunda özellik bulunmuyordu. Hastanın yapılan fizik bakısında sol kulak kepçesi kızarık görünümde, kulak heliks/antiheliks yapısı bozulmuş durumdaydı. Palpasyonla hassasiyet ve ısı artışı mevcuttu. Hastanın ileri destrüksiyona rağmen kulak memesi gibi kıkırdak doku içermeyen yumuşak dokular sağlam görünümdeydi. (Resim-1)
Hastanın labaratuvar değerlendirmesinde biyokimyasal belirteçleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ve hemogram değerleri normal sınırlarda idi. Romatolojik panel değerleri normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 8, CRP değeri <3 idi ve normal sınırladaydı. Hastanın Hastanın sol kulaktan yapılan kıkırdak biyopsisi sonucu tekrarlayan polikondrit ile uyumlu görüldü ve tanı konuldu. Hastaya metilprednizolon 32 mg/gün ile metotreksat 10 mg/gün başlandı. Hasta takibe alındı.

Tartışma: Tekrarlayan polikondrit hastalığında en sık aurikuler (%90), ikinci sıklıkta ise nazal kartilaj (%54-70) tutulur. Aurikular inflamasyon TP'in karakteristik bulgusudur ve tanı anında %96.1 oranında izlenir. Kulak kepçesinin kıkırdak kısmında şişlik, ısı artışı, kızarıklık tipik başlangıç bulgusudur. Tekrarlayan inflamasyona bağlı olarak kulakta şekil değişikliği izlenebilir. Aurikuler tutulumda kulak memesinin tutulmaması hastalık için tanımlayıcıdır. Hastaların yüzde 50-80'inde eklem bulguları vardır ve sıklıkla kötü prognozun işaretidir. Bizim olgumuzda eklem bulguları yoktu ve romatolojik otoantikor paneli negatifti. TP'li olguların %40-50'sinde iç kulak bozukluğu tanımlanmıştır. Sensörinöral işitme kaybı iki taraflı ya da tek taraflı olabilir. Bizim olgumuzda sol kulak aurikulasında ortaya çıkan ağrı, kızarıklık ile birlikte sağ kulakta da ağrı ve ilerleyici işitme kaybı birlikte başlamıştı. Fakat sağ kulak auriküler tutulumu yoktu. Yapılan kulak-burun-boğaz incelemesinde mastoid boşluk içerisini dolduran ve destrükte eden inflamatuar reaksiyon saptanmıştı. Kutanöz bulgular hastaların %17- 37'sinde bulunmaktadır, ancak patognomik değildir. Aftöz ülserler, purpura, papül, ekstremitelerde nodüller en sık karşılaşılanlardır. Diğer deri bulguları arasında anjioödem, ürtiker, livedo retikülaris ve liken planus yer almaktadır. Bizim olgumuzda da liken planus tanısı bulunmaktaydı. TP nadir gözlendiği için kabul edilmiş bir tedavi protokolü yoktur. Aurikular ve nasal kondrit, artralji gibi daha az ciddi semptomlar non-steroid antiinflamatuar ilaçlar ile tedavi edilebilir. Ciddi polikondrit, oküler, laringotrakeal tutulum, sistemik vaskülit, glomerülonefrit gibi hayatı tehdit eden durumlarda sistemik steroid, metotreksat, siklofosfamid, azotiopüringibi immünsüpresan ilaçlar tedavide etkilidir. Sistemik steroid tedavisinde 1 mg/kg dozda başlanması ve zamanla azaltılarak uzun süre devam edilmesi atak sıklığını azaltmada etkili olduğu gözlenmiştir.

Sonuç: Burada Liken planus tanılı bir hastada sol aurikula tutulumu ve sağ kulakta sensorinöral işitme kaybı oluşan 62 yaşında erkek bir tekrarlayan polikondrit hastası sunduk.

Anahtar Kelimeler: Liken planus, tekrarlayan polikondrit, otoimmün hastalıklar

P-190 Yüksek Yoğunluklu Lazer Tedavisi'nin Ağrılı Kalkaneal Spur Tedavisindeki Etkinliği, Randomize, Plasebo Kontrollü Çalışma

Hilal Yesil[1], Ümit Dündar[1], Hasan Toktaş[1], Nuran Eyvaz[1], Murat Yeşil[2]

[1]Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyon
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Afyon

Amaç: Plantar topuk ağrısı, erişkinlerde en sık rastlanan ayak problemlerinden biridir. Ağrının nedenleri tam olarak netleşmemekle birlikte topuk dikeni olaya sıklıkla eşlik etmektedir. Literatüre baktığımızda topuk dikeni tedavisi için halen standardize olmuş bir yöntemin olmadığı görülmektedir. Biz bu çalışmamızda, topuk dikeni tanısı almış olan hastaların tedavisinde, yüksek yoğunluklu lazer tedavisinin (HILT), hastaların ağrı, yaşam kalitesi, ayak fonksiyonu ve plantar basınç üzerine etkinliğinin değerlendirilmesini amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya dahil edilen 42 hasta HILT+ egzersiz (n=21) ve shamHILT + egzersiz (n=21) olmak üzere iki gruba randomize edildi. HILT ve sham tedavi, haftada 5 gün, 3 hafta boyunca, günde 1 kere toplam 15 seans olacak şekilde uygulandı. Hastaların genel ağrı düzeyi (Roles ve Maudsley ağrı skorlaması ile), sabah kalkıldığındaki topuk ağrı düzeyi (VAS ile), yaşam kalitesi (kısa form 36 ile), fonksiyonellik düzeyi (FAOS ile) ve plantar basınç ölçümü (pedograf ile) tedavi öncesinde, 4. haftada ve 12. haftada değerlendirildi.

Bulgular: Tedavi sonrası (4. ve 12. haftalarda) hem HILT+ egzersiz hem de sham HILT + egzersiz grubunda değerlendirilen VAS, Roles ve Maudsley, SF 36 subgruplarının çoğunda ve FAOS skorlarında, bunun yanısıra tedavi grubundaki hastaların statik pedografik ölçüm değerlerinde anlamlı iyileşmeler elde edildi. İki grup arasındaki karşılaştırmalarda ise, 4. haftada HILT grubunda statik pedografik ölçüm değerlerinin anlamlı olarak daha iyi ($p<0.05$), sham grubunda ise FAOS yaşam kalitesi skorunun anlamlı olarak daha iyi olduğu ($p=0.037$), 12. haftada ise HILT grubunda yine statik pedografik ölçüm değerlerinin anlamlı olarak daha iyi olduğu ($p<0.05$), sham grubunda ise FAOS belirtiler ve FAOS yaşam kalitesi skorlarının anlamlı olarak daha iyi olduğu (sırasıyla; $p= 0.022$, $p=0.038$) saptandı.

Sonuç: Bu çalışmada lazer terapisinin plasebo grubuna göre statik pedografik ölçümler dışında üstünlüğü olmamasına rağmen, lazer dalga boyları ve dozajlarının (farklı yoğunluk ve / veya tedavi aralığı) değiştirilmesi ile yapılacak tedavi rejimleri ile daha farklı sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Lazer tedavisi, topuk dikeni, yaşam kalitesi

P-191 Ateşli Artralji Atakları Olan Herediter Polinöropati Tanılı Sporadik Vaka

Ebru Koyuncu, Zeynep Yurttutmuş, Ayşe Nur Bardak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul

Amaç: Herediter polinöropatiler ailesel geçişli otonom, motor veya duyusal nöropatiyle giden hastalık spektrumudur. Charcot Marie Tooth, basınca duyarlı herediter nöropati, herediter sensöri-otonom nöropati, herediter brakial pleksopati, dev aksonal nöropati en sık görülen alt tipleridir. Çoğu otozomal dominant (OD) kalıtılmakla beraber otozomal resesif (OR),X'e bağlı dominant (Xd), X'e bağlı resesif (Xr) kalıtılan tipleri mevcuttur. Sıklıkla 2. dekadda başlar. Olgumuzda 2 yaşından beri ateşin de eşlik ettiği birden fazla eklemde ağrı,şişlik atakları ile herediter polinöropati tanısı alan fakat aile öyküsü olmayan bir vaka ele alınmıştır.Şikayetleri daha erken yaşta başlamasına rağmen, 10 yaşında yumuşak doku içinde iğne tespit edilip opere edilene kadar tanı alamayan hasta aile öyküsü olmaması ve sık görülen polinöropati hastalık gruplarına uymaması ile özellikli bir vakadır.

Olgu: Herediter polinöropati tanısı olan 29 yaşında erkek hasta sol dizinde yürürken içe kayma, ağrı ve şişlik atakları ile başvurdu. 3 yaşında yürüme bozukluğu, her iki diz altı his kaybı şikayetleri başlamış. Yaklaşık olarak bir haftadan bir aya kadar değişebilen sürede el, dirsek, diz ve bacaklarda ağrı atakları mevcuttu. 10 yaşında sağ ayak topuk kısmında oluşan yarada cilt altında kırık paslı iğneler saptanıp opere edilmiş. Elektromiyografide (EMG) duysal ve motor liflerin etkilendiği aksonal tipte nöropati saptanmış. Göz muayenesinde de bilateral optik atrofi saptanan, duyu kusuru ve eklemlerde ağrı atakları devam eden hasta Herediter Polinöropati tanısı almış. 2001'de bilateral hamstring gevşetme ve bilateral aşiloplasti, 2003'te nekrotizan fasiit nedeniyle debridman+ greft, 2009'da osteomiyelit tanısıyla debridman+artrodez operasyonları yapılmış.Fizik muayenede; sağ diz ekstansiyonda fikse, sağ tarafta gerçek bacak boyu uzunluğu sola göre 8 cm daha kısaydı.Sağ ayakta deformasyon vardı.Sol dizde genu valgus deformitesi saptandı ve yürüme esnasında valgusta artma gözlendi. Sol alt ekstremitede kas kuvvetleri:ayak dorsifleksör ve plantar fleksörleri 1/5, başparmak fleksörü ve ekstansörü 0/5, diz fleksörleri 2/5 olarak tespit edildi. Her iki diz altı anestezikti. Laboratuar parametrelerinde hemogram ve biyokimyası normaldi.25-OH D vitamini:15,07 ng/ml, B12 vitamini: 230 pg/ml saptandı. Hastaya D vitamini ve B12 replasmanı yapıldı.Her iki alt ve üst ekstremitelere yönelik eklem hareket açıklığı ve kas güçlendirme egzersizleri uygulandı.Takiplerinde diz ağrısında ve şişliğinde azalma oldu. Diz fleksör kas güçleri 4/5 'e yükseldi. Hastaya bacak boyu farkını tolere edecek şekilde yüksek tabanlı ayakkabı önerildi.

Sonuç: Literatüre göre polinöropati hastalarına dönemsel ihtiyaçlarına bakılarak medikal, fiziksel veya cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Bizim hastamıza da farklı dönemlerde bu tedaviler uygulanmış olup tarafımızca yapılan egzersiz tedavisi ve rehabilitasyonunda ağrı ve şişlik şikayetlerinde gerileme kaydedilmiş, kas gücünde artış olmuştur. Erken dönemde tanı alan hastalarda duyu kusuruna bağlı yaralanmalarda azalma, cerrahi operasyon ihtiyacını azaltma şansı olabilir. Çocukluktan beri ateşli eklem ağrısı olan hastalarda herediter polinöropati de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Artralji, polinöropati, rehabilitasyon

P-192 Adalimumab Tedavisi Altında Elde Romatoid Nodül ve Servikal Subluksasyon ile Seyreden Bir Romatoid Artrit Vakası

Kemal Nas, Gökhan Köz, Merve Sürücü, İbrahim Tekeoğlu, Ayhan Kamanlı

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya.

Amaç: Romatoid nodül romatoid artritin en sık ekstraartiküler bulgusudur ve yaklaşık olarak %25'inde gözlenir.(1) Bu lezyonlar tipik teşhis özellikleri ve karakteristik lokalizasyonları ile kolayca tanınır. Biyopsi yapıldığında nodüller karakteristik bir histolojik görünüme sahiptir. Paradoksal olarak metotreksat ve muhtemelen TNF inhibitörleri nodül gelişimini artırabilir. Romatoid nodüller hastalarda ağrı yapmadığı ve mekanik fonksiyonları etkilemediği sürece tedavileri genellikle gerekli değildir. (2)

Olgu: Kırkyedi yaşında ve 9 senedir seropozitif romatoid artrit tanısıyla takipli olan hasta sol el dorsumunda oluşan ağrısız şişlik ile kliniğimize başvurdu.(Resim-1A,1B) Hasta aynı zamanda boyun ağrısı tariflemekteydi. Hastanın anamnezinde travma öyküsü yoktu. Hasta romatoid artrit nedeniyle bir senedir adalimumab 40 mg/2 hf (sc) kullanmaktaydı. Hasta daha öncesinde uzun süre boyunca metotreksat, leflunomid ve sülfasalazin tedavilerini tekli veya kombine ilaç olarak kullandığını belirtmekteydi. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmuyordu. Yapılan fizik muayenesinde sol el 2-3. MKF eklem posteriorunda yumuşak şişlik saptandı. Isı artışı ve kızarıklık yoktu. Sağ el bileğinde ise sinoviyal hipertrofi ve piyano tuşu belirtisi vardı. Sağda eklem kısıtlılığının son noktasına kadar düşük eli mevcuttu. Her iki el bileğinde eklem hareket açıklığı her yöne pasif ancak 10 derece kadar yapabiliyordu ve ağrısı yoktu. Servikal eklem hareket açıklığı her yöne ağrısız açıktı. Hastanın yapılan kas gücü muayenesinde sol el bileği ekstansiyonu hariç 5/5'di. Hastanın sol elde karpal ekstansör tendonlarda kopukluk nedeniyle aktif el bileği ekstansiyonu yapamıyordu. Laboratuvar değerlerinde romatoid faktör ve anti-CCP pozitifti. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. CRP:7 eritrosit sedimantasyon hızı 38'di. Hastanın çekilen her iki el bilek mukayeseli grafisinde karpal eklemlerde ileri derecede erozyon ve yaygın deformite saptandı. (Resim-2) Yapılan servikal MRI görüntülemesinde ise servikal üçüncü vertebrada grade 2 retrolistezis ve hafif derecede miyelopati saptandı (Resim- 3).

Sonuç: Romatoid nodül romatoid artritin en sık ekstraartiküler bulgusudur ve yaklaşık olarak %25'inde gözlenir (1). Romatoid nodül saptanan hastaların %90'ında romatoid faktör pozitiftir ve seropozitif romatoid artritte romatoid nodül görülme sıklığı %40'dır (3). Bizim olgumuzda da romatoid faktör pozitifti. Romatoid nodülün klinik prediktörleri ciddi artrit, eklem erozyonu, romatoid faktör pozitifliği ve romatoid vaskülitdir (4). Bizim hastamızda da bu klinik prediktörler bulunmaktaydı. Paradoksal olarak metotreksat ve muhtemelen TNF inhibitörleri nodül gelişimini artırabilir (2). Baeten ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 5 infliksimab alan hastada romatoid nodül rapor edilmiştir. (5) Yine yapılan 4 olgu serisinde etanercept tedavisi altında romatoid nodül gelişimi saptanmıştır (6,7). Bizim olgumuzda da uzun süreli hastalık, metotreksat kullanım süresi bulunmasına rağmen yeni başlanan adalimumab tedavisi altında romatoid nodül gelişmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, adalimumab, romatoid nodül, servikal subluksasyon

TIBBİ FOTOĞRAFLAR

Uluslararası Katılımlı
TÜRK ROMATOLOJİ KONGRESİ 2019

TRASD 1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği

F-001 Artritis Mutilans Klinik Tablosuyla Seyreden Bir Psoriatik Artrit'li Olgu

Kemal Nas[1], Gökhan Koz[2], Ayhan Kamanlı[1], İbrahim Tekeoğlu[1]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi, Sakarya

Açıklama: Psoriatik artrit (PsA) periferik eklemler, omurga ve entesis bölgelerininin kronik inflamatuvar artropatisidir. Olguların çoğu kronik ve progresiftir; hastalık ciddi fonksiyonel kayba yol açar ve yaşam kalitesini düşürür (1). Artrit mutilans, özellikle ellerin ve ayakların küçük eklemlerini etkileyen nadir fakat agresif bir psoriatik artrit şeklidir(2). Psoriatik artrit hastalarının yaklaşık olarak %5 inde görülür. El ayak parmaklarında kısalmaya yol açan osteoliz ve ankiloz ile seyreder. Radyolojik bulgularda metakarpal ve interfalangeal kemiklerde sivrileşme ve komşu kemikte çukurlaşma ile ortaya çıkan kalem-hokka görünümü ortaya çıkar. Kemiklerde oluşan bu osteolizi kemik füzyonu izleyebilir (3).

Amaç: 64 yaşında bayan hasta yaklaşık 40 yıl önce psoriasis tanısı almış. Bundan bir sene sonra da el eklemlerinde ağrı şişlik olmaya başlamış. O dönemde tanı gecikmesi olmuş. Yaklaşık 30 sene önce de psoriatik artrit tanısı almış. Çeşitli tedaviler verilmiş. Hastaya en son 14 yıl önce etanercept 50 mg haftada bir subkutan olarak başlanmış ve klinik fayda görmüş. Halen daha aynı tedavi ile takip edilmektedir. Hastanın antesedanında özellik yoktu. Yapılan romatolojik sorgusunda da bulunan klinik özelliklere ek başka bulgu yoktu. Fizik muayenesinde el eklemlerinde ileri derecede deformite ve fonksiyon kaybı saptandı (Resim).

Sonuç: Psoriatik artrit, spondiloartropati ailesinin bir üyesidir ve genellikle romatoid faktör negatif olan ve psoriasis ile ilişkili enflamatuar artropati olarak tanımlanır (4). PsA psoriasis tanılı hastaların yaklaşık %4-9 'unda görülür (5). Wright and Moll PsA için 5 klinik tip tanımlamıştır. Bunlar asimetrik oligoartrit, simetrik poliartrit, distal interfalangeal eklem tutulumu ile seyreden tip, spondiloartrit baskın tip ve artritis mutilans'dır (6). Artritis mutilans en nadir görülen formudur ve PsA hastalarının %5'inde görülür (3). Biz de burada psöriatik artritin bu nadir formunu klinik bulgularında barındıran bir olgu takdim ettik.



F-002 Hayata Kapı Açmak

Nesrin Şen

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, RomatolojiKliniği, İstanbul

Açıklama: Sistemik sklerozlu hastanın kapıyı açması

Amaç: Kapı açmak gibi farkında olmadan yaptığımız eylemlerin hastalar için ne kadar zor olduğuna dikkat çekmek

Sonuç: Hasta zorda olsa o kapıyı azimle hayata açıyor



F-003 Jaccoud Artropatisi

Ragıp Ulvi Korucu[1], Yılmaz Savaş[2], Sami Hizmetli[2]

[1]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sivas

Açıklama: Jaccoud artropatisi , direkt radyografilerde eklem erozyonu olmadan, ulnar deviasyon, subluksasyon, kuğu boynu ve düğme iliği deformitesi gibi geri dönüşümlü eklem deformiteleri ile klinik olarak tanımlanmış bir durumdur. Deformiteler pasif olarak kolayca düzeltilebilir.

Amaç: Biz bu vakada nadir görülen Jaccoud artropatisini ve tanısında inspeksiyonun ve palpasyonu içeren tam bir klinik muayenenin önemini anlatmayı amaçladık.

Sonuç: Görüntü olarak Romatoid Artritle kolayca karışlabilen Jaccoud artropatisi fizik muayene ile ve basit röntgen filmleriyle kolayca ayrılabilir.



F-004 Romatoid Artritli Hastada Polikondrit Olgusu

Ahmet Karadağ[1], Ragıp Ulvi Korucu[2]

[1]Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Sivas

Açıklama: Tekrarlayan polikondrit, önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilen, etiyolojinin bilinmediği nadir görülen bir otoimmün hastalıktır. Bu durum %30-50 arasında RA gibi çeşitli otoimmün hastalıklarla birlikte ortaya çıkar.

Amaç: Biz bu fotoğrafta Romatoid Artrit tanısı ile takip edilen hastada gelişen nadir olarak karşımıza çıkan polikondriti sunmayı amaçladık.

Sonuç: İmmünsüpresif tedavi alan Romatoid artrit tanılı hastalarda nadir gelişebilecek durumlar açısından dikkatli olmalıyız.



F-005 Rs3pe İle Başvuran Hastada Etyolojik Neden Olarak Akciğer Kanseri

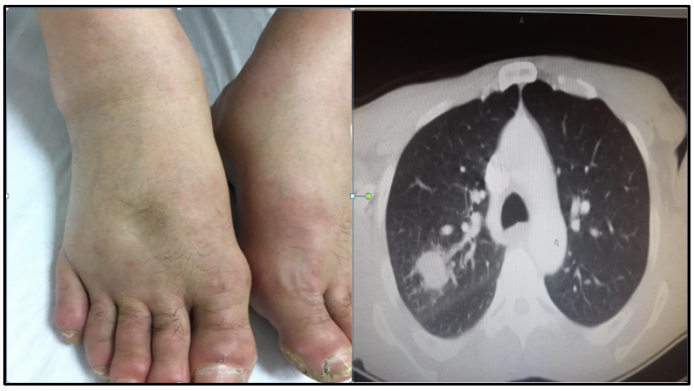
Çağlar Karabaş, Samet Karahan

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Kayseri

Açıklama: Remitting Simetrik Seronegatif Sinovit ve Pitting Ödem (RS3PE), çoğunlukla yaşlıların hastalığı olup el ve/veya ayak dorsumlarında çukurlaşma (pitting) bırakan ödem ile karakterize özellikle elin küçük eklemlerinde simetrik sinovitlerin eşlik ettiği bir romatolojik hastalıktır. RS3PE'de Romatoid Faktör, Anti-Siklik Sitrüline Peptid ve Antinükleer Antikor testleri genel olarak negatif saptanmaktadır. Klinik olarak Seronegatif Romatoid Artrit ve Polimiyaljia Romatika hastalıklarına sıklıkla benzese de RS3PE'de vakalarda yüksek oranda eşlik eden malignite potansiyeli sebebiyle hastaların ayırımının net olarak yapılması gerekmektedir.

Amaç: RS3PE'ye eşlik eden akciğer kanseri tanısı konulmuş erkek bir hastayı sunmayı ve dikkatli fizik muayenenin önemini vurgulamayı amaçladık.

Sonuç: Bilateral alt ekstremitede saptanan bilateral ödem, böbrek ve kardiak yetmezliğe bağlanarak atlanmamalı ve detaylı inceleme ile maligniteler ekarte edilmelidir.



F-006 Sklerodermada Tırnak Yatağı Kapilleroskopi Bulguları

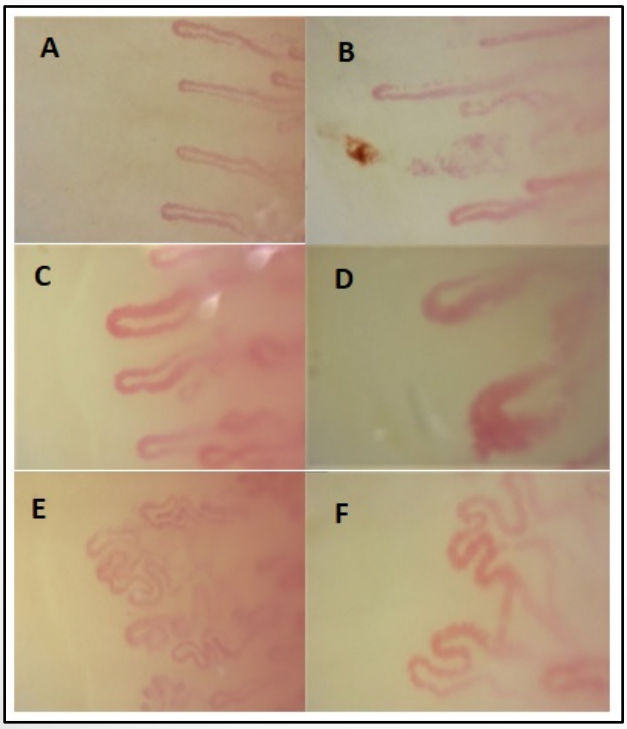
Didem Erdem, Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Açıklama: Sistemik sklerozlu hastalarda tırnak yatağında kapiller değişikleri görüntülemede günümüzde en kabul edilen yöntem videokapilleroskopik incelemedir. Kapilleroskopik incelemede normal kapiller morfolojide kapillerin birbirine benzer, tel saç tokasına andıran yapıda oldukları ve tırnak yatağında düzenli dağıldıkları görülür (Görüntü A). Sklerodermalı hastalarda ise kanama alanları (Görüntü B), kapillerde genişleme (Götüntü C) ve dev kapiller (Görüntü D), kapiller kayıp, vasküler yatakta düzensizlik (Görüntü E) ve dallanmış çalı benzeri kapiller (Görüntü F) görülmektedir. Sklerodermalı hastalarda kapilleroskopide saptanan kapiller değişiklikler hastalık evresine göre farklılıklar göstermektedir. Buna göre tırnak yatağı kapilleroskopik incelemesinde kapiller değişiklikler erken, aktif ve geç skleroderma patternleri olarak sınıflandırılmaktadır.

Amaç: Sklerodermalı hastalarımızda farklı kapilleroskopi patternlerine ait bulguların görüntülenmesidir.

Sonuç: Kapilleroskopi primer ve sekonder raynoud fenomenini ayırt etmede ve skleroderma erken tanısında faydalıdır. Ayrıca hastaların takiplerinde kullanılabileceği ve prognozu belirlemede yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle tırnak yatağı kapilleroskopi bulguları skleroderma tanı, ayırıcı tanı ve takibinde önemlidir.



F-007 Tekrarlayan Polikondritte Kulak Kondriti

Cem Erçalık

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, İstanbul

Açıklama: Sol kulakta eritem ve şişlik, kulak lobülü korunmuş.

Amaç: Tekrarlayan polikondritte en sık kulak kondriti (%90) gelişir. Kulak kondriti tipik olarak kulak kıkırdağında tek taraflı ya da iki taraflı olarak ani gelişen kızarıklık, hassasiyet ve ödem şeklinde ortaya çıkar. Nadir görülen bu tutulumun tanınabilirliğinin arttırılması amaçlanmıştır.

Sonuç: Tekrarlayan polikondritte İnflamasyon kulağın sellüliti ile karıştırılabilir. İnflamasyonun kulak lobülünü tutmayacak şekilde kulak kepçesi ile sınırlı olması tekrarlayan polikondrit için önemli bir ipucudur.



F-008 Bilateral Popeye Belirtisi

Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Açıklama: Altmış üç yaşında erkek hasta, psoriatik artrit tanılı ancak 3 yıldır düzenli kontrollere gelmemiş ve ilaç kullanımı uyumsuz. Sorgulamasında aktif şikayeti yok. Romatolojik muayenede bilateral biceps rüptür saptandı.

Amaç: Biceps kası uzun ve kısa başı olan esas olarak ön kol supinatörü olan bir kastır. Distalden rüptür nadir olmasına rağmen her iki taraftan da rüptür olabilir. Yaşlılarda dejeneratif değişiklikler, gençlerde ağır kaldırma veya atmaya bağlı atletik yaralanmalar yanında romatolojik hastalıklarda da görülebilir. Tanıda hikaye ve fizik muayene genellikle yeterlidir. Manyetik rezonans görüntüleme veya ultrason gibi görüntüleme yöntemleri kısmi veya tam yırtık ayrımında faydalı olabilir.

Sonuç: Biceps rüptürü fizik tedavi ve romatoloji pratiğinde karşılaşabileceğimiz ve fizik muayene ile kolaylıkla tanı koyabileceğimiz bir patolojidir.



F-009 Lokalize Skleroderma ve Sistemik Lupus Eritematozus Birlikteliği

Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Açıklama: Otuç üç yaşında kadın hasta, 15 yaşından beri biyopsi ile tanı konulmuş morphea ile takipli. İki gebeliğinde de preeklempsi ve trombositopeni nedeniyle erken doğum hikayesi mevcut. Hasta 2 yıldır olan el ve ayak küçük eklemlerinde ağrı, şişlik ve 1 saat süren sabah tutukluğu şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ alt ve üst extremitede atrofi ve dorsal bölgede morphea plağı görüldü. Romatolojik tetkiklerinde RF 135 IU/ml, anti-CCP negatif, ANA 1/1000-3200 granüler, ENA: anti histon, Lupus antikoagülan:55 sn, Antibeta-2 glikoprotein Ig M, Ig G, Antikardiyolipin Ig M ve Ig G negatif saptanan hasta lokalize skleroderma ve sistemik lupus eritematozus tanısı ile takip edilmektedir.

Amaç: Lokalize skleroderma aşırı kollajen birikimine bağlı olarak cilt ve cilt altı dokuda kalınlaşma ve endurasyona sebep olan çocuklarda daha sık görülen bir hastalıktır. Dokularda sadece cilt tutulumu ile beraber gidebileceği gibi özellikle genç yaşta başlayan hastalarda, yaygın cilt tutulumunda ve ailesinde otoimmün hastalık olanlarda diğer sistemik hastalıklarla beraber olabilir. Hastalarda sıklıkla önce lokalize skleroderma sonrasında sistemik tutulum görülür. RF, ANA, dsDNA ve anti-histon pozitifliği başka bir otoimmün hastalık ve şikayet olmaksızın da bu hastalarda görülebilir.

Sonuç: Yüksek riskli ve sistemik semptomları olan lokalize skleroderma tanılı hastaların diğer romatizmal hastalıklar açısından değerlendirilmesi gerekir.



F-010 Parsonage Turner Sendromu

İlknur Can, Aliye Yıldırım Güzelant

İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Açıklama: Omuz kuşağında ani ağrı ile başlayan; zamanla kuvvet kaybı ve atrofiye ilerleyen klinik bir sendromdur. Sol omuz ağrısı ve kolda güçsüzlük yakınmasıyla başvuran 54 yaşında erkek hastada omuz çevresinde supra ve infraspinatusta, deltoidde atrofi ve 4/5 kas gücü tespit edildi. Yapılan ayırıcı tanıda akut brakiyal pleksit (Parsonage turner sendromu) tanısı konuldu.

Amaç: Bu fotoğrafla omuz kuşağında ağrıyla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda 100 binde 1.64 sıklıkla görülen bu sendromun akla gelmesi amaçlanmıştır.

Sonuç: Hastaya Parsonage Turner Sendromu tanısı konularak FTR programına alındı.



F-011 Duloksetin' E Sekonder Auriküler Kondrit

İlknur Can, Aliye Yıldırım Güzelant

İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Açıklama: Fibromiyalji sendromu (FMS) tedavisinde duloksetin günlük pratiğimizde sıklıkla kullandığımız bir ilaçtır. Bu olguda 1 yıldır süren yaygın vücut ağrısı şikayetiyle FTR polikliniğine başvuran 48 yaşında kadın hastaya ayırıcı tanısı yapılarak FMS tanısı konuldu. Tedavide 30 mg duloksetin başlandı. Hasta 2 gün sonra polikliniğe sağ kulak kepçesinde ödem ve kızarıklık şikayetiyle başvurdu KBB' ye konsulte edilen hastaya auriküler kondrit tanısı konuldu. Etolojide başka bir neden bulunamayan hastanın 2 gün önce başlanılan duloksetin tedavisinin kesilerek gözlenmesi önerildi. Bir gün sonra kontrole çağırılan hastanın kulaktaki kliniği gerilemiş ve 3. günün sonunda da tamamen düzelmiştir.

Amaç: Bu fotoğrafla duloksetinin nadir görünen bir yan etkisi olan auriküler kondritin paylaşılması amaçlanmıştır.

Sonuç: Hastanın duloksetin tedavisinin kesilmesiyle auriküler kondrit tablosu düzelmiştir.



F-012 Kaşektik Sarkopeni

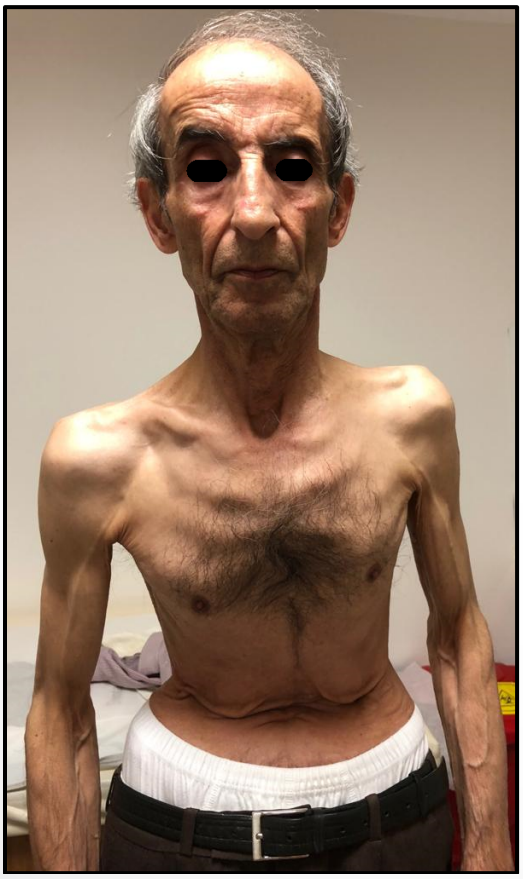
Aliye Yıldırım Güzelant[1], İlknur Can[2]

[1]İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Şemdinli Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hakkari

Açıklama: Sarkopeni yaşlılarda sık görülen, multifaktöryel, global bir sağlık sorunudur. Fiziksel yetersizlik, düşük yaşam kalitesi ve ölüm gibi kötü sonuçlara yol açabilen, jeneralize ve progresif kas kütlesi ve kuvvet kaybı ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Halsizlik, güçsüzlük şikayetiyle polikliniğimize başvuran 82 yaşındaki erkek hastada ön planda malignite ve nörolojik hastalıklar düşünülüp gerekli ayırıcı tanılar dahiliye ve nöroloji hekimleri ile multidispliner olarak yapılmıştır. Hastanın yapılan kas biyopsisiyle Kaşektik Sarkopeni tanısı konulmuştur.

Amaç: Tüm dünya ile birlikte yaşlı popülasyonun giderek arttığı ülkemizde, bu fotoğrafla fiziyatri hekimlerinde sarkopeniye farkındalık yaratmak amaçlanmıştır.

Sonuç: Sarkopeninin erken tanısı ve tedavisi ile hastada yaşam kalitesinde ve beklenen ömürde artış sağlanır.



F-013 Primary Haemophilus İnfluenzae Pyomyositis: A Rare Case Report

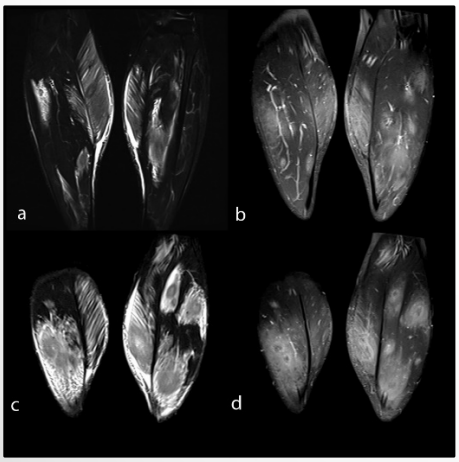
Fatih Bağcıer

Kars Harakani Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, Kars

Explanation: An 24-year-old man presented to the emergency department with a 3-day history of pain and swelling in his both calfs (right and left calf) without a history of a wound or trauma (No skin injuries or lesion were observed). Two weeks ago, the patient had upper respiratory infections and patients have used antibiotics. There was no known family history of autoimmune disease. He had no history of smoking or having alcohol consumption. On physical examination; he had a temperature of 39C, with a blood pressure of 110/70 mmHg, a pulse of 85 bpd, a respiratory rate of 25 bpd. Patient's cardiovascular and respiratory system examination was normal. The posterior region of the right and left calf was erythematous, warm and swollen with tenderness on deep palpation of the gastrocnemius muscle. (Figure 1) Blood tests revealed a mild leukocytosis with a neutrophil predominance, erythrocyte sedimentation rate 40 mm/h and C-reactive protein 65 mg/l. Patient's HIV and Hepatitis markers were negative. A magnetic resonance imaging with diffusion weighted and contrast enhanced of the lower limbs demonstrated multiple abscess, myositis and fasciitis especially posterior compartment of the calf (Figure 2), compatible with pyomyositis. (Figure 1) Diffusion magnetic resonance imaging shows prominent restriction of purulent material in the abscess.(Figure 2) Surgical drainage with evacuation of a purulent collection and fasciotomy was performed. Haemophilus influenzae was isolated in pure culture in three different samples of drained material and in the blood,throat cultures. In order to rule out an infectious endocarditis, two separate transthoracic echocardiograms were performed over the course of 4 weeks and no modification in mitral regurgitation, valvular vegetations. Ampicillin gentamicin and linezolid were administered intravenously during a period of 6 weeks. The patient improved clinically, and after 6 months of follow-up, the patient remains asymptomatic.

Goal: We present here, a case of pyomyositis caused by nontypeable Haemophilus influenzae in a young man

Conclusion: Pyomyositis can be potentially fatal if not diagnosed early enough and treated adequately. Here, we managed a unique and rare case of pyomyositis caused by nontypeable Haemophilus influenzae



F-014 Poland Sendromunda Üst Extremite Deformitesi

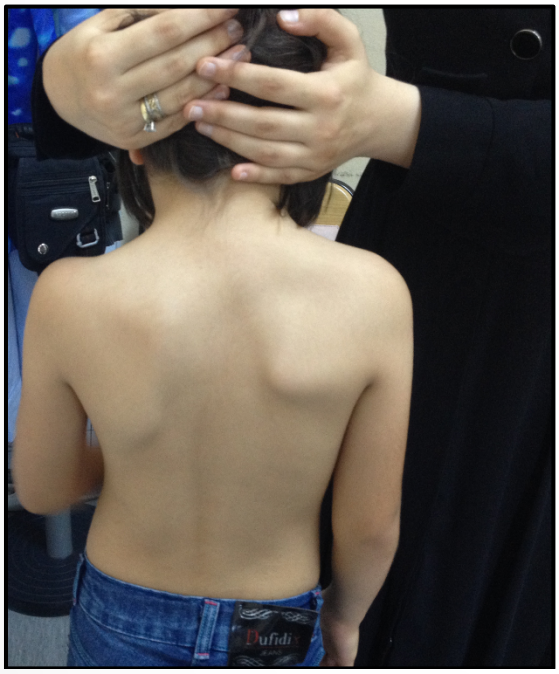
İlknur Can

Şemdinli Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hakkari

Açıklama: Poland sendromu; pektoralis majör ve minör kas¬larının doğumsal yokluğuna eşlik eden aynı taraf¬lı göğüs ve üst ekstremite deformitelerinden oluşan bir sendromdur. Olgumuz 9 yaşında kız çocuğu dış merkezde Poland sendromu tanısı konularak sağ omuzdaki eklem hareket açıklığındaki kısıtlılık nedeniyle polikliniğimize yönlendirildi. Omuz ROM, germe omuz çevresi güçlendirme egzersiz programına alındı.

Amaç: Bu fotoğrafla Poland Sendromu' nda üst extremite deformitesini göstermek amaçlanmıştır.

Sonuç: Tedavi sonucu omuz eklem hareket açıklığında artış gözlendi.



F-015 Fasio-Skapulo-Humeral Müsküler Distrofi

İlknur Can[1], Aliye Yıldırım Güzelant[2]

[1]Şemdinli Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hakkari
[2]İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Açıklama: Fasio-Skapulo-Humeral Müsküler Distrofi (FSHMD) otozomal dominant kalıtılan, yüz, skapular, omuz, bacak, kalça kuşağı kaslarının sıklıkla asimetrik etkilendiği, yavaş ilerleyen kas güçsüzlüğü ile karakterize bir miyopati tablosudur. 28 yaşında erkek hasta kol ve bacaklarda güçsüzlük, yürümekte ve konuşmakta zorlanma, yüz mimiklerinde azalma yakınmalarıyla başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde CPK yüksekliği mevcuttu. Elektromiyografide (EMG) üst ekstremitelerde daha belirgin olan yaygın myojenik tutulum bulguları izlendi. Ayırıcı tanıda FSHMD düşünülen hastaya genetik test yapıldı. FSHMD tanısı konuldu.

Amaç: Bu fotoğrafla nadir görünen bir kalıtımsal distrofi olan FSHMD' nin tanısını hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Sonuç: FSHMD' nin erken tanısı ve tedavisi ile hastada yaşam kalitesinde artış gözlemlendi.



F-016 Gut Tofüsü

Aliye Yıldırım Güzelant, İlknur Can
[1]İstanbul Rumeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul
[2]Şemdinli Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Hakkari

Açıklama: Gut, hiperürisemi, tekrarlayan artrit atakları ve eklem içinde ve çevre dokuda monosodyum ürat kristallerinin depolanması ile karakterize bir hastalıktır. Kristallerin birikimi, akut inflamatuar artritlerden kronik desktüktif artropatilere kadar uzanan klinik bulgulara neden olabilir. Olgumuzda1. MTP' de gut tofüsü görünmektedir.,

Amaç: Patognomik gut tofüsü görüntüsünü paylaşmak

Sonuç: Gut tanısını kolaylaştırma



F-017 Sol Stellat Ganglion Blokajı

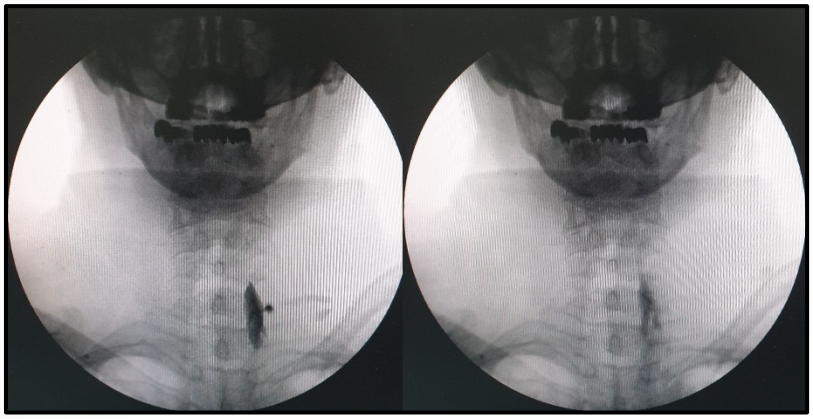
Serhad Bilim[1], Savaş Şencan[1], İpek Saadet Edipoğlu[2], Osman Hakan Gündüz[1]

[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İstanbul

Açıklama: Lenfödem nedeniyle şiddetli ağrısı olan hastada, sol stellat ganglion blokajı

Amaç: Stellat ganglion blokajında kontrast dağılımı ve sonrası oluşan görüntüyü göstermek

Sonuç: Sol stellat ganglion blokajı yapılan hastada, lenfödem ile ilişkili ağrılarında belirgin azalma sağlandı.



F-018 Hipopiyon

Yunus Durmaz

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük

Açıklama: Sıklıkla behçet olgularında görülen hipopiyon tipik olarak hastanın baş pozisyonuna göre yer değiştirmekte ve mobil hipopiyon olarak adlandırılmaktadır. Behçet hastalarında sıklığı %10 olarak bilinmektedir. Bizim hastamız ankilozan spondilit tanısı ile takip edilen bir vaka idi ve klinik takibinde hipopyon şeklinde ön üveit tespit etmiştik. Adalimumab tedavisine oldukça iyi yanıt almıştık.

Amaç: Hipopiyon sadece Behçet hastalığına spesifik bir bulgu değildir. Diğer romatolojik hastalıklarda da görülebileceği gibi lösemi, lenfoma gibi malign hastalıklara ve tüberküloz gibi enfeksiyöz süreçlerede eşlik edebilmektedir.

Sonuç: Hipopiyon şeklinde ön üveiti olan bir hastada başlıca Behçet olmak üzere romatolojik hastalıkları düşünmekle birlikte malign hastalıklar ve enfeksiyöz hadiseleride düşünüp ekarte etmeliyiz.



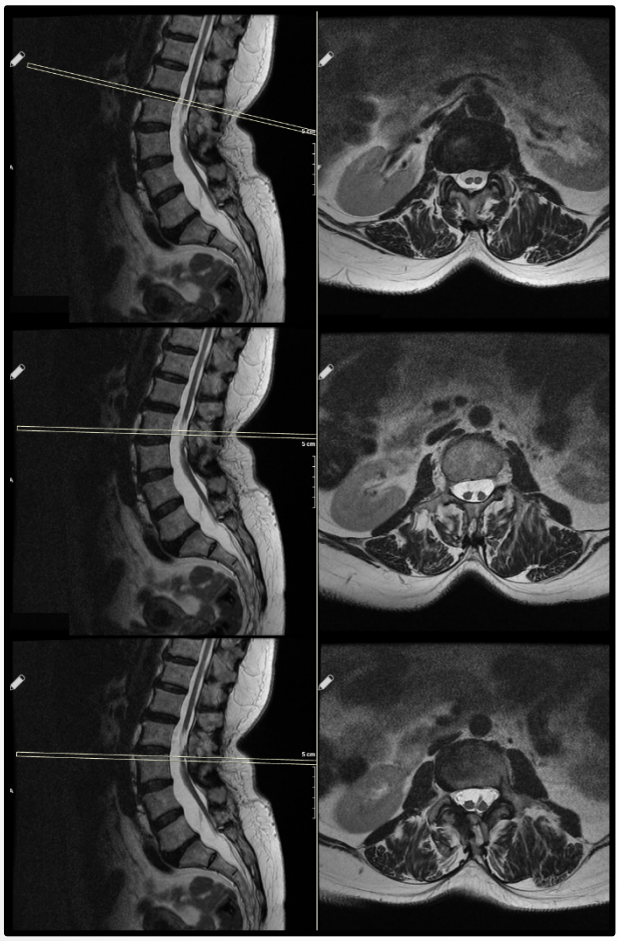
F-019 Bir İnsan İki Spinal Kord

Başak Mansız Kaplan[1], Figen Ayhan[2]
1Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

Açıklama: 59 yaş kadın hasta kronik bel ağrısı, ilerleyici lomber lordozda artış ve denge bozukluğu

Amaç: Nadir görülen ve kronik bel ağrısına sebep olabilecek olan bu olgunun MR bulgularını paylaşmak

Sonuç: Diastometamyeli ve tethered kord



F-021 Tekrarlayan Polikondrit: Bir Olgu Sunumu

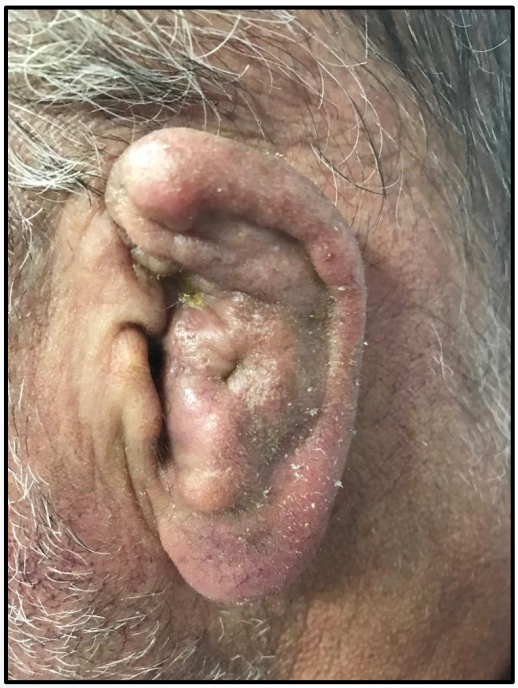
İbrahim Tekeoğlu[1], Gökhan Koz[2], Kemal Nas[3], M. Kantar[2]

[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi, Sakarya
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya

Açıklama: Tekrarlayan polikondrit (TP), artiküler ve non-artiküler kıkırdak dokuda epizodik inflamatuar ataklarla seyreden, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, epizodik fakat potansiyel progresif ilerleyici inflamatuar belirtileri olan ve nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. (1) Tekrarlayan polikondrit olgularının %30'undan fazlasında lökositoklastik vaskülit, liken planus, romatoid artrit, sjögren sendromu, hemolitik anemi, sistemik lupus eritematozus, hashimato tiroiditi ve sistemik vaskülit gibi diğer otoimmün hastalıklar eşlik edebilmektedir. (2) TP, her yaşta görülebilmekle birlikte sıklıkla beşinci dekatta ve her iki cinste eşit olarak görülmektedir. (3) Sıklıkla aurikula, burun, eklem, trakeobronşial yapılar gibi kartilaj ve proteoglikandan zengin yapılarda tutulum izlenir. (4) Kardiyovasküler ve respiratuar komplikasyonlar yüksek mortalite ve morbidite oranına sahiptir. (5) Bu olguda sol kulakta kıkırdak tutulumuyla ortaya çıkan, altta yatan liken planus tanısı bulunan 62 yaşındaki bir erkek olgu sunulmuştur.

Amaç: 62 yaşında erkek hastanın 6 ay önce başlayan sol kulak kepçesi süperiorunda kızarıklık, ağrı şikayeti başlamış. Yine aynı zamanda sağ kulakta ağrı, duymada azalma şikayetleri gelişmiş. Yaklaşık 1 ay öncede kulak akıntısı başlamış. Hastanın başvurduğu kulak-burun-boğaz kliniğinde sağ kulakta sensorinörinal işitme kaybı saptanmış. Burada çeşitli antibiyotik tedavileri, drenaj ve sağ kulağa masteidektomi uygulanmış. Hastanın antesedanında liken planus tanısı bulunuyordu ve bu tanı altında düşük doz kortikosteroid tedavisi altında idi. Hastanın soygeçmişinde benzer veya eşlik edebilecek otoimmün bir hastalık bulunmuyordu. Hastanın yapılan romatolojik sorgusunda artrit/artralji öyküsü, oral aft, tekrarlayan karın/göğüs ağrısı atakları, kronik sinüzit, ağız/göz kuruluğu, fotosensitivite, psöriasis, ailesel romatolojik hastalık öyküsü, eritema nodozum öyküsü, dispne, öksürük, bulantı/kusma, üveit, vasküler hastalık ve inflamatuar bel ağrısı öyküsü bulunmuyordu. Hastanın yapılan fizik bakısında sol kulak kepçesi kızarık görünümde, kulak heliks/antiheliks yapısı bozulmuş durumdaydı ve dış kulak yolunda akıntı vardı. Palpasyonla hassasiyet ve ısı artışı mevcuttu. Hastanın bu ileri destrüksiyona rağmen kulak memesi gibi kıkırdak doku içermeyen yumuşak dokular sağlam görünümdeydi. (Resim-1) Sağ kulak fizik bakısı normal görünümdeydi. Hastanın labaratuvar değerlendirmesinde biyokimyasal belirteçleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Hemogramında beyaz küre: 11.4 K/uL, hemoglobin: 5.48 M/uL, platelet: 190 K/uL, nötrofil: 8.1 K/uL idi. Diğer hemogram parametreleri de normal sınırlarda idi. Romatolojik panelde Romatoid faktör, Anti-CCP, ANA, PR3 ANCA, MPO ANCA, Anti-dsDNA negatifdi. Tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 8, CRP değeri <3 idi ve normal sınırladaydı. Hastanın Hastanın sol kulaktan yapılan kıkırdak biyopsisi sonucunda patolojik değerlendirme ile aktif kronik inflamasyon, granülasyon dokusu tekrarlayan

Sonuç: Tekrarlayan polikondrit hastalığında en sık aurikuler (%90), ikinci sıklıkta ise nazal kartilaj (%54-70) tutulur. (6) Aurikular inflamasyon TP'in karakteristik bulgusudur ve tanı anında %96.1 oranında izlenir. Kulak kepçesinin kıkırdak kısmında şişlik, ısı artışı, kızarıklık tipik başlangıç bulgusudur. Tekrarlayan inflamasyona bağlı olarak kulakta şekil değişikliği izlenebilir. Aurikuler tutulumda kulak memesinin tutulmaması hastalık için tanımlayıcıdır.(4) Hastaların yüzde 50-80'inde eklem bulguları vardır ve sıklıkla kötü prognozun işaretidir. (7) Bizim olgumuzda eklem bulguları yoktu ve romatolojik otoantikor paneli negatifti. TP'li olguların %40-50'sinde iç kulak bozukluğu tanımlanmıştır. Sensörinöral işitme kaybı iki taraflı ya da tek taraflı olabilir. (3) Bizim olgumuzda sol kulak aurikulasında ortaya çıkan ağrı, kızarıklık ile birlikte sağ kulakta da ağrı ve ilerleyici işitme kaybı birlikte başlamıştı. Fakat sağ kulak auriküler tutulumu yoktu. Yapılan kulak-burun-boğaz incelemesinde mastoid boşluk içerisini dolduran ve destrükte eden inflamatuar reaksiyon saptanmıştı. Kutanöz bulgular hastaların %17- 37'sinde bulunmaktadır, ancak patognomik değildir. Aftöz ülserler, purpura, papül, ekstremitelerde nodüller en sık karşılaşılanlardır. Diğer deri bulguları arasında anjioödem, ürtiker, livedo retikülaris ve liken planus yer almaktadır. (8) Bizim olgumuzda da liken planus tanısı bulunmaktaydı. TP nadir gözlendiği için kabul edilmiş bir tedavi protokolü yoktur. Aurikular ve nasal kondrit, artralji gibi daha az ciddi semptomlar non-steroid antiinflamatuar ilaçlar ile tedavi edilebilir. (9) Ciddi polikondrit, oküler, laringotrakeal tutulum, sistemik vaskülit, glomerülonefrit gibi hayatı tehdit eden durumlarda sistemik steroid, metotreksat, siklofosfamid, azotiopüringibi immünsüpresan ilaçlar tedavide etkilidir. (10) Sistemik steroid tedavisinde 1 mg/kg dozda başlanması ve zamanla azaltılarak uzun süre devam edilmesi atak sıklığını azaltmada etkil



F-022 Adalimumab Tedavisi Altında Elde Romatoid Nodül Ve Servikal Subluksasyon İle Seyreden Bir Romatoid Artrit Vakası

Kemal Nas, Gökhan Koz, Merve Sürücü, İbrahim Tekeoğlu, Ayhan Kamanlı

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya

Açıklama: Romatoid nodül romatoid artritin en sık ekstraartiküler bulgusudur ve yaklaşık olarak %25'inde gözlenir.(1) Bu lezyonlar tipik teşhis özellikleri ve karakteristik lokalizasyonları ile kolayca tanınır. Biyopsi yapıldığında nodüller karakteristik bir histolojik görünüme sahiptir. Paradoksal olarak metotreksat ve muhtemelen TNF inhibitörleri nodül gelişimini artırabilir. Romatoid nodüller hastalarda ağrı yapmadığı ve mekanik fonksiyonları etkilemediği sürece tedavileri genellikle gerekli değildir. (2)

Amaç: Kırkyedi yaşında ve 9 senedir seropozitif romatoid artrit tanısıyla takipli olan hasta sol el dorsumunda oluşan ağrısız şişlik ile kliniğimize başvurdu.(Resim-1A,1B) Hasta aynı zamanda boyun ağrısı tariflemekteydi. Hastanın anamnezinde travma öyküsü yoktu. Hasta romatoid artrit nedeniyle bir senedir adalimumab 40 mg/2 hf (sc) kullanmaktaydı. Hasta daha öncesinde uzun süre boyunca metotreksat, leflunomid ve sülfasalazin tedavilerini tekli veya kombine ilaç olarak kullandığını belirtmekteydi. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmuyordu. Yapılan fizik muayenesinde sol el 2-3. MKF eklem posteriorunda yumuşak şişlik saptandı. Isı artışı ve kızarıklık yoktu. Sağ el bileğinde ise sinoviyal hipertrofi ve piyano tuşu belirtisi vardı. Sağda eklem kısıtlılığının son noktasına kadar düşük eli mevcuttu. Her iki el bileğinde eklem hareket açıklığı her yöne pasif ancak 10 derece kadar yapabiliyordu ve ağrısı yoktu. Servikal eklem hareket açıklığı her yöne ağrısız açıktı. Hastanın yapılan kas gücü muayenesinde sol el bileği ekstansiyonu hariç 5/5'di. Hastanın sol elde karpal ekstansör tendonlarda kopukluk nedeniyle aktif el bileği ekstansiyonu yapamıyordu. Laboratuvar değerlerinde romatoid faktör ve anti-CCP pozitifti. Hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. CRP:7 eritrosit sedimantasyon hızı 38'di. Hastanın çekilen her iki el bilek mukayeseli grafisinde karpal eklemlerde ileri derecede erozyon ve yaygın deformite saptandı. (Resim-2) Yapılan servikal MRI görüntülemesinde ise servikal üçüncü vertebrada grade 2 retrolistezis ve hafif derecede miyelopati saptandı (Resim- 3).

Sonuç: Romatoid nodül romatoid artritin en sık ekstraartiküler bulgusudur ve yaklaşık olarak %25'inde gözlenir (1). Romatoid nodül saptanan hastaların %90'ında romatoid faktör pozitiftir ve seropozitif romatoid artritte romatoid nodül görülme sıklığı %40'dır (3). Bizim olgumuzda da romatoid faktör pozitifti. Romatoid nodülün klinik prediktörleri ciddi artrit, eklem erozyonu, romatoid faktör pozitifliği ve romatoid vaskülitdir (4). Bizim hastamızda da bu klinik prediktörler bulunmaktaydı. Paradoksal olarak metotreksat ve muhtemelen TNF inhibitörleri nodül gelişimini artırabilir (2). Baeten ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 5 infliksimab alan hastada romatoid nodül rapor edilmiştir. (5) Yine yapılan 4 olgu serisinde etanercept tedavisi altında romatoid nodül gelişimi saptanmıştır (6,7). Bizim olgumuzda da uzun süreli hastalık, metotreksat kullanım süresi bulunmasına rağmen yeni başlanan adalimumab tedavisi altında romatoid nodül gelişmiştir.



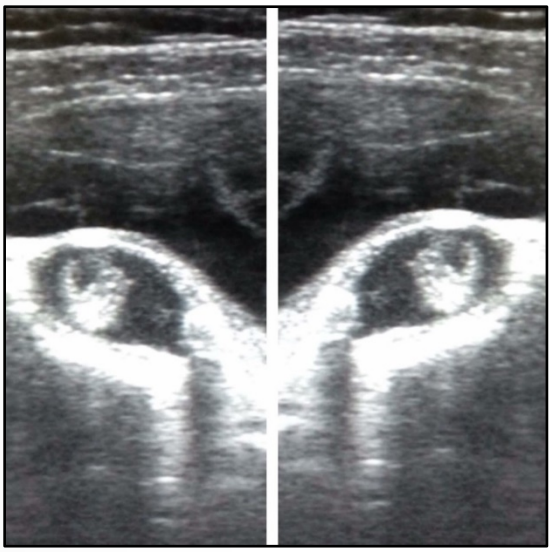
F-023 Eye of Tiger

Ömer Faruk Şendur

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Aydın

Açıklama: Biseps Tendiniti USG

Amaç: Farkındalık



F-024 Her Eklem Ağrısı ile Gelen Hastada Romatizma Var Mıdır?

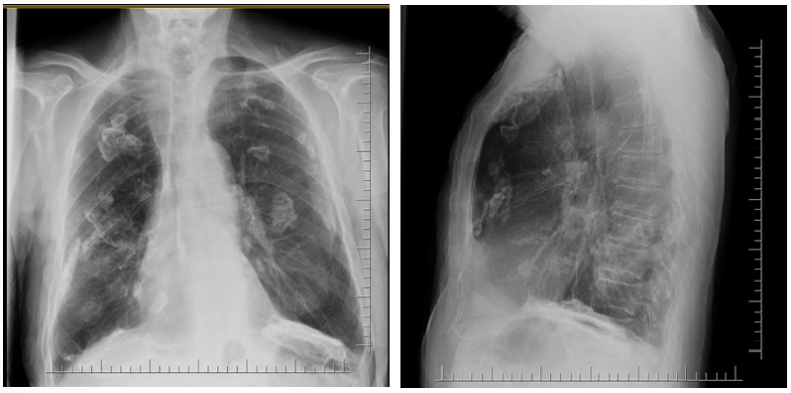
Kevser Gök

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştıma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara

Açıklama: 83 yaşında erkek hasta, kalçalarda belirgin yaygın eklem ağrısı şikayeti ile gelen hastada çekilen akciğer grafisinde plevral yaygın plak tespit edildi.

Amaç: Paraneoplatik hastalıklarda da eklem ağrısı ve artritlerin görülebileceğine dikkat çekmek.

Sonuç: Hasta malignite tetkik edilmesi ve tedavisi amacıyla ilgili bölüme yönlendirildi.



TIBBİ VİDEOLAR

V-001 2. Metatarsofarengeal Eklemdeki Tofus ve Artrit Varlığı

Çağlar Karabaş, Kemal Erol

Kayseri Şehir Hastanesi Romatoloji Bölümü, Kayseri

Açıklama: E.O 56 yaşındaki kadın hasta, her iki ayak 1. ve 2. MTF eklemlerde kızarıklık ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Sol ayak dorsumunda şişlik de mevcuttu. Hastanın akut faz reaktanları(sedim:38, CRP:192) RF:193, Anti-CCP>500, ürik asit: 4.7 idi. Hastanın GUT ve RA ayırıcı tanısı açısımdan sağ ayak 2. MTF eklemde tofus benzeri oluşumundan eklem sıvısı aspire edildi. Mikroskobik incelemesinde, ürik asit kristalleri görüldü. Kolsisin başlandi. 2 hafta sonra şikayetleri düzeldi. CRP:11.5 SEDIM:6 olarak geriledi.

Amaç: Poliartrit ile başvuran hastalarda ultrason ile görüntüleme ve gerektiğinde eklem sıvı incelemesi, bizi doğru tanıya götürür.

Sonuç: Ultrason ve mikroskobun romatoloji pratiğinde rolünün önemi büyüktür.

V-002 Sistemik Lupus Eritematozus Ve Antifosfolipid Sendromu ile İlişkili Kore-Ballismus

Halise Hande Gezer, Mehmet Tuncay Duruöz

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

Açıklama: Bilinen hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi ve hipotiroidi tanıları olan hasta 2003 yılından beri sistemik lupus eritematozus (SLE) ve antifosfolipid sendrom (APS) tanısı ile takiplidir. Öyküsünde ve takibinde 6 tane abortus (1. Trimester), pulmoner emboli, bilateral kalça avasküler nekroz, tekrarlayan dijital ülser, statin kullanımı sonrası miyozit öyküsü olan hasta 5 ay önce sağ ayak 1. parmak gangren nedeniyle ampüte edildi. Operasyon sonrası 2. ayda sağ kol ve bacakta güçsüzlük ve konuşamama şikayeti olan hasta akut serebrovasküler hastalık nedeniyle nöroloji servisine yatırıldı. MRG'da sağ MCA'da enfart gelişen hastanın sağ üst extremitesinde hem proksimal hem de distalde istemsiz hareket bozukluğu gelişti ve kore/ballismus olarak değerlendirildi.

Amaç: SLE ve APS seyrinde serebrovasküler hastalık, kore/ballismus, epileptik ataklar, baş ağrısı, kognitif bozukluk, transvers miyelit, Devic's sendrom ve multiple skleroz benzeri klinik tablolar görülebilir. Burada nadir ancak hastalığa ait hareket bozukluklarını tanımak ve farkında olmak amaçlanmıştır.

Sonuç: SLE ve APS çeşitli nörolojik semptomlarla beraber olabilir. Hareket bozuklukları da bu tutulumlar arasında nadir görülen bozukluklardır.

V-003 Sistemik Skleroz

Nesrin Şen

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Açıklama: Sistemik Skleroz Cilt Bulguları

Amaç: Sistemik Skleroz Cilt Bulgularını Sunmak

Sonuç:Tipik bulguları olan hastalarda fizik muayene ile tanı konulabilinir.

V-004 Servikal İnterlaminer Epidural Steroid Enjeksiyonunda Kontrastın Yayılımı

Savaş Şencan, Serhad Bilim, İpek Saadet Edipoğlu, Osman Hakan Gündüz

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

Açıklama: Sol kola yayılan boyun ağrısı şikayeti olan, servikal MR'ında Sol C6 basısı tespit edilen hastada sol paramedian C7-T1 interlaminer epidural steroid enjeksiyonu öncesi verilen kontrastın yayılımının kontralateral oblik görüntüsü

Amaç: Servikal Epidural alanda kontrast yayılımını göstermek

Sonuç: Kontrastın epidural alanda yayılımı sonrası verilen 80 mg triamsinolon, 3 cc SF karışımı hastanın sol kola yayıln ağrılarında belirgin rahatlama sağladı.

V-005 Damlanın Nefesle Dansı

İpek Edipoğlu, Serhad Bilim, Savaş Şencan, Osman Hakan Gündüz

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

Açıklama: Tam epidural alanda olduğu az önce anlaşılan iğne ucunda nefesle yukarı ve aşağı hareket eden sıvı sütunu

Amaç: Epidural alanı doğru belirlemek.

Sonuç: Asılı damla tekniği ile epidural aralık doğrulandı.

V-006 Sol L5 Sinir Kökünde Kontrastın Dağılımı

Savaş Şencan, Serhad Bilim, İpek Saadet Edipoğlu, Osman Hakan Gündüz

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

Açıklama: Sol bacağa inen bel ağrısı şikayeti , Lomber MR'ında L4-L5 seviyede sol paramedian disk herniyasyonu tespit edilen hastada, Sol L5 sinir köküne uygulanan transforaminal epidural steroid enjeksiyonu öncesi verilen kontrastın yayılımının lateral görüntüsü

Amaç: Transforaminal epidural steroid enjeksiyonunda kontrast dağılımını göstermek

Sonuç: Sol L5 kökünde kontrast yayılımı gösterildikten sonra verilen 80mg metilprednizolon, 1 cc bupikvain, 2 cc SF ile hastanın sol bacağa yayılan bel ağrısında belirgin rahatlama sağlandı.

V-007 Miyofasiyal Ağrı Sendromu Tetik Nokta Tedavisinde Radial Şok Dalga Tedavisi

Ali Uygur, Gizem Songur, Gökmen Özcan
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Eskişehir

Açıklama: Kas-İskelet patolojileri ile ilgilen kliniklerin en sık başvuru nedenlerinden biri miyofasial ağrı sendromudur (MAS). MAS tedavisinde özellikle aktif tetik noktalara yönelik müdahaleler gittikçe artmaktadır. ESwt tedavisi yıllardır farklı patolojiler için kullanılmakta ve bunlara yeni endikasyonlar eklenmektedir. Ancak hem ESWT uygulamalarındaki güncel protokoller çok net bilinmemekte hem de teknolojik farklılıklar tanınmamaktadır.Özellikle radial ESWT uygulamasının düşük maliyeti ve nispeten az riskli olması nedeniyle MAS tedavisinde kullanımı artmaktadır. Son yapılan çalışmalar radial ESWT nin uygun protokolde MAS tedavisinde lokal anestezik enjeksiyonu kadar etkili olduğu gösterilmiştir.

Amaç: Miyofasial ağrı sendromu tedavisinde yeni bir yaklaşım olan ESWT uygulamasını anlatmak

Sonuç: Sonuç olarak , radial eswt uygulanması hem güvenli hemde etkili bir yöntemdir. Doğru enerji düzeylerine doğru şekilde uygulandığında MAS tedavisinde yeni bir alternatiftir.

TRASD
1947
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği

opteamist
key to synergy
turizm & organizasyon