ULUSLARARASI KATILIMLI

TÜRK ROMATOLOJİ E-KONGRE 2020

13-15 KASIM 2020



TRASD 1947

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Yaşam Caddesi No: 13/A Neorama Plaza Kat: 6 Daire: 26
Söğütözü / ANKARA **T:** +90 312 562 13 22 **F:** +90 312 562 13 22

GENX KONGRE
İcadiye Cad. No:3 Kuzguncuk 34674 İstanbul **T:** +90 216 310 11 00
F: +90 216 310 06 00 info@genx.com.tr / www.genx.com.tr
genx_mice twitter.com/GenX_MICE

KURULLAR

KONGRE BAŞKANLARI

Dr. Hatice Bodur
Kongre Eş Başkanı

Dr. Şebnem Ataman
Kongre Eş Başkanı

KONGRE SEKRETERİ

Dr. Figen Ayhan

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. Özgür Akgül
Dr. H. Fatih Çay
Dr. Erhan Çapkın
Dr. Yeşim Garip Çimen
Dr. Hilal Ecesoy
Dr. Armen Yuri Gasparyan
Dr. Zafer Günedi
Dr. Gülcan Gürer
Dr. Meltem Alkan Melikoğlu
Dr. Sumru Özel
Dr. İlhan Sezer
Dr. Ömer Faruk Şendur
Dr. Xavier Puechal
Dr. Olena Zimba

*Kongre Düzenleme Kurulu soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

TRASD YÖNETİM KURULU

BAŞKAN
Dr. Şebnem Ataman

BAŞKAN YARDIMCISI
Dr. Hatice Bodur

GENEL SEKRETER
Dr. Zafer Günendi

SAYMAN
Dr. Hilal Ecesoy

ÜYELER

Dr. Erhan Çapkın
Dr. M. Tuncay Duruöz
Dr. Gülcan Gürer
Dr. Özgür Akgül
Dr. H. Fatih Çay

ŞUBE BAŞKANLARI

Dr. Hasan Toktaş Afyon
Dr. İlhan Sezer Antalya
Dr. Ömer F. Şendur Aydın
Dr. Lale Altan İnceoğlu Bursa
Dr. Remzi Çevik Diyarbakır
Dr. Arzu Kaya Elazığ
Dr. Meltem Alkan Melikoğlu Erzurum
Dr. Tuncay Duruöz İstanbul
Dr. Murat Birtane İstanbul - Trakya
Dr. Lale Cerrahoğlu Manisa
Dr. Sami Hizmetli Sivas

BİLİMSEL KURUL

Dr. Özgür Akgül
Dr. Şebnem Ataman
Dr. Figen Ayhan
Dr. Hatice Bodur
Dr. H.Fatih Çay
Dr. Erhan Çapkın
Dr. Yeşim Garip Çimen
Dr. Hilal Ecesoy
Dr. Armen Yuri Gasparyan
Dr. Zafer Günedi
Dr. Gülcan Gürer
Dr. Meltem Alkan Melikoğlu
Dr. Sumru Özel
Dr. İlhan Sezer
Dr. Ömer Faruk Şendur
Dr. Xavier Puechal
Dr. Olena Zimba

07:00-07:55 **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU-I**
OSTEOARTRİT
Oturum Başkanları: *Kadriye Öneş, Taciser Kaya*

07:00-07:05 **SS-41** Adaptation and validation of the Mini Osteoarthritis Knee and Hip Quality Of Life (Mini-OAKHQOL) questionnaire in Turkish population
Sevtap Acer Kasman

07:05-07:10 **SS-45** Elin antropometrik özellikleri karpal tünel sendromu oluşumunda etkili midir?
Özlem Yılmaz Taşdelen

07:10-07:15 **SS-61** El Kavrama Gücü ile Radyolojik ve Fonksiyonel Diz Osteoartriti Arasındaki İlişki
Nurçe Çilesizoğlu Yavuz

07:15-07:20 **SS-75** Huzursuz bacak sendromlu hastalarda serum lipit düzeyleri
Seçil Pervane Vural

07:20-07:25 **SS-90** The cut-off value of serum 25(OH) D level for Diabetic Distal Symmetric Polyneuropathy
Sanem Aslıhan Aykan

07:25-07:30 **SS-96** Diz osteoartritli hastalarda gluteal ekstansor kas enduransının denge ve mobilite ile ilişkisi
Duygu Şilte Karamanlıoğlu

07:30-07:35 **SS-97** Osteoporotik vertebral çökme kırığı ile FACIT Yorgunluk ölçeği arasındaki ilişkinin Değerlendirilmesi
Murat Baloğlu

07:35-07:40 **SS-83** Pes Planus ve Venöz Yetmezlik İlişkisi
Hatice Ağır

07:40-07:45 **SS-101** Nadir bir boyun ağrısı vakası: longus colli kasının akut kalsifik tendiniti
Aylin Sarıyıldız

07:45-07:55 Tartışma

08:00-08:15 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**
Hatice Bodur, Şebnem Ataman

08:15-09:30 **SPA**
Oturum Başkanları: *Ayhan Kamanlı, Kenan Akgün*

08:15-08:35 Aksiyel SpA Yeni Ne Var?
Erhan Çapkın

08:35-08:55 Periferik SpA Yeni Ne Var?
Gamze Kılıç

08:55- 09:15 Psöriatik Artrit Remisyon Hedefleri
Kemal Nas

09:15-09:30 Tartışma

09:30-10:15 **ROMATOLOJİDE SON 1 YIL- I**
Oturum Başkanları: *Banu Kuran, Tuncay Duruöz*

09:30-09:45 Romatoid Artrit
Şebnem Ataman

09:45-10:00 SLE
Cahit Kaçar

10:00-10:15 Tartışma

10:15-10:45 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

13 KASIM 2020, CUMA

10:45-11:30 **UYDU SEMPOZYUM**
Bir Hayat, Bir Dokunuş: *AS Tedavisine Güncel Yaklaşımlar ve Olgular*

MSD INVENTING FOR LIFE

10:45-10:50 Açılış
İlknur Aktaş

10:50-11:05 Spondiloartropatilerde Güncel Tedavi Yaklaşımları
Erhan Çapkın

11:05-11:20 Olgularla Ankilozan Spondilit Tedavisinde Golimumab
Meltem Alkan Melikoğlu

11:20-11:30 Kapanış & Soru-Cevap
İlknur Aktaş

11:30-12:15 **ROMATOİD ARTRİT**
Oturum Başkanları: *Tansu Arasıl, Ömer Kuru*

11:30-12:00 Manipulating Signaling Pathways for Treating RA
Peter Taylor

12:00-12:15 Tartışma

12:15-13:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

13:30- 14:15 **UYDU SEMPOZYUM**
Onuncu Yılında Denosumab ile Yeni Ufuklar
Oturum Başkanı: *Şebnem Ataman*
Konuşmacılar: *Oya Özdemir, Derya Demirbağ Kabayel*

AMGEN

14:15-15:00 **VASKÜLİT**
Oturum Başkanları: *Ece Kaptanoğlu, Meltem Alkan Melikoğlu*

14:15- 14:45 How to Assess Patient with Suspected Vasculitis?
Xavier Puechal

14:45-15:00 Tartışma

15:00-15:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

15:30-16:15 **FMF**
Oturum Başkanları: *Hatice Bodur, Zafer Günendi*

15:30-16:00 Familial Mediterranean Fever
Armen Yuri Gasparyan

16:00-16:15 Tartışma

16:15-17:00 **ROMATOLOJİDE SON 1 YIL - II**
Oturum Başkanları: *Meltem Alkan Melikoğlu, Hilal Ecesoy*

16:15-16:45 One Year Review 2020: Systemic Sclerosis
Simone Basotti

16:45-17:00 Tartışma

17:00-17:45 **KAPİLLEROSKOPİ OTURUMU**
Oturum Başkanı: *Meltem Alkan Melikoğlu*

17:00-17:10 Kapilleroskopi nedir? Kimlere yapılmalı? Cihazın genel tanıtımı
Meltem Alkan Melikoğlu

17:10-17:20 Kollajen doku hastalıklarında mikrovasküler tutulum (Sistemik skleroz odaklı)
Nurhan Köken Güven

17:20-17:30 Normal kapilleroskopi bulguları
İsmihan Sunar

17:30-17:40 Patolojik kapillerskopi bulguları
Pınar Bora Karslı

17:40-17:45 Tartışma

17:45-18:30 **UYDU SEMPOZYUM**
Gerçek Yaşamdan Tofasitinib Kanıtları
Oturum Başkanı : *Ömer Kuru*
Konuşmacılar : *İlhan Sezer, Nilay Şahin*

18:30-19:35 **TRASD-RAD OKULU**
Oturum Başkanı: *Erhan Çapkın*

18:30-18:45 Kas İskelet USG Giriş ve Normal yapılar
Zafer Günendi

18:45-19:05 Romatoid Artritte USG
Erhan Çapkın

19:05-19:25 Spondiloartritlerde USG
İlker Yağcı

19:25-19:35 Tartışma

19:35-20:45 **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU-II**
REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ
Oturum Başkanları: *Ayşe Küçükdeveci, Hidayet Sarı*

19:35-19:40 **SS-44** Şiddetli Lipödem Hastalarında Fiziksel Aktivite ve Hareket Korkusu, Klinik Parametreler ile İlişkisi
Yeliz Bahar Özdemir

19:40-19:45 **SS-62** Travmatik El Yaralanmalı Hastalarımızın Demografik ve Klinik Özellikleri
Cemile Sevgi Polat

19:45-19:50 **SS-91** Metabolik Sendromlu Hastalarda Kinezyofobi Varlığının Değerlendirilmesi
Dilek Eker Büyükşireci

19:50-19:55 **SS-98** Rehabilitasyon gören kronik spinal kord yaralanmalı hastalarda yaralanma bölgesi ve yaralanma şiddeti hasta memnuniyetini etkiler mi?
Selma Eroğlu

19:55-20:00 **SS-82** Pitavastatinin siyatik sinir hasarında motor defisit ve fonksiyonellik üzerine olan nöroprotektif etkisi
Başak Mansız Kaplan

20:00-20:05 **SS-11** Obstruktif uyku apne sendromu(OSAS) ile FMS birlikteliği ve polisomnografik olarak değerlendirilmesi
Rabia Aydoğan Baykara

20:05-20:10 **SS-51** Fibromiyalji Sendromunda Vücut Sahipliği Algısının Artmış Plastisitesi
Hatice Ceylan

20:10-20:15 **SS-53** Frequency of Fibromyalgia Syndrome and Related Factors in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Renal Transplant Patients
Ayla Cagliyan Turk

20:15-20:20 **SS-22** Fibromiyaljili hastalarda kapilleroskopi bulgularının değerlendirilmesi
Aylin Sarıyıldız

20:20-20:25 **SS-64** Fibromiyalji Tanılı Hastalarda Metabolik Sendrom
Betül Sargın

20:25-20:30 **SS-24** Fibromiyalji ve Fibrofog
Özgür Zeliha Karaahmet

20:30-20:35 **SS-32** Nörobilim Ağrı Eğitiminin Fibromiyalji Sendromunda Etkinliği: Olgu Serisi
Merve Akdeniz Leblebicier

20:35-20:45 Tartışma

07:40-08:30 **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU-III**
FT AJANLARI-GİRİŞİM
Oturum Başkanları: *Hakan Genç, Selami Akkuş*

07:40-07:45 **SS-09** Yüksek Yoğunluklu Lazer Tedavisinin Subakromiyal Sıkışma Sendromu Tanısı Olan Hastalardaki Etkinliği: Randomize, Çift Kör, Plasebo Kontrollü Klinik Çalışma
Selma Eroğlu

07:45-07:50 **SS-46** Dejeneratif Menisküs Yırtıklarında Fizik Tedavi ve Artroskopik Parsiyel Menisektomi Tedavilerinin Karşılaştırılması ve Bu Tedavilerle Kombine Hyalüronik Asit Enjeksiyonu Uygulamasının Sonuçlara Etkisi
Betül Başar

07:50-07:55 **SS-55** Subakromial sıkışma sendromunun tedavisinde kinezyo bantlamanın etkinliği
Neşe Gürel Kandemir

07:55-08:00 **SS-70** Lateral Epikondilitte Kuru İğneleme ve Ekstracorporeal Şok Dalga Tedavisi(ESWT) Etkinliklerinin Karşılaştırılması
Ahmet Karakoyun

08:00-08:05 **SS-77** Deneysel siyatik sinir hasarı oluşturulan farelerde Hypericum Perforatum ekstresinin nöroprotektif, antinosiseptif ve antiinflamatuvar etkilerinin araştırılması
Aylin Sarıyıldız

08:05-08:10 **SS-84** Kronik Diz Osteoartrit'inde (nöropatik ağrısı olan/olmayanlarda) Ultrasonografi Eşliğinde Geniküler Sinir Bloğunun Etkinliği
Berrak Taş

08:10-08:15 **SS-105** Osteoporoz Hastalarının Tedavisinde Denosumab Kullanım Deneyimi; bir yıllık takip tek merkezli çalışma
Damla Cankurtaran

08:15-08:20 **SS-86** Fibromiyalji Hastalarında Major Ozon Otohemoterapi: Pilot Çalışma
Selim Sezikli

08:20-08:30 Tartışma

08:30-10:00 **OSTEOARTRİT**
Yeni Ne Var? & Nasıl Tedavi Ederiz?
Oturum Başkanları: *Figen Ayhan, Ayhan Bilgici*

08:30-08:50 Yeni Moleküler Hedefler: Sprifermin, Wnt İnhibitörleri, Anti-NGF, vd.
Duygu Tecer

08:50-09:10 Osteoartrit Yönetiminde Son Rehberler
Figen Ayhan

09:10-09:30 Rejeneratif Tıp mı? Cerrahi mi?
Lale Altan İnceoğlu

09:30-09:50 Nasıl Tedavi Edelim: Osteoartrit 2020
Nehir Samancı Karaman

09:50-10:00 Tartışma

10:00-10:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

10:30-11:15 **UYDU SEMPOZYUMU**
Kas Gevşetici İlaç Seçiminde Esnekliğe Hazır mıyız?
Konuşmacı: *Lale Altan İnceoğlu*

İbrahim Etem 1903 MENARINI group

11:15-11:45 **ROMATOİD ARTRİT**
Oturum Başkanları: *Vural Kavuncu, Sami Hizmetli*

11:15-11:30 Romatoid Artritte Komorbiditelerin Yönetimi
Gülcan Gürer

11:30-11:45 Tartışma

11:45-12:30 **OSTEOPOROZ YÖNETİMİNDE YENİ KULVARLAR:** YENİ NE VAR ve NASIL TEDAVİ EDERİZ?
Oturum Başkanları: *Simin Hepgüler, Hatice Uğurlu*

11:45-12:15 Osteoporoz Yönetiminde Son Rehberler
Yeşim Kirazlı

12:15-12:30 Tartışma

12:30 - 13:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

13:30-14:30 **VASKÜLİTLER VE BEHÇET SENDROMU**
Oturum Başkanları: *Belgin Karaoğlan, H. Fatih Çay*

13:30-13:55 Büyük Damar Vaskülitlerinde Tedavi
İlhan Sezer

13:55-14:20 Behçet Sendromu; son 2 yıl
Feride Göğüş

14:20-14:30 Tartışma

14:30-15:00 **FİBROMİYALJİ**
Yeni Ne Var? Nasıl Tedavi ederiz?
Oturum Başkanı: *Dilek Keskin*

14:30-14:50 Fibromiyalji Yönetiminde Son Rehberler
Deniz Evcik

14:50-15:00 Tartışma

15:00-15:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

15:30-16:15 **UYDU SEMPOZYUMU**
Spondiloartrit Tedavisinde Kelebek Etkisi
Oturum Başkanı: *Şebnem Ataman*
Konuşmacılar: *Kenan Akgün,Pınar Çakar Özdal, Murat Törüner*

abbvie

16:15-17:00 **KRİSTAL ARTROPATİLER**
Oturum Başkanı: *Ömer Faruk Şendur*

16:15-16:25 Hiperürisemi,Metabolik Sendrom İlişkisi Hakkında Ne Biliyoruz?
Erkan Kozanoğlu

16:25-16:35 Gutu Nasıl Tedavi Edelim?
Ömer Faruk Şendur

16:35-16:50 Olgu Eşliğinde Diğer Kristal Artropatilerde Tedavi Yaklaşımı
Şule Şahin Onat, Tuba Güler

16:50-17:00 Tartışma

17:00-18:00 **TRASD-IMM İMMUNOLOJİ OKULU**

17:00-17:10 ANA ne zaman istenir
Feride Göğüş

17:10-18:00 ANA Boyanma Paternleri
Rahime Aksoy

18:00-19:30 **MRG KURSU**
Omurga ve sakroiliak eklem MRG: Temel özellikler, sekanslar, normal ve anormal
Oturum Başkanı: *Özgür Akgül*

18:00-18:30 Standart MRG görüntüleme özellikleri
Gökhan Pekindil

18:30-19:00 Lomber MRG
Özgür Akgül

19:00-19:30 Sakroiliyak MRG
Özgül Soysal Gündüz

19:30-20:35 **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - IV**
ROMATOİD ARTRİT
Oturum Başkanları : *Arzu Kaya, Savaş Gürsoy*

19:30-19:35 **SS-56** Geç Başlangıçlı Romatoid Artrit Gerçekten Farklı mı?
Yunus Durmaz

19:35-19:40 **SS-15** Romatoid Artritli hastalarda düşük doz Rituksimab tedavi sonuçlarımız
Sevilay Batıbay

19:40-19:45 **SS-21** Romatoid Artritli Hastalarda Osteosarkopeninin Kinezyofobi ve Yaşam Kalitesine Etkisi
Fatma Yıldız

19:45-19:50 **SS-23** Romatoid artritli hastalarda tiyol/disülfit dengesinin hastalık aktivitesi ve preklinik ateroskleroz ile ilişkisi
Münevver Serdaroğlu Beyazal

19:50-19:55 **SS-31** Romatoid artrit hastalarında kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesinde speckle tracking ekokardiyografinin önemi
Müşerref Ebik

19:55-20:00 **SS-74** Romatoid Artritli Hastalarda FRAX'a Göre Osteoporotik Kırık Riski değerlendirmesi
Ayhan Kamanlı

20:00-20:05 **SS-25** Romatoid Artritli Hastalarda Tosilizumab Kullanımı ile Eozinofil Sayısı Arasındaki İlişki
Elem Yorulmaz

20:05-20:10 **SS-87** Romatoid artrit (RA) hastalarında ADAMTS-4 protein ekspresyonunun rolü ve önemi
Murat Baloğlu

20:10-20:15 **SS-106** Psöriazis tanılı hastada gelişen baker kist rüptürü, artrit sonucu mu?
Mehmet Serhat Topaloğlu

20:15-20:20 **SS-120** Psöriatik Artrit Hastalarında Nöropatik Ağrı ve Klinik Bulgularla İlişkisi
Mazlum Serdar Akaltun

20:20-20:25 **SS-102** Akut Oligoartritle Başvuran COVID-19 Olgusu
Dilek Tezcan

20:25-20:35 Tartışma

07:15-08:30 **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - V**
ANKİLOZAN SPONDİLİT
Oturum Başkanları : *Lale Aktekin, Filiz Sivas*

07:15-07:20 **SS-04** Investigation of Chromosome/ Oxidative DNA Damage Using Cytokinesis-Block Micronucleus Cytome (CBMN-Cyt) Assay in Patients with Ankylosing Spondylitis
Funda Kıranatlıoğlu Fırat

07:20-07:25 **SS-05** Ankilozan Spondilit Hastalarında Kognitif Durum Etkilenir mi?
Başak Mansız Kaplan

07:25-07:30 **SS-08** Aksiyel Spondiloartropatili Hastalarda Görülen Plantar Fasiitte Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisinin (ESWT) Etkinliği
Seçilay Güneş

07:30-07:35 **SS-12** Working performance of patients with ankylosing spondylitis
Fatih Baygutalp

07:35-07:40 **SS-39** Aksiyel Spondiloartritli Hastalarda Nötrofil-Lenfosit ve Platelet-Lenfosit Oranı
Elem Yorulmaz

07:40-07:45 **SS-43** Ankilozan Spondilit Hastalarında Nötrofil Lenfosit ve Platelet Lenfosit Oranlarının Akut Faz Reaktanları ile İlişkisi ve Biyolojik DMARDS Tedavi ile Değişimi
Aslı Keleş Önal

07:45-07:50 **SS-19** Ankilozan spondilitli hastalarda fibromiyalji: Sıklığı ve karakteristik özellikleri
Elif Tarihçi

07:50-07:55 **SS-65** Aksiyel spondiloartropatili hastalarda progranulin düzeyinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi
Didem İldemir Doğangün

07:55-08:00 **SS-30** Aksiyel Spondiloartropatili hastalarda Galectin-3 düzeyinin hastalık aktivitesi ile ilişkisi; Prospektif, kesitsel çalışma
Esra Köstengil

08:00-08:05 **SS-33** Ankilozan Spondilitli Hastalarda Ozon Tedavisinin Etkinliği: Prospektif, randomize kontrollü klinik çalışma
Hakan Alkan

08:05-08:10 **SS-100** İnterstisyel akciğer hastalığı ile gelen sistemik skleroz sine skleroderma olgusu
Hasan Ulusoy

08:10-08:15 **SS-123** Biyolojik Ajan Kullanan Ankilozan Spondilit Hastalarında COVID-19 Pandemisinin Anksiyete Düzeyleri
Mustafa Erkut Önder

08:15-08:20 **SS-99** Anti Tümör Nekrozis Faktör Antagonist Tedavisi İle İlişkili Nadir Bir Yan Etki: Paradoxal Psöriazis
Lütfi Akyol

08:20-08:30 Tartışma

15 KASIM 2020, PAZAR

08:30-10:00 **SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS**
Oturum Başkanları: *Meltem Alkan Melikoğlu, Hilal Ecesoy*

08:30-08:55 SLE'yi anlamak ; İmmunopatogenez ve Genetik
Ülkü Uçar

08:55-09:20 SLE'de Tanıda Yenilikler
Ayhan Kamanlı

09:20-09:45 SLE'de Tedavide Yenilikler
Meltem Alkan Melikoğlu

09:45-10:00 Tartışma

10:00-10:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

10:30-11:15 **UYDU SEMPOZYUM**
AMGEN
Biyoteknolojiden Gelen Güç Fark Yaratır:
Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Tedavisinde Amgevita ve Klinik Deneyimler
Oturum Başkanı: *Ömer Kuru*
Konuşmacılar: *İlhan Sezer, Selda Sarıkaya*

11:15-12:30 **SİSTEMİK SKLEROZ ve SJÖGREN SENDROMU**
Oturum Başkanları: *Remzi Çevik, H. Fatih Çay*

11:15-11:45 Sistemik Sklerozda Yeni Ne Var?
Kıvanç Cengiz

11:45-12:15 Sjögren Sendromunda Yeni Ne Var?
Ali Erhan Özdemirel

12:15-12:30 Tartışma

12:30-13:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

13:30-15:00 **ROMATOLOJİDE SPESİFİK SORUNLARA ÇÖZÜMLER**
Oturum Başkanları: *Tunay Sarpel, Lale Cerrahoğlu*

13:30-13:55 Raynaud Sendromu Tedavisi
Hilal Ecesoy

13:55-14:20 Pulmoner Hipertansiyon Tedavisi
Nermin Bayar

14:20-14:45 Arteriel ve Venoz Tromboz Tedavisi
Niyazi Görmüş

14:45-15:00 Tartışma

15:00-15:30 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

FARMANOVA

15:30-16:15 **UYDU SEMPOZYUM**
Ankilozan Spondilit Tedavisinde Secukinumab Farkı
Oturum Başkanları: *Şebnem Ataman, Kenan Akgün*
Enteziyal Enflamasyon, IL-17A, Ankilozan Spondilit Üçgeni
Lale Altan İnceoğlu
Secukinumab 5. yıl sonuçları
Özgür Akgül

16:15-17:00 **INFLAMATUVAR KAS HASTALIKLARI**
Oturum Başkanları: *Murat Birtane, Hasan Toktaş*
16:15-16:30 İnflamatuar Kas Hastalıklarını Nasıl Tanıyalım?
Tuncay Duruöz
16:30-16:45 Nasıl Tedavi Edelim?
Erkan Kılıç
16:45-17:00 Tartışma

17:00-18:00 **BÖLGESEL AĞRILAR-I**
Oturum Başkanları: *Hakan Gündüz, Evren Yaşar*
17:00-17:15 Omuz Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Kenan Akgün
17:15-17:30 Boyun Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Aydan Kurtaran
17:30-17:45 Bel Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Şehim Kutlay
17:45-18:00 Tartışma

18:00-19:00 **BÖLGESEL AĞRILAR-2**
Oturum Başkanları: *Yeşim Gökçe Kutsal, Nilay Şahin*
18:00-18:15 Sakroiliak Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Derya Soy Buğdaycı
18:15-18:30 Kalça Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Sumru Özel
18:30-18:45 Diz Ağrılı Hastaya Yaklaşım
Aylin Rezvani
18:45-19:00 Tartışma

15 KASIM 2020, PAZAR

19:00-20:10 **SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU-VI**
DİĞERLERİ
Oturum Başkanları: *Kutay Ordu, Emel Ekşioğlu*

19:00-19:05 **SS-36** Akro- osteolizisli sistemik skleroz olgusu
Ali Can Soylu

19:05-19:10 **SS-46** Gastrointestinal Semptom Öyküsü Olan Behçet Hastalarında Bağırsak Tutulumunun Gösterilmesinde Manyetik Rezonans Enterografinin Etkinliği: Kesitsel Çalışma
Kevser Gök

19:10-19:15 **SS-50** Ailesel akdeniz ateşi tanılı hastalarda klinik ve laboratuvar parametrelerin değerlendirilmesi
Pınar Bora Karslı

19:15-19:20 **SS-54** Osteoporosis and its Relationship with the Serum Uric Acid Level in Patients with Psoriatic Arthritis
Halise Hande Gezer

19:20-19:25 **SS-14** Familial Mediterranean Fever: Health Related Quality of Life and Associated Variables in a National Cohort
Fatma Gül Yurdakul

19:25-19:30 **SS-18** The Incidence of Residual Disease Activity Following Diverse Disease Activity Measurements for Psoriatic Arthritis
Halise Hande Gezer

19:30-19:35 **SS-67** Subclinical inflammation and related parameters in patients with Familial Mediterranean fever
Nuran Öz

19:35-19:40 **SS-72** Psöriyatik Artritte Online Sitelerin Kalitesinin Değerlendirilmesi
Mehmet Akif Güler

19:40-19:45 **SS-26** Primer Sjogren Sendromlu Hastalarda Otoantikor Sıklığı ve Fokus Skoru İle İlişkisi
Nedim Kaban

19:45-19:50 **SS-121** Miyelodisplastik Sendrom ilişkili dizde monoartrit olgusu
Gizem Suna

19:50-19:55 **SS-122** Reliability of inpatient intravenous biological agent therapies during COVID-19 pandemic
Melda Ulaş

19:55-20:00 **SS-34** Juvenil ve erişkin başlangıçlı Ailevi Akdeniz Ateşi tanılı hastalarda klinik özelliklerin değerlendirilmesi
Didem Erdem Gürsoy

20:00-20:05 **SS-06** Investigation of HLA-B Polymorphism and its Relationship with Clinical Findings in Patients with Familial Mediterranean Fever
Rahime Merve Aktamış

20:05-20:15 Tartışma

20:15-20:25 **E-POSTER / STAND ZİYARET**

20:25-20:30 **Akılcı İlaç**
Tuba Güler

20:30-20:35 **Kapanış**

SÖZLÜ BİLDİRİLER

OSTEOARTRİT [SS-41] ADAPTATION AND VALIDATION OF THE MINI OSTEOARTHRITIS KNEE AND HIP QUALITY OF LIFE (MINI-OAKHQOL) QUESTIONNAIRE IN TURKISH POPULATION

Mehmet Tuncay Duruöz, Sevtap Acer Kasman, Halise Hande Gezer
Physical Medicine and Rehabilitation Department, Rheumatology Division, School of Medicine, Marmara University, Istanbul, Turkey

OBJECTIVE: The 20-item Mini-OAKHQOL was derived from the 40-item OAKHQOL questionnaire which was developed to assess the quality of life in subjects with osteoarthritis of the lower limbs. It has 5 subscales containing physical activities, mental health, pain, social support, social functioning; and two independent items addressing sex life and professional life. The Mini-OAKHQOL's good psychometric properties have recently been shown and validation studies have been done in several populations. We aimed to investigate the validity and reliability of the Turkish version of the Mini-OAKHQOL in patients with knee and hip osteoarthritis.

MATERIALS-METHODS: Patients diagnosed with knee or hip osteoarthritis clinically and radiologically were included in the study. Demographic data were noted. The French version of Mini-OAKHQOL was used for translation and adaptation. Translation-back translation methodology was applied and cross-cultural adaptation of the Mini-OAKHQOL into Turkish was done. Face and content validities were evaluated by cognitive information interviews with patients and expert committee. Internal consistency of the scale was made with Cronbach alpha coefficient. Convergent validity was evaluated by the correlations of Mini-OAKHQOL with Nothingam Health Profile (NHP), subscales of Short form 36 (SF-36), and VAS of the quality of life. The relations of the Mini-OAKHQOL with age, BMI, disease duration, VAS of the pain, WOMAC, and Lequesne Index were assessed for divergent validity. P <0.05 was considered significant.

RESULTS: Seventy-three patients (63 female, 10 male) with the mean age of 57.22 (SD: 9.91) years were recruited. The main site of the symptomatic lower limb osteoarthritis was knee in 44, hip in 25, and both in 4 patients. The mean BMI was 31.69 (SD: 11.06) and the median disease duration was 36 months (IQR: 12–72). Turkish version of Mini- OAKHQOL had a good face and content validity. Cronbach's alpha coefficients of the subscales for internal consistency were 0.927, 0.841, 0.867, 0.771, and 0.677. Physical activities, mental health, pain dimensions of Mini-OAKHQOL had moderate to high correlations with Nottingham Health Profile and the physical functioning, physical role limitations, energy/fatigue, social functioning, pain, and general health subscales of SF-36 (rho between 0.484-0.748). The social function subscale of Mini-OAKHQOL had mild significant correlations with emotional well-being (rho: 0.239) and general health (rho: 0.315) subscales of SF36. The subscales of Mini-OAKHQOL had no correlation with disease duration, BMI, and age; and had generally moderate correlations with VAS-pain, Lequesne Index, and the WOMAC subscales. These data show good convergent and divergent validities of Mini-OAKHQOL.

CONCLUSION: The Turkish version of the Mini-OAKHQOL is a valid and reliable instrument to assess the quality of life in patients with knee/hip osteoarthritis. In addition, it is a simple, accurate, disease-specific, and not time-consuming self-report instrument.

KEYWORDS: Mini-OAKHQOL, validation, Turkish version, quality of life, osteoarthritis

OSTEOARTRİT [SS-45] ELİN ANTROPOMETRİK ÖZELLİKLERİ KARPAL TÜNEL SENDROMU OLUŞUMUNDA ETKİLİ MİDİR?

Ezgi Aydın[1], Özlem Yılmaz Taşdelen[2], Fatmagül Yurdakul[2], Funda Özalp Ateş[3], Hatice Bodur[2]
[1]*Siirt Devlet Hastanesi*
[2]*SBÜ Ankara Şehir Hastanesi*
[3]*Ankara Üniversitesi Biyoistatistik ABD*

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı elin şeklini belirleyen bazı antropometrik özelliklerin karpal tünel sendromu (KTS) oluşumunda ve şiddeti üzerinde etkisi olup olmadığını araştırmaktır

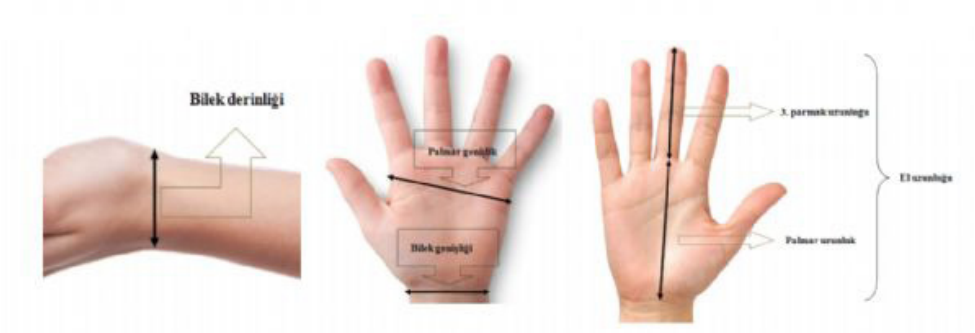
GEREÇ-YÖNTEM: 212 KTS'li hasta ve kontrol grubu olarak da 75 sağlıklı birey çalışmaya dahil edildi. Cinsiyet, yaş, vücut ağırlığı, boy, dominant taraf, öğrenim durumu ve çalışılan iş bilgileri sorgulandı ve kaydedildi, vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. KTS tanısı klinik ve elektrofizyolojik inceleme (ENMG) ile konuldu. Kontrol grubuna da ENMG yapıldı ve normal olanlar çalışmaya dahil edildi. Boyun fıtığı ve/veya radikülopatisi olanlar, polinöropatisi olanlar, boyun veya el bileğinden cerrahi geçirenler, el bileği kırığı geçirenler, inflamatuar romatizmal, endokrin, kanser hastalığı, kronik böbrek yetmezliği olanlar ve hamileler çalışmaya dahil edilmedi. Elin antropometrik ölçümleri (bilek genişliği, bilek derinliği, palmar genişlik, el uzunluğu, 3. parmak uzunluğu) yapıldı ve el bilek oranı (el bilek derinliği/genişliği), parmak indeksi (3.parmak uzunluğu/el uzunluğu×100), el şekil indeksi (palmar genişlik/el uzunluğu×100) ve el vücut indeksi (el uzunluğu/boy×100) hesaplandı ve gruplar arasında karşılaştırıldı. Hasta grubunda tek taraflı tutulum varsa KTS olan el, çift taraflı tutulum varsa daha ağır etkilenen el, iki taraflı eşit tutulum varsa dominant el ve kontrol grubunda dominant el analize dahil edildi.

BULGULAR: KTS ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş, boy, dominant taraf, öğrenim durumu ve çalışılan iş bakımından fark bulunmadı. KTS grubunda vücut ağırlığı ve VKİ anlamlı düzeyde fazla idi. VKİ ile el indeksleri arasında lojistik regresyon analizinde korelasyon bulunmadı ve dolayısı ile analizlerde VKİ'nin etkisini ortadan kaldırmaya gerek görülmedi. El bilek oranı ve el vücut indeksi iki grup arasında farklı bulunmadı. KTS grubunda el şekil indeksi anlamlı düzeyde daha düşük ve parmak indeksi anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Yani KTS grubunda avuçlar elin uzunluğuna kıyasla dar ve orta parmaklar yine elin uzunluğuna kıyasla uzundu. Hafif, orta ve ileri KTS grupları arasında incelenen bu indeksler açısından fark bulunmadı.

SONUÇ: Avuç içi dar ve avuç içi kısa el yapısına sahip olmak idiyopatik KTS oluşumunda bir risk faktörü olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: KTS, antropometrik, bilek oranı, parmak indeksi, el şekil indeksi

Antropometrik ölçümler



Grupların demografik özellikleri

	KTS (n=212)	Kontrol (n=75)	p
Cinsiyet (kadın/erkek) (n, %)	187 / 25 (%88/%12)	66 / 9 (%88/%12)	0.962
Yaş	50.7 ± 10.6	48.1 ± 12,6	0.084
Boy (cm) (median) (min.-max.)	158 (143-180)	160 (145-183)	0.148
Vücut ağırlığı (kg)	78 (40-120)	70 (45-115)	0.006
VKİ (kg/m²)	30.6 (17.5-52.6)	27.6 (20.4-44.6)	< 0.001
Dominant el (sağ/sol)	203/9	68/7	0.139

	KTS (n=212)	Kontrol (n=75)	p
Öğrenim durumu (n, %) Okuma yazma bilmiyor İlköğrenim Lise Üniversite	 32 (15.1) 142 (67) 27 (12.7) 11 (5.2)	 11 (14.7) 47 (62.7) 14 (18.7) 3 (4)	0.640
Çalışılan iş (n, %) Ev hanımı Masa başı çalışanı İşçi Temizlik işçisi Aşçı Terzi Şoför	 128 (60.4) 30 (14.2) 14 (6.6) 25 (11.8) 14 (6.6) 1 (0.5) 0 (0)	 45 (60) 13 (17.3) 7 (9.3) 3 (4) 4 (5.3) 2 (2.7) 1 (1.3)	0.110

El indekslerinin KTS ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	KTS (n=212)	Kontrol (n=75)	p
El bilek oranı (median) (min.-max.)	0.71 (60-87)	0.71 (62-81)	0.210
Parmak indeksi (median) (min.-max.)	41.61 (37.2-45.9)	41.17 (37.5- 45.3)	< 0.001
El şekil indeksi (median) (min.-max.)	48.87 (41.7-59.3)	50.88 (43.5-69.2)	< 0.001
El vücut indeksi (median) (min.-max.)	106.82 ± 4.39	107.54 ± 4.99	0.243

OSTEOARTRİT [SS-61] EL KAVRAMA GÜCÜ İLE RADYOLOJİK VE FONKSİYONEL DİZ OSTEOARTRİTİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fazıl Kulaklı, İlker Fatih Sarı, Nurçe Çilesizoğlu Yavuz, Canan Çelik
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Giresun

AMAÇ: Çalışmamızın amacı, el kavrama gücü (EKG) ile fonksiyonel ve radyolojik diz osteoartriti (KOA) arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Radyolojik ve klinik bulgular neticesinde KOA tanısı alan 50 yaş üstü 64 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. EKG' yi etkileyebilecek hastalıkları olan katılımcılar çalışma dışı bırakıldı. Patients' demographics, body mass indexes (BMI) ve el dominansisi tespit edildi. KOA fonksiyonelliğinin değerlendirmesinde Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC) and Lower Extremity Activity Scale (LEAS) kullanıldı. Radyolojik KOA değerlendirmesi için Kellgren Lawrence Evrelemesi (KL) kullanıldı. Kas gücü ölçümleri için elektronik dinamometreler kullanıldı. Ölçülen kas güçleri BMI değerlerine göre normalize edilerek BMI etkisinden arındırılmış spesifik kas gücü değerleri elde edildi.

BULGULAR: El kavrama güçleri ile fonksiyonel KOA arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, EKG-Dominant (D) ve EKG-Non Dominant (ND) ile WOMAC skorları arasında negatif, AEFİ skorları ile pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır. EKG-ND ile KL-D ve KL-ND arasında negatif yönde hafif derecede anlamlı korelasyon saptanırken EKG-D ile KL arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

SONUÇ: Non dominant elde ölçülen EKG' nin radyolojik ve fonksiyonel KOA ile ilişkili olduğunu, çalışmalarda ölçülen kas gücü değerlerinin BMI' den etkilenmemesi için normalize edilmesi gerektiğini, KOA fonksiyonel değerlendirmesinde kullanılan WOMAC ve AEFİ ölçeklerine EKG değerlendirmesinin de eklenmesi gerektiğini veya EKG' yi değerlendiren yeni ölçekler oluşturulması gerektiğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: diz ekstansiyon gücü, diz osteoartriti, el kavrama gücü

OSTEOARTRİT [SS-75] HUZURSUZ BACAK SENDROMLU HASTALARDA SERUM LİPİT DÜZEYLERİ

Seçil Pervane Vural
Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniği, Ankara

AMAÇ: Yetişkinlerde, anormal bacak hareketleri ve uyuşma ve nörolojik anormallikler ile karakterize olan huzursuz bacak sendromunda (HBS) hastalar alt ekstremiteler de dahil olmak üzere tüm vücuttaki anormalliklerden şikayetçidir. Hastalar şikayetlerini cildin altında sürünen böcekler, geçmeyen kaşıntı hissi, iğnelenme veya sivri uçlu bir cisimle sürtünme olarak tariflerler. Huzursuz bacak sendromlu hastalar, müphem ve belirsiz şikayetleri nedeniyle zor tanı konulan bir hasta grubunu oluştururlar. Uluslararası HBS çalışma grubunun verilerinde göre Amerika'da 12.5% oranında Avrupa'da ise 10 ile 14.5 % arasında değişen oranlarda görülmektedir. Huzursuz bacak sendromunda, diyabet, kronik venöz yetmezlik, alt ekstremite kaslarının ileri derecede gerilimi, stres, yorgunluk, kronik metabolik hastalıklar suçlanmakla birlikte etyoloji tam olarak aydınlatılamamıştır. Birçok çalışmada kas iskelet sistemi ağrıları ile serum lipit düzeyleri arasında ilişki araştırılmıştır. Literatürde serum lipit düzeyleri ile fibromiyalji, miyofasiyal ağrı sendromu, oligoartrit, aşil tendiniti gibi kas iskelet sisteminin ilgilendiren kronik ağrı durumlarına eşlik eden serum lipit düzeyi yükseklikleri ve lipit metobolizmasını ilgilendiren bozukluklar tariflenmiştir. Bu çalışma da huzursuz bacak sendromu olan hastaların serum lipit düzeylerinin incelenmesi ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Uluslararası HBS çalışma grubu tarafından 1995 yılında belirlenen tanı kriterlerine göre HBS tanısı konulan 18-60 yaş arası eşlik eden 19 hasta (11 kadın, 9 erkek) ve 20 sağlıklı kontrol (10 kadın, 10 erkek) anamnez ve fizik muayene ile değerlendirildi. Böbrek yetmezliği, gebelik, multiple skleroz öyküsü, demir eksikliği öyküsü olan, oral kontraseptif, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç, santral veya periferik etkili kas gevşetici, hipnotik ilaç kullanılanlar çalışmaya alınmadı. Tüm olguların son 1 ay içinde ortalama 12 saatlik açlık sonrası antebrakilyal venden alınan kan örnekleri ile elde elde edilen serumdan çalışılan total kolestrol, trigliserid, yüksek dansiteli lipoprotein kolestrol (HDL), düşük dansiteli lipoprotein kolestrol (LDL), çok düşük dansiteli lipoprotein kolestrol (VLDL) düzeyleri ölçüldü. Sonuçlar mg/ dl cinsinden elde edildi.

İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı. Gruplar arasındaki değişken farklılıkları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, menopozal period, vücut kitle indeksi, sigara bağımlılığı açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 1-2)($p > 0.05$). Gruplar arasında total kolestrol, trigliserid, HDL, LDL, VLDL düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 2) ($p > 0.05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kan lipitlerinin vücuttaki temel görevi suda çözünmeyen lipitlerin, suda çözünmeyen vitaminlerin, bazı ilaçların ve enzimlerin kanda taşınmalarını sağlamaktır. Literatürde kronik ağrı sendromlarından olan fibromiyalji ve miyofasiyal ağrı sendromları ile ilişkili durumlarda serum lipit düzeyleri ile ilgili az sayıda ve sonuçları çelişen yayınlar mevcuttur. Fibromiyalji hastalarında elektron mikroskopi ile yapılan doku çalışmalarında hücrelerde glikojen birikimi ve lipit depolanması görülmüştür. Başka bir çalışmada kronik miyofasiyal ağrı sendromlarımla hastalarda kas biyopsi çalışmaları lipitler ve tetik noktalar arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırılan miyofasiyal ağrılı hastalarda serum lipit düzeylerinde anlamlı farklılık bulunmamışken yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise miyofasiyal ağrı sendromlu hastalarda tüm lipit tiplerinde anlamlı yükseklik bulunmuştur.

Huzursuz bacak sendromunda sigara içmek ve ayda 3 saatten az spor yapmak risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ayrıca demir eksikliği anemisi, gebelik ve böbrek yetmezliği sekonder huzursuz bacak sendromu sebepleri arasında sayılmaktadır. 2008 yılında yayınlanan bir çalışma da huzursuz bacak sendromlu hastalarda inme ve kalp krizi riskinin iki kat artığı bildirilmiştir.Kore de yapılan bir çalışmada serum lipit düzeyleri ile huzursuz bacak sendromlu hastaların uyku kaliteleri arasındaki ilişki irdelenmiş ve bu hasta grubunda düşük uyku kalitesi ile total kolestrol ve lipid düzeylerindeki yükseklik arasında ilişki bulunmuştur. Çalışmamız verilerine göre HBS'li hastaların lipit profillerinde kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı bir fark bulunmadı. Sonuç olarak diğer kronik ağrı sendomlarında bildirilen yüksek lipit seviyeleri bizim çalışmamızda HBS'li hastalarda gösterilemedi.

ANAHTAR KELİMELER: Huzursuz bacak sendromu, hiperlipidemi, kolestrol, serum lipit profili

Tablo 1

		HBS grubu (n:19)	Kontrol grubu (n:20)	p değeri
Cinsiyet,n	Kadın Erkek	11 9	10 10	p>0.05
Sigara kullanımı,n	Kullanıyor Kullanmıyor	5 14	7 13	p>0.05
Menopoz,n	Premonopozal Postmenopozal	6 5	5 5	p>0.05

HBS ve kontrol gruplarının sigara alışkanlıkları ve menopoz durumları

Tablo 2

	HBS grubu (n:19)	Kontrol grubu (n:20)	p değeri
Yaş (yıl), ortalama	36.3	33.7	p>0.05
BKI(kg/m2), ortalama	24.2	26.2	p>0.05
Total kolestrol, ortalama	191.6	201.6	p>0.05
Trigliserid,ortalama	167.7	156.9	p>0.05
HDL, ortalama	42.6	39.6	p>0.05
LDL, ortalama	115.9	122.5	p>0.05
VLDL, ortalama	40.3	44.2	p>0.05

HBS ve kontrol gruplarındaki olguların klinik verileri ve lipit profili sonuçlarının karşılaştırılması

OSTEOARTRİT [SS-90] THE CUT-OFF VALUE OF SERUM 25(OH) D LEVEL FOR DIABETIC DISTAL SYMMETRIC POLYNEUROPATHY

Serdar Kaymaz[1], Sanem Aslıhan Aykan[2]
[1]*Department of Rheumatology, Pamukkale University, Denizli, TURKEY*
[2]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Sultan [2]. Abdulhamid Han Training and Research Hospital, Istanbul, TURKEY*

OBJECTIVE: The cut off value of serum 25(OH) level for bone - skeletal and cardiovascular diseases are well defined. However, there is no current study defining the optimal cut-off value of serum 25(OH) D levels to prevent diabetic symmetric polyneuropathy (DSP). Therefore, we aimed to evaluate the relation between the 25(OH) D levels and the parameters of the electrophysiological and Toronto Clinical Scoring System to obtain a cut-off value of serum 25(OH) levels in Turkish patients.

MATERIALS-METHODS: This cross-sectional study included 90 diabetic patients who were visiting the outpatient Physical Therapy and Rehabilitation Clinic. Patients' demographic data serum 25(OH) D levels (ng/mL) were recorded. Patients were classified due to serum 25(OH) levels as optimal vitamin D, having vitamin D insufficiency and vitamin D deficiency. The electrophysiological study was done for the diagnosis and staging of polyneuropathy. Toronto Clinical Scoring System (TCSS) was used to evaluate patients` neuropathic symptoms.

RESULTS: In this study, 90 patients who were diagnosed with diabetes, showed that electrophysiological study and TCSS were significantly different in three vitamin d groups. Regression analysis test demonstrated that vitamin D deficiency is the only risk factor for development of DSP. The serum levels of 25 (OH) D were a good predictor of DSP diagnoses with an established cut-off level as <= 15.18 ng/mL.

CONCLUSION: In conclusion, our data indicate that vitamin D deficiency is a risk factor for DSP and serum 25(OH) levels <= 15 ng/ml are important in assessing severity of neuropathic symptoms.

KEYWORDS: 25(OH) D, polyneuropathy, diabetes mellitus

AUTHORTOEDITOR: Dear Scientific Board, In literature cut off value of serum 25(OH) level for bone - skeletal and cardiovascular diseases are well defined. However, there is no current study defining the optimal cut-off value of serum 25(OH) D levels to prevent DSP. Therefore, we aimed to evaluate the relation between the 25(OH) D levels and DSP using the parameters of the electrophysiological and severity of DSP with Toronto Clinical Scoring System to obtain a cut-off value of serum 25(OH) levels in Turkish patients.

OSTEOARTRİT [SS-96] DİZ OSTEOARTRİTLİ HASTALARDA GLUTEAL EKSTANSOR KAS ENDURANSININ DENGE VE MOBİLİTE İLE İLİŞKİSİ

Duygu Şilte Karamanlıoğlu
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümü, İstanbul

AMAÇ: Diz osteoartritli (OA)'li hastalarda mobilitenin azalması ve denge sorunları yaygındır. Diz OA'sı olan kişilerin yaşadığı düşme sayısı, OA'sı olmayan kişilerin yaşadığı sayının neredeyse iki katıdır ve düşme için en önemli risk faktörlerinden biri denge kaybıdır (1). Diz OA'lı hastalarda denge kaybı olduğu bilinmektedir ancak bununla ilişkili faktörler net olarak ortaya konmamıştır. Diz OA ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada diz OA'lı hastaların en önemli kas zayıflıklarının, kontrol grubuna kıyasla tutulan bacakta ayak bileği eversiyonu, kalça dış ve iç rotasyonu olduğu bulunmuştur (2). Bu çalışmada amacımız Diz OA tanılı hastalarda gluteal ekstansor kas enduransının denge ve mobilite ile ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Polikliniğimize diz ağrısı nedeniyle başvuran, diz antero-posterior grafilerde Kellgren Lawrence radyolojik evrelemesine göre evre 2-4 Diz OA saptanan 40 yaş üstü 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar ek olarak bel ağrısı da tarifleyen ve Lomber Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'de lomber spondiloz saptanan ve bel ağrısı tariflemeyen izole diz OA olarak 2 gruba ayrıldı. Diz cerrahisi geçirmiş, romatolojik, nörolojik, nöromüsküler hastalığı olan, nörolojik defisiti bulunan, malignitesi olan ve pron pozisyonda yatmaya engeli olan hastalar çalışmaya alınmadı. Kalça ekstansiyon enduransı, pron pozisyonda yatan hastada 30 sn süreyle kalça ekstansiyon hareket sayısı ile değerlendirildi. Denge, Berg Denge Testi; mobilizasyon, Zamanlı Kalk ve Yürü Testiyle değerlendirildi.

İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER: Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher'sExact test ve FisherFreemanHalton test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların 5'i (%18.5) erkek ve 22'si (%81.5) kadın hastaydı. Olguların yaşları ortalaması 60.04±9.73'dür. Gruplar arasında yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi, sağ kalça ekstansiyon sayısı, sol kalça ekstansiyon sayısı, berg denge testi, zamanla kalk yürü testi ve gonartroz evresi parametreleri değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Gruplar arasında cinsiyet dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Gruplar arasında Diz OA evreleri dağılım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Gruplar arasında unilateral ve bilateral olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$).

Grup 1'de; Berg denge testi ile sağ kalça ekstansiyon sayısı değerleri arasında pozitif yönlü, %68 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p:0.015$; $p<0.05$). Berg denge testi ile sol kalça ekstansiyon sayısı değerleri arasında pozitif yönlü, %73.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p:0.007$; $p<0.05$). Berg denge testi ile yaş, vücut kitle indeksi, Diz OA evresi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Zamanlı kalk yürü testi ile Diz OA evresi değerleri arasında pozitif yönlü, %58.5 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p:0.046$; $p<0.05$). Zamanlı kalk yürü testi ile yaş, vücut kitle indeksi, sağ kalça ekstansiyon sayısı ve sol kalça ekstansiyon sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$).

Grup 2'de; Berg denge testi ile Diz OA evresi değerleri arasında ters yönlü, %53.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktaydı ($p:0.039$; $p<0.05$). Berg denge testi ile yaş, vücut kitle indeksi, sağ kalça ekstansiyon sayısı ve sol kalça ekstansiyon sayısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Zamanlı kalk yürü testi ile yaş, vücut kitle indeksi, sağ kalça ekstansiyon sayısı, sol kalça ekstansiyon sayısı ve gonartroz evresi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı ($p>0.05$).

SONUÇ: Bu sonuçlara göre; Bel ağrısı da olan Diz OA'li hastalarda gluteal ekstansör ekstansiyon enduransının dengeyi etkilediği, izole diz OA'lı hastalarda gluteal ekstansör kas enduransından bağımsız olarak dengenin bozulduğu söylenebilir. Bel ağrısının eşlik ettiği Diz OA'sı olan hastalarda Diz OA evresi arttıkça mobilitenin azaldığı saptanmıştır. Bu çalışmada her iki grupta da gluteal ekstansor kas enduransının mobilitiye etkisi saptanamamış olup, ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Diz OA'lı hastalarda kalça kaslarının güçlendirilmesinin diz ağrısı, alt ekstremite fonsiyonu ve biyomekanik diz ölçüleri üzerine etkisinin araştırıldığı bir derlemede kuvvetlendirme egzersizlerinin diz ağrısı, fiziksel fonksiyon ve kalça kuvveti üzerine olumlu etkileri olduğunu ancak dizin biyomekanik ölçümleri üzerine etkisiz olduğunu belirtilmiştir (3). İzole diz ağrısının quadriceps kuvveti, propriosepsiyon ve dinamik denge üzerine etkisinin incelendiği 65-75 yaş arası 40 kadın hastanın dahil edildiği bir çalışmada quadriceps zayıflığı ile zayıf denge arasında ilişki bulunmuştur (4). Diz OA'lı hastalarda tedavi programını düzenlerken bel ağrısı mutlaka sorgulanmalı, alt ekstremite kuvvetlendirme egzersizleri yanında denge egzersizlerinin rehabilitasyon programına eklenmesi gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Williams SB1, Brand CA, Hill KD, Hunt SB, Moran H. Feasibility and outcomes of a home-based exercise program on improving balance and gait stability in women with lower-limb osteoarthritis or rheumatoid arthritis: a pilot study. Arch Phys Med Rehabil. 2010 Jan;91(1):106-14.

2. Vårbakken K, Lorås H, Nilsson KG, Engdal M, Stensdotter AK. Relative difference in muscle strength between patients with knee osteoarthritis and healthy controls when tested bilaterally and joint-inclusive: an exploratory cross-sectional study. BMC Musculoskelet Disord. 2019 Dec 9;20(1):593.

3. Neelapala YVR, Bhagat M, Shah P. Hip Muscle Strengthening for Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Literature. J Geriatr Phys Ther. 2018 Nov 6.

4. Kim D, Park G, Kuo LT, Park W. The effects of pain on quadriceps strength, joint proprioception and dynamic balance among women aged 65 to 75 years with knee osteoarthritis. BMC Geriatr. 2018 Oct 17;18(1):245

ANAHTAR KELİMELER: denge, diz osteoartrit, gluteal ekstansör endurans

Tablo 1: Gruplar arasında çalışma parametrelerinin değerlendirilmesi

		Grup 1	Grup 2	*Total*	p
		(Min-Max)-(Ort±SS)	(Min-Max)-(Ort±SS)	*(Min-Max)-(Ort±SS)*	
Yaş		(47-76)-(63,5±9,93)	(40-74)-(57,27±8,94)	*(40-76)-(60,04±9,73)*	[1]0,099
Boy		(150-184)-(159,17±9,14)	(140-187)-(160,13±11,49)	*(140-187)-(159,7±10,33)*	[1]0,814
Kilo		(64-104)-(75,75±11,96)	(66-105)-(83±13,08)	*(64-105)-(79,78±12,89)*	[1]0,150
Vücut kitle indeksi		(26,3-37,5)-(29,84±3,32)	(26,8-41,6)-(32,45±4,66)	*(26,3-41,6)-(31,29±4,25)*	[1]0,115
Sağ Kalça ekstansiyon sayısı		(4-34)-(19,17±9,33)	(10-37)-(20,6±8,42)	*(4-37)-(19,96±8,69)*	[1]0,679
Sol Kalça ekstansiyon sayısı		(6-38)-(19,33±10,51)	(10-32)-(21,6±7,17)	*(6-38)-(20,59±8,7)*	[1]0,512
Berg denge testi		(31-54)-(45,17±7,02)	(41-56)-(48,6±4,58)	*(31-56)-(47,07±5,93)*	[1]0,138
Zamanlı kalk yürüme testi		(11,2-23,2)-(16,81±3,93)	(10-21)-(14,11±3,17)	*(10-23,2)-(15,31±3,72)*	[1]0,059
Gonartroz evresi *(medyan)*		(2-4)-(3,17±0,58 (3))	(2-4)-(2,87±0,52 (3)))	*(2-4)-(3±0,55 (3)))*	[2]0,163
		n (%)	n (%)	*n (%)*	
Cinsiyet					
	Erkek	1 (%8,3)	4 (%26,7)	*5 (%18,5)*	[3]0,342
	Kadın	11 (%91,7)	11 (%73,3)	*22 (%81,5)*	
Gonartroz evresi					
	Evre 2	1 (%8,3)	3 (%20)	*4 (%14,8)*	[4]0,503
	Evre 3	8 (%66,7)	11 (%73,3)	*19 (%70,4)*	
	Evre 4	3 (%25)	1 (%6,7)	*4 (%14,8)*	
Tek-çift					
	Tek	3 (%25)	3 (%20)	*6 (%22,2)*	[3]1,000
	Çift	9 (%75)	12 (%80)	*21 (%77,8)*	

[1]Student t Test [2]Mann Whitney U Test [3]Fisher's Exact Test [4]Fisher Freeman Halton Test

Tablo 2: Gruplarda ayrı ayrı berg denge testi ve zamanla kalk yürü testi ile yaş, vücut kitle indeksi, sağ-sol kalça ekstansiyon sayısı ve gonartroz evresi parametreleri arasındaki korelasyonun değerlendirilmesi

		Berg denge testi		Zamanlı kalk yürüme testi	
		r	p	r	p
Grup 1	**Yaş**	-0,561	0,058	0,577	0,050
	Vücut kitle indeksi	0,013	0,967	-0,218	0,496
	Sağ Kalça ekstansiyon sayısı	**0,680**	**0,015***	-0,34	0,279
	Sol Kalça ekstansiyon sayısı	**0,731**	**0,007***	-0,428	0,165
	Gonartroz evresi	-0,479	0,115	**0,585**	**0,046***
Grup 2	**Yaş**	-0,299	0,279	0,255	0,360
	Vücut kitle indeksi	-0,202	0,471	-0,349	0,203
	Sağ Kalça ekstansiyon sayısı	0,449	0,093	-0,345	0,208
	Sol Kalça ekstansiyon sayısı	0,493	0,062	-0,268	0,334
	Gonartroz evresi	**-0,538**	**0,039***	0,472	0,076

Pearson Korelasyon Analizi *$p<0.05$

OSTEOARTRİT [SS-97] OSTEOPOROTİK VERTEBRAL ÇÖKME KIRIĞI İLE FACIT YORGUNLUK ÖLÇEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Baloğlu[1], Abdurrahman Çetin[2], Hüseyin Özevren[3]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği Kayapınar,Diyarbakır*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziyaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirürji kliniği, Kayapınar, Diyarbakır*
[3]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji ABD, Diyarbakır*

AMAÇ:

GEREÇ-YÖNTEM:

BULGULAR:

SONUÇ:

AMAÇ: Osteoporoz, düşük kemik mineral yoğunluğu ve kırılmaya karşı artan duyarlılık ile karakterize metabolik bir kemik hastalığıdır. Osteoporoz, yaşlanan nüfusu ile günümüz toplumunda giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Yorgunluk, osteoprotik vertebra kırıkları arasında en sık görülen semptomlar arasındandır. FACIT yorgunluk ölçütleri hastanın yanıtlarını bir klinisyen tarafından orantılı olarak yorumlanmadan, doğrudan hastalardan gelen raporlardır.

YÖNTEMLER: Haziran 2014-Aralık 2019 tarihleri arasında takip ettiğimiz hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

BULGULAR: Toplam 33 hastanın 16'sı (72,25±12,05) (51-92) kadın, 17'si (68,94±11,75) (47-84) erkek'di. Kadın ile erkekler arasında yaş bakımından istatistiksel anlamlılık bulunmadı (p= 0,431). FACIT yorgunluk skalası cinsiyetleri bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p= 0,474). FACIT yorgunluk ölçeği ile yaş arasında herhangi bir korelasyon görülmedi (r= -0,03, p= 0,882). Hastalardan 7'sinde servikal, 9'ında torakal, 17'sinde lomber vertebrada çökme görüldü.

SONUÇ: Klinik olarak osteoporotik çökme kırıklı hastaların FACIT yorgunluk ölçeği ile değerlendirerek, çalışma sonuçlarımız yorumlandı. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Osteoprotik çökme kırıklarını ileri yaşlarda sıklıkla karşılaşabileceğimizi, FACIT yorgunluk ölçeği ile bu hastaların değerlendirilmesi ve takibinin önemli olacağı görüşündeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Osteoporoz, FACİT, Çökme kırığı

AUTHORTOEDITOR: Teşekkürler

OSTEOARTRİT [SS-83] PES PLANUS VE VENÖZ YETMEZLİK İLİŞKİSİ

Şahika Burcu Karaca, Hatice Ağır
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

AMAÇ: Pes planus; mediyal longitudinal arkta yükseklik kaybı ile karakterize, kişide ağrı, ayak bileği deformitesi, instabilite ve ciddi fonksiyonel kısıtlılıklara neden olabilecek bir durumdur. Ayak tabanı yere bastığında, lateral plantar venler boşalır ve kan ayağın medial perforanları aracılığıyla posterior tibial venlerin yanısıra büyük safen sisteme (medial marjinal ven) gönderilir. Pes planus gibi statik ayak deformitelerinin varlığı ambulasyon süresince venöz dönüşte bozukluktan sorumlu olabilir. Bu çalışmada amacımız pes planuslu hastalarda venöz yetmezlik düzeyinin artmış olabileceğini ortaya koyabilmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 18-70 yaş arasında 30 pes planusu ve 29 normal arkı olan hasta alındı. Hastalardan her iki ayak yere basarak çekilen lateral grafide djian annonier açı ölçümü yapıldı. Bilateral alt ekstremite venöz doppler ultrasonografisi ile venöz yetmezlik araştırıldı. SF-36 ile hastaların yaşam kaliteleri, Ayak fonksiyon indeksi (AFI) ile ayak ağrı ve dizabiliteleri, Comprehensive Classification System for Chronic Venous Disorders (CEAP) klinik skorlama ile venöz yetmezlik düzeyleri değerlendirildi.

BULGULAR: Hasta grubunda AFI total 36.6±25.5, AFI ağrı 43.9±27.7, AFI dizabilite 43.9±32.2 ve AFI aktivite limitasyon skorları 18.9±21.7 iken kontrol grubunda AFI total 21.0±19.4, AFI ağrı 27.4±25.1, AFI dizabilite 26.1±25.0 ve AFI aktivite limitasyon skorları 9.4±12.7 bulunmuştur. Hasta grubunda AFI skorlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Sırasıyla p=0,015 p=0,034 p=0,040 p=0,045). İki grup arasında sağ ve sol alt ekstremite venöz doppler ultrasonografi sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hasta grubunda CEAP ortalaması 1.68±1.03; kontrol grubunun CEAP ortalaması 0.73±0.78'dir. Hasta grubunda CEAP ortalaması kontrol grubundakinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0,001). İki grup arasında SF-36 genel sağlık skoru ve alt grup skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ: Pes planusu olan hastalarda klinik olarak venöz yetmezlik skorları daha yüksek olmakla beraber, venöz doppler USG'de belirgin fark saptanmamıştır. Bu bulgular pes planus ile venöz yetmezlik arasında ilişki olabileceğini göstermekte, dolayısıyla daha fazla hasta katılımının olduğu geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: pes planus, venöz yetmezlik, yaşam kalitesi, ağrı

OSTEOARTRİT [SS-101] NADİR BİR BOYUN AĞRISI VAKASI: LONGUS COLLİ KASININ AKUT KALSİFİK TENDİNİTİ

Aylin Sarıyıldız[1], Ferhat Can Pişkin[2]
[1]*Silopi Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Departmanı, Şırnak*
[2]*İdil Devlet Hastanesi, Radyoloji Departmanı, Şırnak*

AMAÇ: Disfaji ve boyun ağrısının nadir nedenleri arasında yer alan retrofaringeal kalsifik tendinit olarak da bilinen longus colli kasının akut kalsifik tendiniti tanılı vakamızı görüntüleme bulguları eşliğinde sunmaktır.

OLGU: 39 yaşında kadın hasta kliniğimize 3 gündür olan şiddetli boyun ağrısı ve yutmada hafif zorluk şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde servikal paravertebral kaslarda spazm ve palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Ayrıca boyun hareketleri ileri derece limitli ve ağrılıydı. Nörolojik muayene ve orofarenks muayenesi doğaldı. Vitalleri stabil olup ateş yüksekliği yoktu. Labaratuvar parametrelerine C-reactive protein yüksekliği (2 mg/L) mevcuttu. Beyaz kan hücresi sayımı ve diğer tüm kan testleri normaldi. Servikal bölgeye yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, servikal 1. ve 2. vertebra düzeylerinde prevertebral kesimde punktat kalsiyum mineral birikimi ve prevertebral yumuşak doku kalınlığında artış (ödem) tespit edildi. Klinik tablo ve servikal BT tarama bulguları göz önünde bulundurularak longus colli kasının akut kalsifik tendiniti tanısı ile uyumlu olarak değerlendirildi. 3 doz intravenöz steroid ve ardından kısa bir oral NSAID kürü içeren tıbbi tedavi ile başarılı bir şekilde tedavi edildi. Hastanın klinik takibinde 3-4 gün içinde semptomlarda belirgin azalma ve yaklaşık 2 haftada tam boyun hareket açıklığı ile önemli klinik iyileşme gözlendi.

SONUÇ: Longus colli kasının kalsifik tendiniti nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte şiddetli boyun ağrısı ve disfaji gibi semptomlarla gelen hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Benzer semptomlara neden olan ciddi hastalık süreçlerinin ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra BT ve MR gibi radyoloji teknikleriyle patognomik bulguların belirlenmesi genellikle tanıyı doğrulamaktadır. Tedavide konservatif yaklaşım esastır. Hekimler tarafından bu durumun tanınması ve farkında olunması, uygun hasta yönetimini ve gereksiz prosedürlerden kaçınılmasını sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: Boyun ağrısı, disfaji, kalsifik tendinit, longus colli kası

Servikal bölge bilgisayarlı tomografi aksiyal kesit longus colli kasında kalsifikasyon



Servikal bölgeye yönelik yapılan kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde, servikal 1. ve 2. vertebra düzeylerinde prevertebral kesimde punktat kalsiyum mineral birikimi ve prevertebral yumuşak doku kalınlığında artış (ödem)

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-44] ŞİDDETLİ LİPÖDEM HASTALARINDA FİZİKSEL AKTİVİTE VE HAREKET KORKUSU, KLİNİK PARAMETRELER İLE İLİŞKİSİ

Yeliz Bahar Özdemir[1], Tuba Atan[2]
[1]*Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Çorum*
[2]*Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara*

AMAÇ: Lipödem, sıklıkla kadın cinsiyette görülen özellikle alt ekstremitelerde subkutan yağ dokusunun anormal artışı ile karakterize kronik, ilerleyici ve genetik geçişli adipoz doku hastalığıdır (1). Lipödemin temel belirteçleri spontan veya palpasyonla ağrılı olan alt ekstremitelerde bilateral simetrik şişlikler ve minör travma ile görülebilen kolay ekimoz ve hematomdur. Lipödem genellikle ergenlik dönemindeki hormonal değişim sürecinde veya birkaç yıl sonrasında başlar ve kadınlarda gebelik, jinekolojik cerrahi ve menapoz gibi hormon değişikliklerinin olduğu dönemlerde ilerleyebilir (2,3). Klinisyenlerdeki farkındalığın az olması nedeniyle çoğu zaman hastalar obezite ve lenfödem ile karışmaktadır. Lipödeme bağlı eklem problemleri, yürüme güçlüğü gibi komplikasyonlar gelişebilmekte ve bu durum da kişinin fiziksel aktiviteden kaçınmasına neden olmaktadır (4,5). Bu bilgiler dahilinde bu çalışmanın amacı lipödem tanılı hastaların klinik parametreleri ile fiziksel aktivite durumu, ağrı ve hareket korkusu (kinezyofobi) arasındaki ilişkiyi açıklamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya bel ve bacak ağrısı ile Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran ve revize Wold kriterlerine göre şiddetli lipödem (Tip 3, Evre III veya IV) tanısı konan 33 kadın hasta değerlendirilmiştir. Tüm hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirilmiş ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Hastaların tümü vücut bileşimi analiz cihazı (Tanita® MC-980) ile değerlendirilerek kas ve yağ ölçümleri kaydedilmiştir. Bacak volümleri, bel ve kalça genişlikleri ölçülerek oranlanmıştır. Bel ve bacak ağrısı için vizüel ağrı skalası (VAS), hareket korkusunu belirlemek için Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ), fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi Windows SPSS (25.0) programı ile yapıldı. Veriler ortalama ± standart sapma ve yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile analiz edilmiştir. Korelasyonu araştırmak için Pearson testi kullanılmıştır. İki grup arasındaki değerlendirme için dağılımın normal olup olmamasına göre Student-t testi ve Mann-Whitney testinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışma öncesinde Gaziosmanpaşa Tıp Fakültesi'nden etik kurul onayı alınmıştır.

BULGULAR: Değerlendirilen 33 hastanın ortalama yaşı 60 ± 7,7, boyu 1,54 ± 6,4 m, kilosu 99,7 ±10,9 kg, bel boy oranı 108,6 ± 9,7 cm, bel kalça oranı 128,7 ±10,6 cm, sağ ekstremite volüm 11.712 ±2.270 cm^3, sol ekstremite volüm 11.515 ±2.238 cm^3 olarak bulunmuştur. UFAA'ya göre fiziksel aktivite oranlarına bakıldığında hastaların 27'si (%81,8) fiziksel olarak aktif değilken 6'sının (%18,2) fiziksel aktivite düzeyi düşüktü. TKÖ'ne göre ortalama değer 45,03 ±4,81 olup tüm hastaların kinezyofobi puanı sınır değer 37'nin üzerinde idi. VAS, TKÖ ve UFAA'ya göre ağrı, fiziksel aktivite ve hareket korkusu düzeyinin hastanın vücut bileşimleri (kas, yağlı ve yağsız kütlesi) ve bacak volüm, bel kalça ve bel boy oranlarına göre ilişkileri incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalar UFAA'ya göre fiziksel olarak inaktif ve düşük aktivite düzeyli olarak iki grupta incelendiğinde inaktif olan grupta VAS değeri daha yüksekken ($p=0,016$), diğer klinik parametreler arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA: Lipödem hastalarında yüksek oranda hareket korkusu ve düşük fiziksel aktivite gözlenmektedir. Hastaların bacak volümü, bel kalça ve bel boy oranları ve vücut bileşenlerinin niceliksel değerlendirilmesi ile fiziksel aktivite ve hareket korkusu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Fiziksel olarak aktif olan hastaların bel ve bacak ağrısı daha az olduğu tespit edilmiştir.

Hareket korkusu daha önceden lipödem hastalarında çalışılmamış olsa da obez hastalar üzerinde incelenmiş olup, diz ağrılı hastalarda TKÖ'nün normal kilolu hastalardan morbid obeze doğru giderek arttığı gösterilmiştir (6). Bu çalışma göstermiştir ki lipödem de obezite gibi fiziksel fonksiyonu kısıtlayan ve hareket korkusu sağlayan önemli bir durumdur. Hastalar bacak volümleri ve vücut bileşen miktarlarından bağımsız olarak hareket korkusu yaşamakta ve buna bağlı olarak fiziksel aktivite miktarını azaltmaktadırlar. Değerlendirilen hastaların tümünün TKÖ'ye göre 37 puandan yüksek puan alması hastaların tümünde yüksek seviyede hareket korkusu olduğunu göstermektedir. Hastaların UFAA'ya göre fiziksel aktivite durumlarına bakıldığında ağrının fiziksel olarak daha aktif olan grupta düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun bir nedeni hastaların ağrı nedenli fiziksel aktivitelerini kısıtlamış olabilmesidir. Fiziksel inaktivitenin kronik hastalıkların birçoğu için predispozan olduğunu gösteren günümüz çalışmalarından yola çıkarak, diğer bir neden ise inaktivite nedenli oluşan inflamatuar belirteçlerin ağrıyı artırabilmesidir.

Çalışmanın zayıf yanı dahil edilen hastaların az olması iken hastalığın farkındalığının artırılması ve ihtiyaçlarının tespiti ile ilgili daha önce fazla üzerinde durulmamış konuları araştırması çalışmanın güçlü yanı olarak kabul edilebilir.

SONUÇ: Lipödem hastalarında hareket korkusu ve fiziksel inaktivite yüksek oranlarda gözlenmektedir. Hastaları fiziksel aktiviteye yönlendirmek ve uygun bir egzersiz programı reçetelemek için bu hasta grubu üzerindeki fiziksel aktivitenin etkilerini gösteren randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

1. Reich-Schupke S, Schmeller W, Brauer WJ. S1 guidelines: Lipedema. J Dtsch Dermatol Ges. 2017 Jul;15(7):758-767. doi: 10.1111/ddg.13036.

2.Okhovat JP, Alavi A. Lipedema: A Review of the Literature. Int J Low Extrem

Wounds. 2015 Sep;14(3):262-7. doi: 10.1177/1534734614554284. Epub 2014 Oct 17.Review. PubMed PMID: 25326446.

3. Wold LE, Hines EA Jr, Allen EV. Lipedema of the legs; a syndrome characterized by fat legs and edema. ann ıntern med. 1951 may;34(5):1243-50. pubmed pmıd: 14830102.

4. Canning C, Bartholomew JR. Lipedema. Vasc Med. 2018 Feb;23(1):88-90. doi: 10.1177/1358863X17739698. Epub 2017 Nov 16. Review. PubMed PMID: 29143577.

5.Warren Peled A, Kappos EA. Lipedema: diagnostic and management challenges. Int J Womens Health. 2016 Aug 11;8:389-95. doi: 10.2147/IJWH.S106227. eCollection 2016. Review.

6. Heather K. Vincent, PhD, Kelley M. Morbid Obesity Is Associated With Fear of Movement and Lower Quality of Life in Patients With Knee Pain-Related Diagnoses. PM&R. Vol. 2, 713-722, August 2010. DOI: 10.1016/j.pmrj.2010.04.027

ANAHTAR KELİMELER: Fiziksel aktivite, kinezyofobi, lipödem

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-62] TRAVMATİK EL YARALANMALI HASTALARIMIZIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Cemile Sevgi Polat, Şule Şahin Onat
Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Travmatik el yaralanmalı hastaların demografik, etyolojik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi El Hastalıkları Polikliniğine travmatik el yaralanması nedeniyle başvuran 108 hastanın dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim seviyesi gibi demografik özellikleri ve yaralanan el, yaralanma şekli, tanı ve eşlik eden refleks sempatik distrofi sendromu varlığı kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 80'i (%74.1) erkek, 28'i (%25.8) kadın toplam 108 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 38.7±12 idi. 43 hasta ilkokul,23 hasta ortaokul, 31 hasta lise,11 hasta üniversite mezunu idi. Hastaların meslek dağılımları 25 ev hanımı, 57 işçi,15 memur,5 öğrenci, 6 emekli şeklinde idi. 36 (%33.3) hastada fleksör tendon yaralanması, 29 (%26.9) hastada ekstansör tendon yaralanması, 45(%41.7) hastada kırık, 20(%18.5) hastada sinir hasarı vardı.6 hastada (%5.6) Yaralanma şekilleri 25 ev kazası, 30 iş kazası,24 şiddet,4 trafik kazası, 25 düşme olarak tesbit edildi. 6 hastada (%5.6) refleks sempatik distrofi sendromu (RSDS) eşlik ediyordu. Hastaların klinik özellikleri tablo1 ve tablo2 de gösterilmiştir.

SONUÇ: Polikliniğimize başvuran travmatik el yaralanmaları arasında en sık tendon yaralanmaları daha sonra kırık ve sinir lezyonları görülmektedir. Yaralanmalara eşlik edebilen refleks sempatik distrofi sendromu gözden kaçırılmamalıdır.Travmatik el yaralanmaları en çok erkeklerde ve genç insanlarda geliştiğinden özürlülük ve iş gücü kayıplarına neden olmaktadır.Yaralanmaların çoğu dikkatsizlikten ve eğitimsizlikten kaynaklanmakta olup gerekli basit tedbirlerin alınması ve eğitim düzeyinin arttırılması ile bu yaralanmaların önüne geçilebilir.

ANAHTAR KELİMELER: Travmatik yaralanmalar, el

Travmatik el yaralanma şekilleri

	n	%
Ev Kazası	25	23.1
İş Kazası	30	27.8
Şiddet	24	22.2
Trafik kazası	4	3.7
Düşme	25	23.1

Travmatik el yaralanmalı hastalarımızın klinik özellikleri

Tendon Yaralanmaları	n	%
Fleksör tendon yaralanması	36	33.3
Ekstansör tendon yaralanması	29	26.9
Fleksör tendon yaralanmasına eşlik eden sinir yaralanması	7	-
Ekstansör tendon yaralanmasına eşlik eden sinir yaralanması	1	-
Kırık	n	%
Metacarpal	8	7.4
Falanx	19	17.6
Radius alt ucu	18	16.7
Sinir Yaralanmaları	n	%
Median	6	5.6
Ulnar	6	5.6
Radial	2	1.9
Median+Ulnar	5	4.6
Median+Ulnar+Radial	1	0.9

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-91] METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA KİNEZYOFOBİ VARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilek Eker Büyükşireci
Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

AMAÇ: Kinezyofobi, aktivite sırasında artan ağrı inancı nedeniyle olan hareket korkusudur. Kinezyofobi, kronik ağrısı olan hastalarda düşük fiziksel aktivite düzeyi ile ilişkilidir. Düşük fiziksel aktivite sadece kronik ağrı değil, kardiovasküler hastalıklar, obezite ve dislipidemi ile ilişkilidir. Kinezyofobinin metabolik sendrom (MS) ile ilişkisi ise net olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada MS'lu hastalarda kinezyofobi varlığını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Seksen katılımcı (International Diabetes Federation 2005 kriterlerine göre MS tanısı olan 41 katılımcı ve 39 sağlıklı kontrol) çalışmaya dahil edildi. Romatizmal hastalığı, diz ve kalça artroplastisi, lomber disk herniasyon operasyonu olan hastalar, fibromiyalji, travma, kırık öyküsü ve son 1 hafta içinde ağrısı olan hastalar çalışmadan dışlandı. Katılımcıların demografik özellikleri, diabetes mellitus varlığı, bel çevresi ölçümü, trigliserid, açlık kan glukozu, HDL kolesterol düzeyleri kaydedildi. Tüm katılımcılar Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği, Tampa Kinezyofobi Ölçeği ve Short form-36 (SF-36) alt ölçekleri ile değerlendirildi ve tüm skorlar kaydedildi.

BULGULAR: Yaş, boy ve cinsiyet dağılımı iki grup arasında benzerdi (Tablo-1). Kilo, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ve bel çevresi ölçümü MS'li katılımcılarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p = 0.026, p = 0.004, p = 0.006; sırasıyla) (Tablo-1). MS'li katılımcılarda depresyon skoru ve SF-36'nın sosyal işlevsellik alt ölçeği skoru sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu(p = 0.039, p = 0.026; sırasıyla) (Tablo-2). Tampa Kinezyofobi Ölçeği skoru MS'li katılımcılarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p = 0.004) (Tablo-2). MS'li katılımcılarda SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyonı rol güçlüğü ölçeği ve ağrı ölçeği ile Tampa Kinezyofobi Ölçeği skorları arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (r = -0.334 p = 0.033, r = -0.315 p = 0.045; sırasıyla). İki grup arasında Tampa Kinezyofobi Ölçeği ile diğer SF-36 alt ölçekleri arasında korelasyon yoktu.

SONUÇ: Metabolik sendromlu hastaların sağlıklı bireylere göre yüksek kinezyofobi düzeyine sahip olduğu görüldü.

ANAHTAR KELİMELER: metabolik sendrom, kinezyofobi, fiziksel aktivite

Tablo-1: MS'li katılımcılar ve sağlıklı kontrollerin demografik özellikleri

	Sağlıklı kontrol n=39	MS'li katılımcılar n=41	p değeri
Yaş (yıl)	54 (45-63)	56 (51-62)	0.257
Cinsiyet (erkek)	7 (%23.1)	9 (%17.1)	0.502
Boy (cm)	160.38±9.85	159.34±8.23	0.608
Kilo (kg)	75 (69-85)	80 (73.5-87.5)	0.026
VKI (kg/m2)	29.71±4.19	33±5.80	0.004
bel çevresi (cm)	102.87±12.31	109.97±10.26	0.006
tip 2 diabet varlığı (sayı)	4 (%10.3)	23 (%56.1)	<0.001

Veriler ortalama ± standart sapma, ortanca (% 25-75) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. p <0.05

Tablo-2: MS'li katılımcılar ve sağlıklı kontrollerin laboratuar verileri, hastane anksiyete-depresyon, Tampa Kinezyofobi ve SF-36 alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Sağlıklı Kontrol n=39	MS'li katılımcılar n=41	p değeri
Trigliserid (mg/dl)	135 (102-177)	193 (162.5-245.5)	<0.001
HDL (mg/dl)	54 (47-62)	47 (43-56)	0.030
Açlık kan glukozu (mg/dl)	88 (83-99)	111 (94.5-148.5)	<0.001
Sistolik kan basıncı (mm-Hg)	100 (100-110)	110 (110-120)	<0.001
Diyastolik kan basıncı (mm-Hg)	70 (60-70)	70 (70-80)	0.007
Anksiyete	9 (4-11)	8 (5-11.5)	0.904
Depresyon	6 (5-10)	9 (6-12)	0.039
Tampa Kinezyofobi Ölçeği	39.43±4.73	43.17±6.79	0.004

	Sağlıklı Kontrol n=39	MS'li katılımcılar n=41	p değeri
Fiziksel Fonksiyon (%)	50 (40-70)	50 (35-67.5)	0.214
Fiziksel fonksiyon rol güçlüğü (%)	25 (0-100)	25 (0-62.5)	0.191
Emosyonel rol güçlüğü (%)	25 (0-100)	30 (0-83.35)	0.976
Enerji (%)	45 (25-60)	40 (25-50)	0.252
Emosyonel iyilik (%)	56 (44-64)	48 (36-64)	0.429
Sosyal işlevsellik(%)	50 (37.5-62.5)	62.5 (37.5-75)	0.026
Ağrı (%)	35 (12.5-57.5)	25 (22.5-47.5)	0.728
Genel sağlık (%)	45 (25-55)	40 (25-50)	0.427

Veriler ortalama ± standart sapma, ortanca (% 25-75) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. p <0.05

AUTHORTOEDITOR: Saygıdeğer Bilim Kurulu; bu çalışma metabolik sendromlu hastalarda kinezyofobi varlığını değerlendiren literatürdeki ilk çalışmadır. Sözlü sunum olarak paylaşılması değerli olacaktır. Saygılar...

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-98] REHABİLİTASYON GÖREN KRONİK SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARDA YARALANMA BÖLGESİ VE YARALANMA ŞİDDETİ HASTA MEMNUNİYETİNİ ETKİLER Mİ?

Selma Eroğlu[1], Mehmet Buğrahan Kuyumcu[2], Büşra Özdemir[2], Cansu Manav[2], Halil Siner[2], Handan Önal[2], Sevdenur Karaca[2], Övgü Özgün[2]

[1]*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*
[2]*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar*

GİRİŞ-AMAÇ: Spinal Kord Yaralanması(SKY) bireyin ve yakın çevresinin hayatını dramatik bir şekilde değiştiren ağır bir nörolojik tablodur. Sadece Amerika'da her yıl 17.000 yeni SKY vakası meydana gelmekte ve bu hastaların yüzde birinden daha azı taburculuk esnasında nörolojik açıdan tam bir iyileşme göstermektedir. Bu durum kronik SKY'li hasta sayısında artışa neden olmaktadır. Bu hastalar için nörolojik rehabilitasyon sekonder komplikasyonların önlenmesi, tedavi edilmesi ve daha önemlisi fiziksel bağımsızlığın en üst düzeye çıkarılması açısından oldukça hayati bir role sahiptir

Hasta memnuniyet ölçümleri sağlık hizmet kalitesinin önemli bir göstergesidir. Son yıllarda yaygın bir şekilde kullanılan hasta memnuniyet ölçümleri, sağlık sunucularına performanslarını değerlendirme imkanı sunar ve hasta deneyimlerini iyileştirme konusunda bilgi verir. Ayrıca, hasta memnuniyetinin hastanın tedaviye uyumundaki artış ve maliyetlerin azaltılmasıyla ve hatta fonksiyonel sonuçlarla da ilişkisi bulunmaktadır.

Hasta memnuniyetini farklı populasyonlarda inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Ancak kronik SKY'li hastaların memnuniyet oranları ve bu memnuniyeti etkileyebilecek hastalıkla ilgili faktörleri araştıran çalışmalar az sayıdadır. Bizim hipotezimiz kronik dönem SKY hastalarında, yüksek yaralanma seviyesine veya daha ağır nörolojik etkilenmeye sahip olan hastaların bakım yükü ve beklentilerinin daha fazla olması nedeniyle memnuniyet düzeylerinin düşük olabileceğidir. İkinci hipotezimiz ise hasta memnuniyeti ile fonksiyonel bağımsızlık düzeyleri ve yaşam kalitesinin pozitif ilişkili olabileceğidir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde yatarak rehabilitasyon görmekte olan kronik SKY'li hastalarda, tıbbi bakım ve rehabilitasyondan memnuniyet oranlarını belirlemek ve hasta memnuniyetinin yaralanma bölgesi ve yaralanma şiddetine göre farklılık gösterip göstermediğini, hastaların memnuniyet düzeylerinin fonksiyonel bağımsızlıkları ve yaşam kalitesi ölçümleri ile ilişkili olup olmadığını incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma yerel etik kurul tarafından onaylandı. (Etik kurul no: 2016/77) Araştırmaya Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı kliniğinde yatarak rehabilitasyon gören ve yaralanmanın üzerinden 9 aydan uzun süre geçmiş olan kronik SKY'li hastalar alındı. Araştırmaya bilinen psikiyatrik hastalığı ve SKY dışında başka nörolojik etkilenmesi olmayan, okuma yazma bilen, 18-75 yaş arası hastalar dahil edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş gönüllü onay formu alındı. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yerleşim yeri) kaydedildi.

Hastaların değerlendirmeleri taburculuktan bir önceki hafta içerisinde yapıldı. Hastalık süresi, yaralanma bölgesi (servikal, torakal, lumbosakral olarak)kaydedildi. Nörolojik muayeneleri yapılan hastaların yaralanma şiddeti American Spinal Cord Injury Association (ASIA) Impairment Scale and the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury göre yaralanma şiddeti belirlendi. (ASIA A; komplet, ASIA B-C-D-E; inkomplet yaralanmalı şeklinde kaydedildi.)

Hastaların fonksiyonel bağımsızlıkları, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ) motor skoru ile değerlendirildi.Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde fiziksel fonksiyon (FF), fiziksel rol (FR), genel sağlık (GS), emosyonel sağlık (ES), emosyonel rol (ER), ağrı, vitalite (VT), sosyal fonksiyon (SF) alt gruplarını içeren Short Form(SF-36) anketi kullanıldı.

Rehabilitasyon ve tıbbi bakım memnuniyeti, hasta memnuniyeti, anketi kullanılarak değerlendirildi. Ankette memnuniyet derecesi "çok iyi", "iyi", "kötü" ve "çok kötü" olarak belirtildi. Hastaların "doktor, hemşire, fizyoterapist, yemek hizmetleri, temizlik hizmetleri, teknik donanım yeterliliği memnuniyeti ve genel hizmet ve rehabilitasyon uygulamaları memnuniyeti" kategorilerinde memnuniyet düzeyleri sorgulandı

BULGULAR: Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya hastanede yatarak rehabilitasyon gören toplam 84 hasta dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların 55'i erkek (%65,4), 29'u kadındı (%34,6). Hastaların yaş ortalamaları 34.4±14.7 yıl idi. Hastalar yaralanma bölgelerine göre servikal, torakal ve lomber olarak, yaralanma şiddetlerine göre ise komplet ve inkomplet yaralanma olarak iki farklı şekilde gruplandırıldı. Yaralanma şiddetine göre yapılan gruplandırmada cinsiyet ve yaralanma süresi dışında grupların diğer özellikleri benzerdi.

Yaralanma bölgesine ve yaralanma şiddetine göre gruplandırılan hastaların FBÖ motor ortalamaları gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdi (sırasıyla $p<0.001$,$p=0.012$). Gruplar SF-36 alt grupları açısından incelendiğinde yaralanma bölgesinin esas alındığı gruplandırmada FF ve GS skorları gruplar arasında anlamlı olarak farklıydı (sırasıyla $p= 0.042$, $p=0.022$)

Genel memnuniyet düzeyleri açısından hastaların %38.1'i çok iyi, %58.3'ü iyi, %3.6'sı kötü olarak değerlendirirken çok kötü olarak değerlendiren hasta yoktu. Hastaların toplam %96.4 oranında tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetinden memnundu.

Hasta memnuniyet düzeyi kategorilerinin hiçbirisinde servikal, torakal ve lomber bölge yaralanma grupları arasında anlamlı fark

izlenmedi. Yaralanma şiddetine göre yapılan gruplandırmada ise inkomplet yaralanmalı hastaların doktor memnuniyeti ve teknik donanım memnuniyeti komplet yaralanmalılara göre daha yüksekti (sırasıyla p=0.03 ve p=0.02). Yaralanma şiddetine göre yapılan gruplandırmada diğer kategorilerde gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Hastalar, hasta memnuniyet anketinde sorgulanan her kategori için memnuniyet düzeylerine göre 4 gruba ayrıldı. Çok iyi, iyi, kötü ve çok kötü memnuniyet düzeyine sahip hasta gruplarının FBÖ motor ve SF-36 alt grup ortalamaları her bir memnuniyet kategorisi için ayrı ayrı hesaplandı ve grup ortalamaları karşılaştırıldı, bu karşılaştırmaların teknik donanım memnuniyeti kategorisinde FF skoru (p=0.01) dışındaki diğer parametrelerde gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Teknik donanım memnuniyet kategorisindeki memnuniyet düzeyleri "çok iyi" ve "iyi" olan hasta gruplarının "kötü" olan gruba göre SF-36 fiziksel fonksiyon puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunurken diğer parametreler arasında anlamlı fark bulunmadı.

SONUÇ: Sonuç olarak, bu çalışmada yatarak rehabilitasyon uygulanan kronik SKY'li hastalar tıbbi bakım ve rehabilitasyondan memnundu. İnkomplet kronik SKY'li hastaların doktor ilgisinden ve teknik donanımdan daha fazla memnun olduğu görüldü. Kronik SKY'li hastalarda yaralanma özellikleri farklı olsa da beklentileri karşılandığında alınan tıbbi bakım ve rehabilitasyondan memnuniyet düzeyleri benzer olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Hasta memnuniyeti, rehabilitasyon, tıbbi bakım, spinal kord yaralanması

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-82] PİTAVASTATİNİN SİYATİK SİNİR HASARINDA MOTOR DEFİSİT VE FONKSİYONELLİK ÜZERİNE OLAN NÖROPROTEKTİF ETKİSİ

Başak Mansız Kaplan[1], Mustafa Sırrı Kotanoğlu[2], Koray Gürsoy[3], Seçil Vural[1], Gökhan Koca[4], Barış Nacır[1], Nihat Yumuşak[5], Halil Kara[6], Selcen Pehlivan[7], Meliha Korkmaz[4]
[1]*SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Top ve Rehabilitasyon Kliniği*
[2]*SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziloji ve Reanimasyon Kliniği*
[3]*SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği*
[4]*SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği*
[5]*Harran Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı*
[6]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Farmakoloji Ana Bilim Dalı*
[7]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı*

AMAÇ: Statinler anti-inflamatuar ve anti oksidan özellikleri olduğu bilinen ajanlardır. Atorvastatin, simvastatin ve lovastatin sinir hasarı üzerinde etkin bulunmuştur. Literatürde pitavastatinin antioksidan ve antiinflamatuar etkileri gösterilmekle beraber nöroprotektif etkilerini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada amacımız; siyatik sinir hasarı oluşturulan modellerde pitavastatinin tedavi verilmeyen ve operasyon yapılmayan gruplarla karşılaştırarak iyileştirici etkisini değerlendirmekti.

GEREÇ-YÖNTEM: 30 adet winstar albino cinsi rat 3 gruba ayrıldı. Sham grubuna sinir hasarı yapılmadı. Kontrol grubuna sinir hasarı yapıldı ancak tedavi verilmedi. Müdahale grubuna sinir hasarı yapıldı ve oral 2 mg/kg pitavastatin 28 gün boyunca günde 1 kez verildi. Sinir hasarı sol siyatik sinire, sinirin bifurkasyosunun 5 mm yukarısından forseps kullanılarak 3 kere 10 sn süre ile ve 10 sn aralar ile oluşturuldu. İşlem öncesi ve tedavi bitiminde CATWALK ile kantitatif olarak yürüyüş analizi yapıldı. Ek olarak anestezi uygulaması sonrası EMG ile siyatik sinir iletimleri çalışıldı ve sintigrafik değerlendirme yapıldı. Tedavi bitiminde uygulama yapılan sinir makroskobik ve mikroskobik olarak incelendi.

BULGULAR: Her grupta 10'ar rat ile çalışma tamamlandı. Gruplar arası iyileşmeler analiz edildiğinde işlem öncesi ve tedavi sonrası siyatik sinir iletiminde hız, amplitüd ve latans değerlerinde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; sham grubu >müdahale grubu > kontrol grubu). Patolojik incelemede total miyelinize akson sayısı ve ortalama diamater değerlerinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$; sham grubu >müdahale grubu > kontrol grubu). Kantitatif yürüme analizine göre bireysel ve dinamik parametrelerde ve sintigrafik incelemelerde de işlem öncesi ve tedavi sonrası değerlerinde farklılık gözlendi ($p<0,05$ sham grubu >müdahale grubu > kontrol grubu).

SONUÇ: Sinir hasarı sonrası, oral olarak 28 gün verilen pitavastatin sinir rejenerasyonu ve motor fonksiyon iyileşmesinde etkilidir.

ANAHTAR KELİMELER: Rejenerasyon, yürüme analizi, sinir iletim çalışmaları, siyatik sinir, sinir hasarı

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-11] OBSTRUKTİF UYKU APNE SENDROMU(OSAS) İLE FMS BİRLİKTELİĞİ VE POLİSOMNOGRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Rabia Aydoğan Baykara[1], Ayşegül Altıntop Geçkil[2]
[1]*Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Malatya*
[2]*Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Malatya*

AMAÇ: Obstruktif uyku apne sendromu (OSAS) ve Fibromiyalji Sendromu(FMS) birlikteliği olan hastalar ile, OSAS'lı kontrol grubu hastaların polisomnogrofik olarak değerlendirilmesi ve kan parametrelerinin karşılaştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM:: Araştırma retrospektif olarak planlandı. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi uyku laboratuvarına başvuran OSAS ' lı hastalar içerisinden ACR 1990 FMS sınıflama kriterlerini karşılayan 58 FMS'li kadın hasta alındı. Kontrol grubu olarak yaş ve BMI özellikleri benzer 63 OSAS'lı kadın hasta değerlendirmeye alındı.Uyku etkinliği her iki grup için %75 ve üzerinde olan hastalar araştırmaya dahil edildi. Hastalar 18-75 yaş arasındaydı. Uyku bozukluğu yapabilecek kronik hastalıkları (Nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar, ilaç ve madde kullanımı gibi) olan hastalar dışlandı.

Fibromiyalji tanısı; ACR 1990 tanı kriterlerine göre değerlendirilerek, OSAS tanısı; klinik bulgular varlığında (horlama, tanıklı apne, gündüz uykululuk hali), Apne Hipoapne İndeksinin(AHİ) 5' in üzerinde olması veya klinik olmaksızın AHİ'nin 15 üzerinde olmasına göre tanı konuldu.

Polisomnografik değerlendirme;55 kanallı bir polisomnograf (Alice 6 ® Sleepware, Philips Respironics, PA, ABD) kullanılarak tüm hastalara uygulandı. Kayıtlar, Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi'nin (AASM) standart kriterlerine göre bağımsız bir gözlemci tarafından yorumlandı.

İstatistiksel analiz SPSS (IBM SPSS Statistics 19, (IBM SPSS; IBM Co., Somers, NY, USA) programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ve BMI özellikleri benzerdi. Apne hipoapne indeksi, Desaturasyon indeksi, Arousal indeksi, Uyku etkinliği her iki grupta benzer bulundu. Uyku evrelerinin süreleri(N1, N2,N3,REM) de her iki grupta benzerdi. Periyodik bacak hareketleri(PLMS) FMS'li grupta anlamlı olarak artmış bulundu(P=0.02). B12, D vitamini, Ferritin, Folik Asit, Hemoglobin, Htc, HDL, Kolesterol, LDL, TG, Tiroid Fonksiyon testleri, Plt, Monosit/HDl oranı, Nötrofil/ Lenfosit oranı, anlamlı farklı bulunmadı, VLDL FMS' li hastalarda farklıydı ama anlamlı değildi.

SONUÇ: Sonuç Fibromiyalji Sendromu(FMS), kronik yaygın vücut ağrısı, uyku bozukluğu, yorgunluk gibi somatik ve psişik semptomlarla karakterize bir sendromdur. Toplumda görülme sıklığı %2 ile %8 arsında değişmektedir.

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS), tekrarlayan üst solunum yolu tıkanıklığı, hipoksemi, uyku sırasında bacak hareketlerinin artması, sabah yorgunluğu, gün içinde uyku bozukluğuna bağlı kognitif fonksiyonlarda bozulma (dikkat ve konsantrasyon eksikliği, bilişsel işlev bozukluğu ve depresyon) ile karakterize bir durumdur. Dünya genelinde görülme sıklığı %1 ile 10 arasında değişmektedir. Erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülür, menapoz sonrası kadınlarda da sıklık artar bu durum hormonların etkisi olabileceğini de düşündürür

FMS deki uyku bozukluğu ve karakteri çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur. Uyku bozukluğu tipik olarak fibromiyalji hastalarının %80'inde görülmektedir. Moldofsky tarafından ilk defa, kas iskelet ağrısı, yorgunluk ve uyku bozukluğu fibrozit sendromu olarak tanımlanmış ve uykuda alfa EEG NREM uyku anomalisi gösterilmiştir.

OSAS ve FMS'de benzer uyku düzenlerinin varlığı dinlenme hissi ve gündüz uykusu olmadan uyku semptomlarının varlığı, bu iki durumun ilişkili olabileceğini düşündürmüş ve bu iki sendromun ilişkisi araştırılmıştır. FMS'de santral sensitizasyon, seratonin eksikliği gibi patofizyolojik nedenler uyku bozukluğundan sorumlu tutulmuştur, aynı şekilde OSAS patofizyolojisinde de benzer sebepler araştırmalarda gösterilmiştir. OSAS uykuyu bozduğundan kas-iskelet ağrısına yol açabilir. Uyku bozukluğunun mu ağrıyı tetiklediği yoksa ağrının mı uyku bozukluğu yarattığı ise tartışma konusudur. Ayrıca her iki durumda da uykuda sempatik aktivitenin arttığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, her iki patoloji de uyku kalitesini bozar ve hayati önem taşıyan patolojilerin ortaya çıkmasına neden olacak kalp atış hızı değişkenliğini anormal bir şekilde artırır. Bu nedenle, OSAS ve FMS birlikteliği son derece önemli bir ilişkidir.

Araştırmamızda OSAS ve FMS birlikteliği olan ve sadece OSAS olan iki grup hasta karşılaştırıldı. Kan parametreleri, uyku etkinliği ve uyku evrelerinin süreleri benzerdi, sadece OSAS ve FMS grubunda periyodik bacak hareketleri artmış bulundu. Bu da literatür bilgilerini destekleyici niteliktedir.

FMS hastalarında OSAS tedavisinin (CPAP ile) FMS bulgularını düzelttiği yapılan sınırlı sayıdaki küçük ölçekli araştırmalarda gösterilmiştir. FMS'li hastaların uyku problemlerinin sebebinin araştırılıp OSAS kaynaklı ise çözülmesinin yaşam kalitesini ve ağrı düzeyini azaltacağını düşündürmektedir.

Prospektif çok merkezli gözlemsel araştırmalar ile FMS ve OSAS birlikteliği, -her ne kadar araştırmamızda istatistiksel olarak anlamsız bulmuş olsak da- kan parametreleri ve uyku bozukluğu arasındaki ilişki hasta sayısı artırılarak değerlendirilebilir.

Ayrıca FMS hastaları, OSAS açısından değerlendirilebilir ve CPAP tedavisinin yararlı olup olmadığı araştırılabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Fibromiyalji Sendromu, Obstruktif Uyku Apne Sendromu, Polisomnografi, Apne Hipoapne İndeksi, Uyku Bozukluğu

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-51] FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA VÜCUT SAHİPLİĞİ ALGISININ ARTMIŞ PLASTİSİTESİ

Hatice Esra Yavuzer[1], Hatice Ceylan[2], Zafer Günendi[2], Bülent Cengiz[3]
[1]*Cizre Selahattin Cizrelioğlu Devlet Hastanesi*
[2]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı*
[3]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı*

AMAÇ: Fibromiyalji sendromuna (FMS) sahip hastalarda semptomları iyileştirmek amacıyla vücut sahipliği algısını değiştirmeye yönelik rehabilitasyon teknikleri son yıllarda sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak, bedensel öz farkındalık ile FMS arasındaki ilişki henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Kauçuk el yanılsamasının (KEY) vücut sahipliği algısında yarattığı bozulma, bedensel öz farkındalığın değerlendirilmesi için iyi bir potansiyel sunmaktadır. FMS'de vücut sahipliği algısının KEY fenomeni aracılığı ile fizyolojik olarak incelenmesini amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 20 sağlıklı gönüllü ve FMS tanısı alan 20 hasta çalışmaya dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilen FMS'lilerde hassas nokta sayısı ve semptom şiddet skalası (SSS) skoru hesaplandı. Ağrı şiddetini belirlemek amacıyla Vizüel Analog Skala (VAS) ve fonksiyonel durumu ölçmek amacıyla Fibromiyalji Etki Sorgulaması (Fibromyalgia Impact Questionnaire- FIQ) hastalar tarafından doldurduldu. Hasta ve kontrol grubuna KEY uygulandı. KEY'in şiddeti proprioseptif sapma ve anket ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması benzerdi(44, 45 sırasıyla). Hastaların SSS, VAS (ağrı) ve FIQ skorları sırasıyla 10.0 ± 3.6, 6.4 ± 1.9, 52.4 ± 16.6. Propriyoseptif sapma kontrol grubunda 2.25 cm ve hasta grubunda 6.5 cm idi, bu da hasta grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p = 0.025$).

FMS hastalarında propriyoseptif sapma ile hastalığın fonksiyonel etkilenmeyi gösteren klinik parametreler arasında korelasyon yoktu.

SONUÇ: Çalışmamızda, FMS'de KEY'in daha güçlü geliştiği gösterilmiştir. Bu da, FMS'de vücut sahipliği algısının bozulduğunu düşündürmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Fibromiyalji sendromu, Kauçuk el yanılsaması, Vücut sahipliği algısı

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-53] FREQUENCY OF FIBROMYALGIA SYNDROME AND RELATED FACTORS IN HEMODIALYSIS, PERITONEAL DIALYSIS AND RENAL TRANSPLANT PATIENTS

Ayla Cagliyan Turk[1], Sultan Ozkurt[2], Ibrahim Dogan[3], Fusun Sahin[4]
[1]*Hitit University,Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Corum, Turkey*
[2]*Eskisehir Osmangazi University,Faculty of Medicine, Department of Nephrology,Turkey*
[3]*Hitit University,Faculty of Medicine, Department of Nephrology,Corum, Turkey*
[4]*Free Physical Medicine and Rehabilitation Physician*

OBJECTIVE: To compare hemodialysis (HD) and peritoneal dialysis (PD) patients, renal transplant (rTx) patients and healthy controls in terms of the frequency of fibromyalgia syndrome (FMS), to determine the relationship between FMS and quality of life, depression and anxiety.

MATERIALS-METHODS: 107 HD, 51 PD, 52 rTx and 50 healthy controls were included in the study. Age, gender, dialysis and transplantation time and laboratory data were recorded. The diagnosis of fibromyalgia was made according to the ACR 2010 criteria. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was used to assess the current health quality of patients with fibromyalgia. Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) were used to measure depression and anxiety levels.

Results: The average age and BMI values of the groups were similar. Dialysis times were similar in groups 1 and 2 (p> 0.05).The diagnosis rate of fibromyalgia was 14% in Group 1 (n = 15), 5.9% in Group 2 (n = 3), 9.6% in Group 3 (n = 5), and 2% in control group (n = 1). There was a significant difference between the hemodialysis group and the control group (p <0.05). FIQ was significantly lower in all patient groups than the control group (p <0.001), but there was no significant difference between patient groups (p> 0.05). The mean BDI was significantly higher in Group 1 and Group 2 than the control group (p <0.05). The mean BAI was significantly higher in Group 1 than the control group (p <0.05). Fatigue, waking without rest and forgetfulness were significantly higher in patients with FMS in Groups 1, 2, and 3 (p <0.05). When the patients with and without FMS were compared, FIQ in Group 1, BAI, BAI in Group 2, FIQ in Group 3 were different (p <0.05). There was no relationship between FMS and any laboratory data, age and duration of dialysis (p> 0.05).

CONCLUSION: FMS is significantly more frequent in hemodialysis patients than the normal population, and similar to the normal population in PD and rTx patients. In all patient groups, FMS causes additional depression and anxiety and lowers the quality of life.

KEYWORDS: Fibromyalgia, Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, Renal Transplant Patients, quality of life, depression, anxiety

Demographic Data

		Mean	Std. Deviation	Min-Max	p	multiple comparisons
AGE	GROUP 1	47.99	10,90	18-72	0,106	Ns.
	GROUP 2	47.82	9,85	23-65		Ns.
	GROUP 3	45.40	9,43	21-65		Ns.
	GROUP 4	45.90	6,25	32-63		Ns.
BMI	GROUP 1	25,48	5,05	17,10-41,23	0,387	Ns.
	GROUP 2	26,83	4,57	17,45-42,32		Ns.
	GROUP 3	25,96	5,57	18,83-41,18		Ns.
	GROUP 4	26,54	5,08	20,06-33,20		Ns.
Dialysis time	GROUP 1	57,82	50,79	6-240	0,396	Ns.
	GROUP 2	47,12	40,90	6-216		Ns.

Depression, Anxiety and Quality of Life by Groups

		Mean	Std. Deviation	Min-Max	p	multiple comparisons
FIQ	GROUP 1	35,61	22,81	0-93,27	<0,001	1-4, 2-4, 3-4
	GROUP 2	32,10	21,34	2,72-94,12		
	GROUP 3	29,84	20,98	0-72,23		
	GROUP 4	18,94	15,98	1-76,85		
Beck Anxiety Inventory	GROUP 1	12,62	10,63	0-48	0,021	1-4

		Mean	Std. Deviation	Min-Max	p	multiple comparisons
	GROUP 2	13,06	11,51	1-50		
	GROUP 3	13,08	11,85	1-48		
	GROUP 4	7,72	7,30	0-25		
Beck Depression Inventory	GROUP 1	12,99	11,39	0-46	<0,001	1-4, 2-4
	GROUP 2	10,62	8,61	0-40		
	GROUP 3	10,62	7,86	0-29		
	GROUP 4	5,54	4,88	0-21		

Fibromyalgia rates by groups

	GROUP 1	GROUP 2	GROUP 3	GROUP 4	P	multiple comparisons
FIBROMYALGIA PRESENT %	14	5.9	9.6	2	0,022	1-4
FIBROMYALGIA ABSENT%	86	94.1	90.4	98		

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-22] FİBROMİYALJİLİ HASTALARDA KAPİLLEROSKOPİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlke Coşkun Benlidayı[1], Esra Kayacan Erdoğan[2], Aylin Sarıyıldız[1]
[1]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Adana*
[2]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Adana*

AMAÇ: Fibromyalji yaygın ağrı ile seyreden, kognitif bozukluklar, baş ağrısı, irritabl bağırsak, duygudurum bozuklukları gibi çeşitli santral sensitizasyon sendromlarının eşlik edebildiği romatizmal bir hastalıktır. Skleroderma, mikst konnektif doku hastalığı ve benzeri romatizmal hastalıklarda kapiller bozukluklar olduğu bilinmektedir. Ancak, fibromiyalji hastalarında kapiller damar değişiklikleri ile ilgili literatür verisi oldukça kısıtlıdır. Bu bilgiler ışığında, bu çalışmanın birincil amacı, fibromyalji hastalarında kapilleroskopi bulgularının değerlendirilmesidir. İkincil amaç ise, fibromyaljiye komorbid hipermobilitenin kapilleroskopi bulgularına olası etkilerinin değerlendirilmesidir.

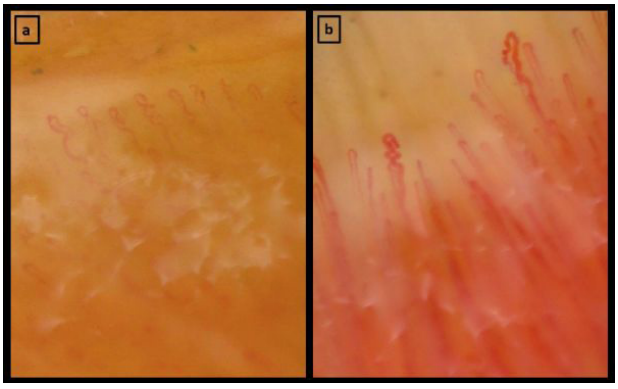
GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma kesitsel bir vaka-kontrol çalışması olarak dizayn edildi. Araştırma protokolü fakülte etik kurulu tarafından onaylandı (Tarih: 05.07.2019, Toplantı Sayısı/Karar No: 90/13). Örneklem büyüklüğü G*Power® (Heinreich Heine Universitat Düsseldorf, Düsseldorf, Almanya) programı kullanılarak hesaplandı. Vaka grubuna dahil edilme kriterleri; 1- Revize 2016 Amerikan Romatoloji Birliği kriterlerine göre fibromyalji tanısı almış olmak, 2- >=18 ve <65 yaşlarında olmak, şeklinde belirlendi. Kontrol grubuna ise vaka grubu ile yaş ve cinsiyet açısından benzer sağlıklı bireyler dahil edildi. Hariç bırakılma kriterleri: 1- İnflamatuvar romatizmal hastalıklar, 2- Mikrovasküler yapıyı bozabilecek hastalıklar (örn. diyabet), 3- Herhangi bilinen vaskülopati, 4- Vazodilatör ilaç kullanımı, olarak belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların fizik muayeneleri yapıldı, demografik verileri kaydedildi, eklem hipermobiliteleri Brighton Hipermobilite Kriterleri baz alınarak, fibromiyalji etkilenim durumu ise Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirildi. Kapilleroskopik değerlendirme, hasta ve kontrol gruplarında 2.-5. parmakların tırnak yataklarından, dijital mikroskop ile X200 büyütmede yapıldı. Her tırnak yatağı birbirini takip eden 1 mm'lik 4 alana bölündü ve her alandaki kapiller sayısı, kapiller çap, dilate kapiller sayısı, dev kapiller sayısı, neoanjiogenik kapiller sayısı, hemorajik odak sayısı, avasküler alan sayısı ile mikroanevrizma varlığı ve dominant kapillerin şekli belirlendi.

BULGULAR: Çalışmamıza vaka ve kontrol gruplarında 30'ar kişi olmak üzere toplam 60 kişi dahil edildi. Vaka grubunun yaş ortalaması 44.5±7.5 olup, 27 kadın, 3 erkek hastadan oluşmaktaydı. Ortalama FIQ değerleri 62.9±15.1 olup, 16 hastada benign eklem hipermobilite sendromu (BJHS) saptandı. Kapilleroskopik değerlendirmeler gruplar arası karşılaştırıldığında, fibromiyaljili hastalarda ortalama kapiller çapı, kontrol grubundan anlamlı olarak fazlaydı ($p<0.001$). Ek olarak, mikroanevrizma varlığının, avasküler alan ve neoanjiogenik kapiller sayısının fibromyalji grubunda daha fazla olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Ortalama kapiller sayısı, hemorajik odak, dev kapiller ve dilate kapiller sayıları ise gruplar arası değişim göstermemekteydi. Vaka grubunda, BJHS tanısı alan (n=16) ve almayan (n=14) hastalar arasında kapilleroskopik bulgular açısından fark saptanmadı.

SONUÇ: Fibromyaljili hastalarda tırnak yatağı kapilleroskopik bulguları normal popülasyondan farklılık göstermektedir. Kapiller çapı, mikroanevrizma, avasküler alan ve neoanjiogenik kapiller sayısı sağlıklı bireylerden fazladır. Fibromiyaljili hastalarda, mikrovasküler düzeyde saptanan bu değişikliklerin patofizyolojisinin, yapılacak ileri çalışmalarla araştırılması konuya ışık tutacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: fibromyalji, hipermobilite, kapilleroskopi

Kontrol (a) ve hasta (b) gruplarının kapilleroskopik görüntüleri



REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-64] FİBROMİYALJİ TANILI HASTALARDA METABOLİK SENDROM

Betül Sargın, Gülcan Gürer
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Aydın,Türkiye

AMAÇ: Fibromiyalji sendromu (FMS); kronik yaygın ağrı, yorgunluk ve uyku bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır. Fibromiyalji sendromu tanılı hastalarda metabolik sendrom sıklığında artış bildirilmiştir. Kronik ağrı sendromları ile metabolik sendrom arasındaki ilişki tam olarak bilinmektedir. Bizim bu çalışmadaki amacımız,fibromiyalji tanılı hastalarda metabolik sendrom sıklığını belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza kliniğimize Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında başvurarak fibromiyalji sendromu tanısı alan 18-85 yaş arasındaki tüm hastalar dahil edildi. Fibromiyalji sendromu tanısı 2010 Amerikan Romatoloji Derneği Kriterlerine göre,metabolik sendrom tanısı ise 2005 Metabolik Sendrom tanı kriterlerine göre konuldu.Hastalara ait yaş,cinsiyet, beden kitle indeksi,kan basıncı,açlık kan şekeri,total kolesterol,trigliserid,yüksek yoğunluklu lipoprotein ile düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol ve metabolik sendrom sıklığı kaydedildi. Veriler SPSS 20.00 ile analiz edildi.Veriler minimum-maksimum ve ortalama±standart sapma olarak verildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların tümü (n=100) kadın olup yaş ortalaması 43,29±10,5 yıldı.Hastalara ait demografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Metabolik sendrom sıklığı % 64 idi (Tablo 2).

SONUÇ: Fibromiyalji sendromu,sadece hassas nokta varlığı ve yaygın ağrı ile karakterize bir sendrom değildir,metabolik sistem gibi birçok sistemi etkileyebilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Fibromiyalji sendromu, metabolik sendrom, sıklık

Tablo 1

Fibromiyalji (n)	100
Yaş (yıl)*	48.29 ±10.53
Cinsiyet (E/K)	0/100
Beden kitle indexi*	34.32±29.33
Kan Basıncı <130/85(n(%)) >130/85(n(%))	 28(%28) 72(%72)
Açlık Kan Şekeri(mg/dl)*	98.33±29.13
HDL-Kolesterol(mg/dl)*	51.63±11.12
LDL-Kolesterol (mg/dl)*	121.48±37.02
Total-Kolesterol (mg/dl)*	205.65±45.72
Trigliserid(mg/dl)*	160.39±95.14
Metabolik sendrom sıklığı*	1.36±0.48
*Ortalama±Standart sapma;VKİ: Vücut kitle indexi;HDL-Kolesterol: Yüksek dansiteli lipoprotein;LDL-Kolesterol:Düşük dansiteli lipoprotein;*p<0.05.	

Fibromyalji sendromu tanılı hastaların demografik özellikleri

Tablo 2

	n(%)
Metabolik sendrom var	64(64,0)
Metabolik sendrom yok	36(36,0)
Total	100(100,0)

Metabolik sendrom sıklığı

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-24] FİBROMİYALJİ VE FİBROFOG

Özgür Zeliha Karaahmet[1], Ebru Umay[1], İbrahim Gündoğdu[1], Fatih Karaahmet[2]
[1]*S.B.Ü. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara*
[2]*S.B.Ü. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara*

AMAÇ: Fibromiyalji (FM) sendromu, nufüsun %5'inden fazlasını etkileyen en yaygın santral sensitivite sendromudur. Çekirdek FM semptom alanları, yorgunluk, fibrofog (bilişsel işlev bozukluğu), uykusuzluk, depresyon, anksiyete, kaslarda sertlik, yaygın ağrı ve hassasiyettir. Tipik olarak orta yaşlı kadınlarda görülürken, FM her iki cinsiyette her yaşta etkileyebilir. Fibrofog, ciddi kognitif sorunlara neden olur, buna neden olan mekanizmalar iyi tanımlanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, FM sendromulu hastalarda fibrofog varlığı üzerine etkili semptom-bulguları araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 1990, 2010 ACRkriterlerine göre FM sendromu tanısı alan 60 hasta alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik düzeyi içeren demografik özellikleri ile, hastalık süresi, hassas nokta varlığı ve sayısı, omurga ağrısı, periferik eklem ağrısı, sabah tutukluğu varlığı, baş ağrısı, temporomandibuler eklem ağrısı, dismenore, irritabl barsak sendromu varlığı, yorgunluk, halsizlik, uyku bozukluğu, raynould fenomeni, parestezi, ağız ve göz kuruluğu, libido azalması, şişlik hissi ve ürolojik semptomların varlığı sorgulandı. Hastalar psikiyatri kliniği ile konsulte edilerek fibrofog açısından değerlendirildi. Hastalarda fibrofog tanısı varlığı ile diğer semptom ve bulguların varlığı korele edildi.

BULGULAR: Fibrofog varlığı ile;periferik eklemler ağrısı varlığı, irritabl barsak sendromu ve uyku bozukluğu varlığı pozitif yönlü ilişkili olarak saptandı. Yapılan regresyon analizinde ise; periferik eklem ağrısı ile irritabl barsak sendromu varlığının fibrofog varlığı üzerine bağımsız etkili faktörler olduğu bulundu.

SONUÇ: FM sendromu olan hastalardaki beyin fonksiyonundaki değişikliğin sebebi net olarak anlaşılamamıştır. FM hastalarında görülen yorgunluk, uyku bozukluğu ve depresyonun sorumlu olabileceği üzerinde durulmuş fakat çalışmalar bu etkenlerin fibrofog'a sebep olduğunu desteklememiştir. İrritabl barsak sendromu'nun etiyopatogenezi de tam açıklanamamakla birlikte, visseral hipersensitivite, santral sinir sistemi ve hipotalamik-pituiter aks disfonksiyonu gibi birçok durum İBS patogenezinden sorumlu tutulmaktadır. Her ne kadar fibrofog etiyopatogenezi anlaşılamamış olsa da, bu çalışmamızın sonucuna göre, İBS'li FM sendromlu hastaların fibrofog açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: fibrofog, fibromiyalji, irriabl barsak sendromu

REHABİLİTASYON & FİBROMİYALJİ [SS-32] NÖROBİLİM AĞRI EĞİTİMİNİN FİBROMİYALJİ SENDROMUNDA ETKİNLİĞİ: OLGU SERİSİ

Merve Akdeniz Leblebicier[1], İsmail Saraçoğlu[2], Fatıma Yaman[1], Vural Kavuncu[1]
[1]*Kütahya Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kütahya*
[2]*Kütahya Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kütahya*

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, fibromiyalji sendromu tanılı, kronik ağrı şikayeti olan bireylerde, grup eğitimi olarak verilen nörobilim ağrı eğitiminin etkinliğini araştırmaktır.

OLGU: Nörobilim ağrı eğitimi, hastaların kronik ağrıyla ilgili yanlış bilgi düzeyi ve davranışlarını değiştirmeyi hedefleyen, bilişsel tedavi olarak da kabul edilen, hasta eğitim yöntemidir.

MATERYAL-METHOD: Çalışmamıza Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine Nisan-Eylül 2019 tarihleri arasında başvuran ve American College of Rheumatology (ACR) kriterlerine göre fibromiyalji sendromu tanısı alan 16 olgu dahil edildi. Dahil etme kriterleri, ACR kriterlerine göre FMS tanısı almış olmak, 18-65 yaş arasında olmak, verilecek eğitime ve yapılacak değerlendirmelere katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi. Sistematik inflamatuar hastalığı bulunanlar ve kognitif bozukluğu olanlar çalışmadan hariç tutuldu. Medikal tedavilere ek olarak katılımcılara, dörderli gruplar halinde toplam 4 hafta boyunca nörobilim ağrı eğitimi seansları uygulandı. Eğitimler, bu alanda eğitimli ve deneyimli araştırmacı tarafından, uygun bir eğitim salonunda, 4 kişilik gruplar halinde yüz-yüze didaktik eğitim modeli olarak uygulandı. Eğitimin içeriğinde, ağrının nörofizyolojisi ve oluşum mekanizması, ağrıyla ilgili temel bilgiler hastaya öğretilmeye çalışıldı. Bu şekilde, hastaların ağrı ile ilgili yanlış ya da eksik olan bilgi, tutum ve inanışları değiştirilmesi hedeflendi. Eğitimlerde teknik terimlerden uzak bir mecazi anlatım kullanılarak; grafik, resim ve çeşitli görsellerle eğitimin daha etkili ve kalıcı olması için çalışıldı. Eğitimlerde daha önceden hazırlanmış PowerPoint sunumundan yararlanıldı. Nörobilim hasta eğitimi, grup eğitim seansları şeklinde, seans süresi 50 dakika, haftada bir seans olacak şekilde toplam 4 hafta boyunca uygulandı. Eğitim programı öncesinde ve sonrasında; katılımcıların algometre ile global basınç ağrı eşiği, fibromiyalji etki ölçeği ile fonksiyonellik düzeyleri, Tampa kinezyofobi ölçeği ile de kinezyofobi düzeyleri değerlendirildi.

BULGULAR: Global basınç eşiği ölçümü, fibromiyalji etki ölçeği, Tampa kinezyofobi ölçeği ve global basınç ağrı eşiği skorlarında tedavi öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ayrıca bu eğitim programının fibromiyalji sendromu olan hastalarda fonksiyonel düzeyi geliştirmek ve kinezyofobiyi azaltmak için klinik olarak da etkili olduğu gösterildi.

SONUÇ: Fibromiyalji sendromu olan hastaların medikal tedavileri ya da rutin tedavilerine nörobilim ağrı eğitimi gibi, ağrı odaklı, bilişsel bir eğitim programının eklenmesi tedavideki başarı şansını arttırabilir.

ANAHTAR KELİMELER: bilişsel tedavi, fibromiyalji, santral sensitizasyon, hasta eğitimi

Katılımcıların demografik ve klinik bilgileri

	(Ortalama±SS)
Yaş (yıl)	44.63±8.19
VKİ (kg/m2)	21.30±4.86
Ağrının süresi (ay)	75.50±70.89
Ağrının şiddeti (VAS:0-10)	7.06±1.73
Eğitim düzeyi	n
İlköğretim	9
Lise	3
Önlisans-Lisans	4

VKİ: Vücut kütle indeksi; SS: Standart Sapma; n: katılımcı sayısı; kg: kilogram, m2:metre kare

Tedavi öncesi ve sonrası ölçümler

	Tedavi öncesi (Ortalama±SS)	Tedavi öncesi (Ortalama±SS)	Ortalama fark (Ortalama±SS)	%95 Güven aralığı
Global basınç ağrı eşiği (kg/cm2)	3,75±0,72	5,03±0,54	1,28±0,55*	-0,99 ile -1,57
FEÖ (0-100)	66,87±16,12	34,03±19,83	32,83±19,83*	22,27 ile 43,40
TKÖ (0-68)	44,56±6,28	33,06±3,19	11,50±5,70*	8,46 ile 14,54

*SS: Standart sapma, FEÖ: Fibromiyalji etki ölçeği; TKÖ: Tampa kinezyofobi ölçeği; kg/cm2: kilogram/santimetre kare, *: $p<0,05$*

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-09] YÜKSEK YOĞUNLUKLU LAZER TEDAVİSİNİN SUBAKROMİYAL SIKIŞMA SENDROMU TANISI OLAN HASTALARDAKİ ETKİNLİĞİ: RANDOMİZE, ÇİFT KÖR, PLASEBO KONTROLLÜ KLİNİK ÇALIŞMA

Muhammed Yılmaz[1], Selma Eroğlu[2], Hasan Toktaş[2], Ümit Dündar[2]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Van*
[2]*Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*

GİRİŞ-AMAÇ: Omuz ağrısı, toplumdaki prevalansı incelendiğinde kas iskelet sistemi problemleri arasında; bel ve boyun ağrılarından sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Omuz ağrısıyla hekime başvuranların % 44-60'ında subakromiyal sıkışma sendromu (SSS) tesbit edilmiş olup omuz ağrılarının en sık nedenidir. Yüksek yoğunluklu lazer (HILT) tedavisi noninvaziv ve ağrısız bir yöntem olup, yoğun enerji aktarımı sağlayarak dokularda daha geniş ve daha derin bir alanı etkileyebilir. Literatürde HILT tedavisinin çeşitli kas iskelet sistemi hastalıklarında ağrı ve inflamasyonu hızla azalttığı bildirilmiştir. Ancak HILT tedavisinin SSS'deki etkinliği önceki az sayıda çalışmada gösterilmiş olsa da, bunlar genellikle uzun dönem etkinliği değerlendirmeyen ve plasebo kontrolü olmayan çalışmalardı. Bu çalışmanın amacı SSS tedavisinde HILT'ın eklem hareket açıklığı (EHA), ağrı, omuz fonksiyonu, yaşam kalitesi ve izokinetik değerlendirme ile kas gücü üzerinde, kısa ve uzun dönemdeki etkinliğinin plasebo kontrollü olarak değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya polikiniğimize başvurup subakromiyal sıkışma sendromu tanısı alan 30-75 yaş aralığında 63 hasta dahil edildi. Hastalar 32 hasta HILT+egzersiz grubu (HILT grubu-HG) ve 31 hasta sham HILT+egzersiz grubu (kontrol grubu-KG) olmak üzere iki gruba randomize edildi. HG'ye, haftada 5 gün, her gün toplam 55 dakika olacak şekilde (25 dakika HILT ve 30 dakika egzersiz programı) 3 hafta boyunca HILT ve egzersiz programı (coldman sarkaç egzersizleri, EHA, germe ve güçlendirme egzersizleri); KG'ye ise haftada 5 gün, her gün 55 dakika olacak şekilde (25 dakika sham HILT ve 30 dakika egzersiz programı) 3 hafta boyunca sham HILT ve egzersiz programı (coldman sarkaç egzersizleri, EHA, germe ve güçlendirme egzersizleri) aynı fizyoterapist tarafından uygulandı. Hastaların demografik özellikleri kaydedildi (Tablo 1.'de özetlenmiştir). Değerlendirmeler, tedaviye kör bir hekim tarafından, tedavi öncesi(başlangıç,0), tedavi sonrası (3.Hafta) ve çalışma sonu (tedavi sonrası, 12.hafta) yapıldı. Değerlendirmeler; aktif EHA gonyometrik ölçümle, ağrı Visuel Analog Skalası (VAS) ile, omuz fonksiyonu Constant Murley Skoru(CMS) ile, yaşam kalitesi Short form 36 Yaşam Kalitesi (SF-36) Değerlendirme Anketi ile, kas gücü izokinetik cihazla (omuz iç(İR) ve dış rotasyon(ER) 120, 180 ve 210 derecelerde pik tork düzeyi) ölçümlerini içerecek şekilde yapıldı.

BULGULAR: Tedavi öncesi ile tedavi sonrası 3.hafta ve 12. hafta kontrollerde, HILT grubunda değerlendirmelerin tamamında iyileşme görülürken, kontrol grubunda ise EHA ölçümlerinden fleksiyon ve abduksiyonda, VAS ve CMS'lerin tamamında, SF-36 ve izokinetik ölçümlerin bir kısmında anlamlı iyileşmeler saptandı. Grupların 3. hafta ve 12. haftadaki değerlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında, HILT grubu omuzun aktif fleksiyon, iç rotasyon ve dış rotasyon EHA ölçümlerinde; VAS, CMS ve SF-36 tüm alt parametrelerinde, izokinetik ölçümlerin iç rotasyon 120, 180, 210 ve dış rotasyon 120, 180 derece/saniye pik tork değerlerinde plaseboya göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gösterdi ($p<0.05$) (Tablo 2 ve 3.'de özetlenmiştir).

SONUÇ: Subakromiyal sıkışma sendromlu hastalarda, egzersiz tedavisiyle kombine edilen HILT, sham lazer ve egzersiz tedavisiyle ile karşılaştırıldığında; kısa ve uzun dönemde ağrıyı azaltmada, eklem hareket açıklığını, omuz fonksiyonunu, yaşam kalitesini ve izokinetik ile değerlendirilen kas kuvvetini arttırmada daha etkindir.

ANAHTAR KELİMELER: Egzersiz, subakromiyal sıkışma sendromu, yüksek yoğunluklu lazer terapi

Tablo 1. Grupların Demografik Verileri ve Tedavi Öncesi Değerlendirme Parametrelerinin Karşılaştırılması

	HILT grubu (ort±SD) (n=32)	Sham HILT grubu (ort±SD) (n=31)	p
Yaş (yıl)	48±7,7	53,3±7,5	0,023
Cinsiyet (k/e)	21/11	21/10	0,859
Semptom süresi (ay)	9,1±7,7	6,1±7,02	0,354
Etkilenen taraf (sağ/sol)	21/ 11	25/6	0,179
Aktif Fleksiyon (°)	152,8±34,3	167,4±19,8	0,108
Aktif Abdüksiyon (°)	151,8±34,4	160,9±31,2	0,255
Aktif İç rotasyon (°)	78,1±16,1	86,1±10,2	0,012
Aktif Dış Rotasyon (°)	77,9±15,2	84,6±12,5	0,034
VAS İstirahat	6,6±0,9	6,3±0,6	0,014
VAS Hareket	7,3±0,7	6,8±0,8	0,011

	HILT grubu (ort±SD) (n=32)	Sham HILT grubu (ort±SD) (n=31)	p
VAS Gece	6,9±0,9	6,6±0,9	0,218
CMS Ağrı	2,9±2,7	4,3±2,4	0,039
CMS GYA	11,0±3,3	12,3±2,1	0,249
CMS EHA	27,9±4,2	29,6±5,3	0,066
CMS Kuvvet	15,3±2,5	16,7±3,0	0,035
CMS Toplam	57,2±9,0	63,09±9,6	0,014
SF-36, Fiziksel Fonksiyon	51,7±25,9	58,8±24,2	0,252
SF-36, Fiziksel Rol Kısıtlılığı	32,0±37,6	58,8±36,8	0,006
SF-36, Emosyonel Rol Kısıtlılığı	32,2±38,3	52,6±38,2	0,027
SF-36, Vitalite	49,2±12,5	50,9±12,2	0,626
SF-36, Mental sağlık	50,1±11,4	53,2±10,0	0,331
SF-36, Sosyal Fonksiyon	43,3±14,5	54,8±12,7	0,001
SF-36, Ağrı	31,5±10,0	39,0±10,3	0,006
SF-36, Genel Sağlık	42,8±14,3	52,0±14,8	0,033
İR-PT120	17,7±13,7	12,4±9,9	0,108
İR-PT180	14,0±9,2	12,1±10,2	0,235
İR-PT210	13,7±8,7	11,3±10,1	0,076
ER-PT120	8,0±3,8	7,4±3,9	0,454
ER-PT180	7,2±3,2	6,8±2,9	0,563
ER-PT210	7,4±3,4	6,8±2,8	0,494

HILT: High-intensity laser therapy, p: Gruplar arası verilerin anlamlılık düzeyi, Ort±SD: Ortalama±Standart Deviasyon, n: hasta sayısı, VAS: Visuel Analog Skala, CMS: Constant Murley Skoru, SF-36: Short form- 36, İR-PT: İç rotasyon pik tork, ER-PT:Dış rotasyon pik tork.

Tablo 2. HILT ve Sham HILT Gruplarının Tedavi Öncesine Göre 3. Hafta ve 12. Haftadaki Gruplar Arası Yüzde Değişim Oranlarının Karşılaştırılması

	HILT Grubu (3. Hafta)	Sham HILT Grubu (3. Hafta)	P	HILT Grubu (12. Hafta)	Sham HILT Grubu(12. Hafta)	p
Aktif Fleksiyon (°)	0,17±0,27	0,054±0,11	0,027	0,22±0,33	0,07±0,14	0,039
Aktif Abdüksiyon (°)	0,19±0,31	0,10±0,24	0,089	0,01±0,05	0,03±0,14	0,736
Aktif İç rotasyon (°)	0,16±0,27	0,03±0,12	0,004	0,46±0,87	0,06±0,39	0,062
Aktif Dış Rotasyon (°)	0,15±0,23	0,06±0,21	0,014	0,19±0,28	0,06±0,21	0,010
VAS İstirahat	-0,25±0,11	-0,17±0,13	0,034	0,01±0,05	-0,11±0,17	0,736
VAS Hareket	-0,29±0,10	-0,18±0,15	0,012	-0,31±0,11	-0,13±0,17	0,000
VAS Gece	-0,27±0,14	-0,18±0,14	0,014	-0,28±0,14	-0,11±0,16	0,000
CMS Ağrı	0,88±0,32	0,68±0,47	0,114	0,69±0,51	0,54±0,61	0,411
CMS GYA	0,34±0,39	0,06±0,15	0,000	0,41±0,48	0,05±0,17	0,000
CMS EHA	0,22±0,18	0,10±0,20	0,001	0,22±0,19	0,09±0,21	0,003
CMS Kuvvet	0,26±0,21	0,13±0,17	0,010	0,33±0,26	0,13±0,20	0,004
CMS Toplam	0,34±0,23	0,15±0,14	0,000	0,36±0,30	0,13±0,18	0,000

	HILT Grubu (3. Hafta)	Sham HILT Grubu (3. Hafta)	P	HILT Grubu (12. Hafta)	Sham HILT Grubu(12. Hafta)	p
SF-36, Fiziksel Fonksiyon	0,31±0,29	0,12±0,21	0,002	0,49±0,42	0,08±0,30	0,000
SF-36, Fiziksel Rol Kısıtlılığı	0,58±0,76	0,16±0,37	0,016	0,61±0,59	0,07±0,46	0,004
SF-36, Emosyonel Rol Kısıtlılığı	0,64±0,68	0,14±0,44	0,002	0,85±0,99	0,03±0,55	0,002
SF-36, Vitalite	0,20±0,20	0,05±0,13	0,000	0,19±0,20	0,08±0,22	0,002
SF-36, Mental sağlık	0,14±0,22	0,03±0,13	0,003	0,15±0,22	0,02±0,14	0,001
SF-36, Sosyal Fonksiyon	0,53±0,44	0,12±0,21	0,000	0,53±0,46	0,07±0,25	0,000
SF-36, Ağrı	0,85±0,55	0,32±0,35	0,000	0,86±0,55	0,28±0,39	0,000
SF-36, Genel Sağlık	0,33±0,42	0,04±0,07	0,000	0,32±0,42	0,08±0,32	0,000

HILT: High-intensity laser therapy, p: Gruplar arası verilerin anlamlılık düzeyi, Ort±SD: Ortalama±Standart Deviasyon, VAS: Visuel Analog Skala, CMS: Constant Murley Skoru, SF-36: Short form- 36.

Tablo 3. Gruplar Arası Tedavi Öncesi ve Sonrası İzokinetik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

	HILT Grubu (3. Hafta)	Sham HILT Grubu (3. Hafta)	P	HILT Grubu (12. Hafta)	Sham HILT Grubu (12. Hafta)	p
İR-PT120	25,09±14,68	15,96±14,04	0,014	26,25±14,33	16,64±14,56	0,004
0,030İR-PT180	18,78±12,15	14,35±14,30	0,043	19,31±12,31	14,45±13,28	0,030
İR-PT210	17,43±10,18	14,45±13,25	0,05	18,84±10,59	14,38±13,79	0,014
ER-PT120	10,75±6,88	7,61±3,51	0,039	12,40±8,87	9,12±9,67	0,017
ER-PT180	8,75±4,90	6,80±3,05	0,128	9,78±6,65	6,61±3,36	0,028
ER-PT210	8,65±5,00	6,64±2,45	0,266	10,09±7,27	6,77±2,88	0,115

HILT: High-intensity laser therapy, p: Gruplar arası verilerin anlamlılık düzeyi, Ort±SD: Ortalama±Standart Deviasyon, İR-PT: İç rotasyon pik tork, ER-PT:Dış rotasyon pik tork.

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-46] DEJENERATİF MENİSKÜS YIRTIKLARINDA FİZİK TEDAVİ VE ARTROSKOPİK PARSİYEL MENİSEKTOMİ TEDAVİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE BU TEDAVİLERLE KOMBİNE HYALÜRONİK ASİT ENJEKSİYONU UYGULAMASININ SONUÇLARA ETKİSİ

Betül Başar, Ebru Yılmaz Yalçınkaya
S.B.Ü. Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

AMAÇ: Dejeneratif menisküs yırtıklarının farklı tedavi seçenekleri mevcuttur. Fizik tedavi ajanları, Artroskopik Parsiyel Menisektomi ve eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonu bunlar içinde en sık uygulanan tedavi seçenekleridir. Bu çalışma ile dejeneratif menisküs yırtıklarında hem Fizik Tedavi Ajanları ile Artroskopik Parsiyel Menisektominin sonuçlarını karşılaştırmayı hem de bunlarla birlikte eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonunun sonuçlara etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 40 yaş üstü Kellgren-Lawrence evre 1, 2 ve 3 artrozu olup semptomatik dejeneratif menisküs yırtığı tanısı olan hastalar alındı. Hastalar 4 grup altında değerlendirildi. 1. Grup izole Artroskopik Parsiyel Menisektomi uygulanan, 2. Grup Artroskopik Parsiyel Menisektomi sonrası eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonu uygulanan, 3. Grup izole Fizik Tedavi Ajanları ile tedavi edilen ve 4. Grupta Fizik Tedavi Ajanlarına ek olarak eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonu uygulanan hastalardan oluşmaktadır. Fizik Tedavi olarak Ultrason + TENS ve ev egzersiz programı uygulandı. Hastaların değerlendirilmesi WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), VAS (Visual Analog Scale) ve ROM (Range of Motion) ile yapıldı. Tedavi öncesi, tedavi sonrası 2. ay ve 6. ay kontrollerindeki sonuçlar hem gruplar arasında hem de gruplar içinde eklemdeki artrozun evresine göre karşılaştırıldı.

BULGULAR: 1. Grup ortalama yaşı 48,4 olan 26 kadın, 15 erkek hastadan, 2. Grup ortalama yaşı 49,3 olan 18 kadın, 11 erkek hastadan, 3. Grup ortalama yaşı 50,9 olan 29 kadın, 11 erkek hastadan ve 4. Grup ortalama yaşı 49,9 olan 20 kadın, 11 erkek hastadan oluşmakta idi (Tablo 1). 4 gruptaki hastalar yaş, kadın erkek oranı, sağ sol diz tutulum oranları, Kellgren- Lawrence artroz evrelerine, tedavi öncesi WOMAC, VAS ve ROM değerlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Tedavi sonrası 2. ay ve 6. ay kontrollerde WOMAC ve VAS skorları karşılaştırıldığında hem her gruptaki hastaların sonuçlarının tedavi öncesine göre anlamlı derecede daha iyi olduğu hem de gruplar arasında WOMAC ve VAS skorları açısından anlamlı fark olmadığı ortaya koyuldu. Tedavi sonrası ROM açısından gruplar karşılaştırıldığında Grup 3 ve Grup 4 deki hastalarda 2. ay ve 6. ay kontrollerde Grup 1 ve Grup 2 deki hastalara göre anlamlı derecede daha iyi sonuçlara ulaşıldı. Grup 1 ve Grup 2 deki hastaların ROM sonuçlarının 2. ve 6 ayda tedavi öncesine göre anlamlı derecede daha kötü olduğu bulundu (Tablo 2). Ayrıca kendi aralarında Grup 1 ve Grup 2, Grup 3 ve Grup 4 WOMAC, VAS ve ROM açısından 2. ay ve 6. ay kontrol sonuçları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı saptandı. Bununla eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyon tedavisinin sonuçlara etkisinin olmadığı belirlendi. Ayrıca 4 grup kendi içinde Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre alt gruplara ayrıldı (Tablo 1). Bu alt gruplarda kendi grupları içinde karşılaştırıldığında evre 1 ve 2 artrozu olan hastalarda evre 3 artrozu olan hastalara göre 2. ay ve 6. ay kontrollerde WOMAC, VAS ve ROM sonuçları açısından anlamlı derecede daha iyi sonuçlara ulaşıldı. Evre 3 artrozu olan hastalarda WOMAC ve VAS sonuçları açısından tedavi öncesine göre anlamlı derecede iyi sonuçlara ulaşılsa da evre 1 ve 2 artrozu olan hastalara göre daha kötü sonuçlara ulaşıldığı belirlendi. Evre 3 artrozlu hastalarda 2.ay ve 6. ay ROM değerlerine bakıldığında Grup 3 ve Grup 4 hastalarda hem tedavi öncesi ROM değerlerine göre hem de Grup 1 ve Grup 2 deki Evre 3 artrozlu hastalara göre anlamlı derecede daha iyi sonuçlara ulaşıldı. Grup 1 ve Grup 2 deki hastalarda 2. ay ve 6. ay kontrollerde ROM değerlerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü. Artroskopik Parsiyel Menisektomi sonrası hastalarda eklem hareket kısıtlılığı geliştiği belirlendi (Tablo 3,4,5,6).

SONUÇ: Dejeneratif menisküs yırtıklarının tedavisinde klinik sonuçlar açısından hem Fizik Tedavi Ajanları hem de Artroskopik Parsiyel Menisektomi tedavileri iyi sonuçlar vermektedir. Fakat Artroskopik Parsiyel Menisektomi sonrasında hastalarda erken dönemde ROM kısıtlılık gelişmektedir. Fizik Tedavi uygulanan hastalarda eklem hareket kısıtlılığının aksine tedavi öncesine göre eklem hareket açıklıklarında artış görülmektedir. Bu tedavilere ek olarak eklem Hyalüronik asit enjeksiyonun ise hem klinik sonuçlara hem de eklem hareket açıklığına bir etkisi bulunmamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Dejeneratif Menisküs Yırtığı, Fizik Tedavi Ajanları, Artroskopik Parsiyel Menisektomi, Hyalüronik Asit Enjeksiyonu

Tablo 3,4,5,6.

Grup 3	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	40,3±5,0	39,5±7,9	44,1±8,1	0.0557
WOMAC 2. AY	14,2±5,8	15,1±5,8	27,7±6,1	**< 0.0001**
WOMAC 6. AY	14,6±5,4	15,7±6,4	27,8±5,7	**< 0.0001**
VAS TDV ÖNCESİ	7,0±0,7	6,6±0,7	7,1±0,7	0.2264
VAS 2. AY	1,3±1,3	1,3±0,8	2,9±0,6	**< 0.0001**
VAS 6. AY	1,2±1,0	1,6±0,8	3,0±0,6	**< 0.0001**
ROM TDV ÖNCESİ	103,3±7,1	102,0±5,6	101,7±6,6	0.7984
ROM 2. AY	115,4±4,8	116,0±4,0	107,8±7,5	**0.0004**
ROM 6. AY	118,1±7,2	117,6±3,8	109,1±7,4	**0.0003**

Tablo 5: Grup 3 (İzole Fizik Tedavi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren-Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 4	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	41,6±7,8	40,2±7,3	45,8±7,6	0.2286
WOMAC 2. AY	15,7±5,2	19,1±5,1	27,7±2,9	**0.0001**
WOMAC 6. AY	15,6±4,8	18,7±5,0	28,2±3,9	**0.0001**
VAS TDV ÖNCESİ	6,7±0,7	6,7±0,7	7,2±0,6	0.1572
VAS 2. AY	1,2±1,0	1,6±0,9	3,0±0,4	**0.0002**
VAS 6. AY	1,3±1,0	1,5±0,9	3,5±0,6	**< 0.0001**
ROM TDV ÖNCESİ	102,2±7,3	105,6±7,5	101,6±7,3	0.2973
ROM 2. AY	120,7±5,1	116,2±5,2	109,7±59	**0.0012**
ROM 6. AY	122,0±5,8	119,2±4,0	111,6±4,8	**0.0003**

Tablo 6: Grup 4 (Fizik Tedavi + eklem içi Hyolüronik asit enjeksiyonu tedavisi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 1,2,3 ve 4 hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Tablo 3,4,5,6.

Grup 1	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	38,0±9,0	38,1±7,2	41,3±7,7	0.6197
WOMAC 2. AY	19,4±5,5	19,4±7,4	30,5±5,7	**0.0004**
WOMAC 6. AY	21,0±7,0	20,3±8,5	33,0±4,6	**0.0002**
VAS TDV ÖNCESİ	6,5±1,0	6,8±0,7	6,6±0,9	0.7117
VAS 2. AY	1,0±1,0	1,6±0,7	3,4±0,6	**< 0.0001**
VAS 6. AY	1,5±1,3	1,7±1,0	3,6±0,6	**0.0001**
ROM TDV ÖNCESİ	102,9±7,6	106,7±7,3	106,5±11,5	0.4847
ROM 2. AY	92,5±6,3	93,5±5,4	85,3±7,4	**0.0035**
ROM 6. AY	95,7±6,8	94,3±5,3	86,0±7,2	**0.0008**

Tablo 3: Grup 1 (İzole Artroskopik Parsiyel Menisektomi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 2	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	34,0±14,1	38,1±9,2	41,2±7,5	0.5724
WOMAC 2. AY	17,7±3,7	18,9±6,1	33,1±8,7	**0.0022**
WOMAC 6. AY	17,1±4,4	17,8±6,1	32,7±7,7	**0.0012**
VAS TDV ÖNCESİ	6,4±0,7	6,6±0,8	7,3±0,6	0.0612
VAS 2. AY	1,1±1,0	2,0±0,7	3,7±0,6	**< 0.0001**
VAS 6. AY	1,2±1,2	1,8±0,9	3,8±0,6	**0.0002**
ROM TDV ÖNCESİ	107,4±8,3	105,9±7,8	106,7±8.5	0.9259
ROM 2. AY	95,0±8,1	92,0±5,6	85,5±4,3	**0.0075**
ROM 6. AY	98,7±5,3	94,8±4,7	89,3±4,5	**0.0017**

Tablo 4: Grup 2 (Artroskopik Parsiyel Menisektomi + eklem içi Hyolüronik asit enjeksiyonu tedavisi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 1,2,3 ve 4 hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Tablo 1

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	P
Yaş	48,4±5,3	49,3±3,8	50,9±4,5	49,9±5,0	0.6648
Cinsiyet (K/E)	26/15	18/11	29/16	20/11	0.3958
Sağ / Sol	22/19	16/13	25/20	17/14	0.0876
Kellgren-Lawre.Evre I	12	7	13	8	
Evre II	16	12	16	12	0.9977
Evre III	13	10	16	11	
TDV Öncesi WOMAC	39,1±7,9	38,2±10,1	41,4±7,4	42,5±7,6	0.2527
TDV Öncesi VAS	6,6±0,8	6,8±0,8	6,9±0,7	6,9±0,7	0.4940
TDV Öncesi ROM	105,5±8,9	106,5±7,9	102,3±6,3	103,3±7,4	0.0736

Gruplardaki hastaların demografik verileri. Tedavi öncesi WOMAC, VAS ve ROM (eklem hareket açıklık) verileri.

Tablo 2

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	39,1±7,9	38,2±10,1	41,4±7,4	42,5±7,6	0.2527
WOMAC 2. AY	22,9±8,1	23,5±9,6	19,3±8,5	21,3±6,6	0.2379
WOMAC 6. AY	24,5±9,0	22,7±9,5	19,7±8,4	21,3±7,0	0.1083
VAS TDV ÖNCESİ	6,6±0,8	6,8±0,8	6,9±0,7	6,9±0,7	0.4940
VAS 2. AY	2,0±1,2	2,3±1,2	1,9±1,2	2,0±1,1	0.5576
VAS 6. AY	2,2±1,3	2,3±1,4	2,0±1,1	2,1±1,3	0.6617
ROM TDV ÖNCESİ	105,5±8,9	106,5±7,9	102,3±6,3	103,3±7,4	0.0736
ROM 2. AY	90,6±7,2	90,5±6,9	113,9±6,4	115,0±6,9	< 0.0001
ROM 6. AY	92,0±7,5	93,2±6,1	115,6±6,1	117,2±6,3	< 0.0001

Tedavi öncesi, tedavi sonrası 2. ay, 6. ay WOMAC, VAS ve ROM sonuçlarının karşılaştırılması.

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-55] SUBAKROMİAL SIKIŞMA SENDROMUNUN TEDAVİSİNDE KİNEZYO BANTLAMANIN ETKİNLİĞİ

Neşe Gürel Kandemir, Taciser Kaya, Şeniz Akçay, Seda Soma
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Subakromial sıkışma sendromu (SSS) omuz ağrısının en yaygın nedenidir. Rotator kaf ve subakromial bursanın, humerus başı ile korakoakromial ark arasında basıya uğraması olarak tanımlanı. Hastanın primer şikayeti omuz ağrısıdır. Ağrı genelde deltoid bölge ve omuzun anterolateraline lokalizedir. Ağrı özellikle kolun 90 derece üzerindeki elevasyonu ile ortaya çıkar ve gece ağrısı sık görülen bir semptomdur. Hastalığın başlangıç döneminde aktif EHA kısıtlı pasif EHA açıkken olayın kronikleşmesiyle pasif EHA da kısıtlanabilir. Tedavinin amacı, özellikle gece ve hareket esnasında olan ağrının azaltılması, EHA ve kas gücü kazanımın arttırılarak fonksiyonun düzelmesidir. Hastanın durumuna göre tedavi konservatif veya cerrahi olabilir. Konservatif tedavi seçenekleri; medikal tedavi, fizik tedavi modaliteleri, aktivite modifikasyonu, terapötik egzersiz, subakromial enjeksiyonları, kinezyo bantlama ve benzeri uygulamaları içermektedir. Kinezyo bantlama kas iskelet sistemi hastalıkları başta olmak üzere pek çok durumda kullanılabilir. Özellikle akut gerilme, burkulma gibi durumlar, spor yaralanmaları, ligaman ve tendon sorunlarında özellikle akut evrede inhibisyon ve düzeltme tekniği uygulanır. SSS'de bantlamanın hareket esnasında doku irritasyonu ve ağrıyı azaltması, artan proprioseptif uyarı sonucu supraspinatus kasında motor ünitede güçlenme sağlaması ve sonuçta EHA'da artış sağlaması olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada evre 1 SSS olan hastaların tedavisinde egzersiz uygulamasına eklenen kinezyo bantlamanın ağrı, eklem hareket açıklığı, fonksiyon ve anksiyete üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Subakromial sıkışma sendromunun tedavisinde kinezyo bantlamanın ağrı, eklem hareket açıklığı, özürlülük ve anksiyete üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Hastaların çalışmaya dahil edilmesi için; Hawkins, Neer, ağrılı ark ve Jobe testlerinden en az 3'ünde pozitiflik ve subacromial enjeksiyon testi ve/veya görüntüleme yöntemleriyle tanının desteklenmiş olması; semptomların en az 3 aydır devam ediyor olması; oral antiinflamatuar, kortikosteroid enjeksiyonu ve fizik tedavi yöntemlerinden en az birisinin uygulanmış olmasına rağmen semptom ve bulguların devam ediyor olması; hastanın omuz ağrısını görsel analog skala kullanıldığında 10 üzerinden en az "5" olarak derecelendirmiş olması şartları aranmıştır.

Hastalar zarf yöntemiyle iki gruba randomize edildiler. Bir gruba (deney grubu) kinezyo bantlama ve egzersiz, diğer gruba (kontrol grubu) sham kinezyo bantlama ve egzersiz uygulandı. Kinezyo bantlama tekniği; iki adet 'Y' bandı şeklinde deltoid ve supraspinatus kaslarına kas inhibisyon tekniği ve 'I' bandı şeklinde korakoid proçes ve posterior deltoid arasında mekanik düzeltme yöntemi olarak uygulandı. Kontrol grubunda deney grubu ile aynı lokalizasyonlara bantlama işlemi gerimsiz olarak uygulandı.

Katılımcılara 6 hafta boyunca haftada bir kez kinezyo bantlama uygulandı. 5 gün süreyle bant uygulaması yapılan hastada cildi dinlendirmek için 2 gün ara verilerek ve hastaya 6 hafta boyunca toplamda 6 kez kinezyo bantlama uygulandı. Tüm katılımcıların değerlendirmeleri 0, 3, 6 ve 10. hafta sonunda olmak üzere toplamda 4 kez yapıldı. Egzersiz programı her iki grup için de aynı egzersizleri içerdi. Ağrı, özürlülük, sağlık durumu ve anksiyete sırası ile vizüel analog skala (VAS), "omuz ağrı ve özürlülük indeksi (SPADI)", Nottingham Sağlık Profili ve Beck Anksiyete Ölçeği ile ölçüldü. EHA gonyometrik olarak değerlendirildi.

İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya 50 hasta alındı. Hastalar hem deney grubu hem kontrol grubu için n=25 olacak şekilde iki gruba randomize edildi. Deney grubunda 1, kontrol grubunda 2 kişi çalışma dışı kaldığından çalışma deney grubu n=24, kontrol grubu n=23 olarak tamamlandı. Başlangıçta demografikler ve sonuç ölçüm parametreleri açısından gruplar arasında fark yoktu (tablo 1). Deney grubunda başlangıç skorları ile karşılaştırıldığında bütün vizitlerde tüm parametrelerde, kontrol grubunda ise omuz fleksiyon açıklığı dışında tüm parametrelerde anlamlı iyileşme gözlendi ($p<0.05$). Grup içi gözlenen değişimler bakımından iki grup arasında fark gözlenmedi.

SONUÇ: Çalışmamızda egzersiz tedavisine eklenen kinezyo bantlamanın ağrısız fleksiyon açıklığını artırmak dışında sham bantlamaya bir üstünlüğü olmadığı görüldü. Egzersiz tedavisine kinezyo bant eklenmesiyle kontrol grubuna göre bazı parametrelerde daha fazla iyileşme olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Ancak bunların birinde değişkenlerdeki değişimlerin derecesinin istatistiksel olarak karşılaştırılmadığı, sadece farklı vizitlerde gruplar arası karşılaştırma yapıldığı görülmüştür. İkincisi bu çalışmada izlem süresi en fazla 12 gün olarak bildirilmiştir. Üçüncü olarak da paradoksal bir şekilde fleksiyon açısı kazanımı kontrol grubunda daha fazla olmuştur. Ağrıda gözlenen değişim kapı kontrol mekanizması ile gerçekleşiyor olabilir ve bu nedenle gerimsiz uygulanan bantlamanın da ağrıda iyileşme sağlaması olasıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Subakromial sıkışma sendromu, kinezyo bant

Demografik veriler ve sonuç ölçüm parametreleri açısından bazal karşılaştırma

	Deney grubu	Kontrol grubu	p
CİNSİYET [KADIN/ERKEK, n(%)]	16(64)/9(36)	13 (52)/ 12 (48)	0.390a
YAŞ, Ortanca (Min-Max)	47 (27-56)	41 (22-54)	0.203c
VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (kg/m2), Ortalama±SS	26.18±5.04	27.36±4.15	0.371d
DOMİNANT ÜST EKSTREMİTE, [sağ/sol, n(%)]	21 (84)/4(16)	21 (84)/4(16)	1b
TEDAVİ UYGULANAN TARAF, [sağ/sol, n(%)]	17 (68)/8 (32)	16(64)/9(36)	0.765a
SEMPTROM SÜRESİ (ay), Ortanca (Min-Max)	11 (3-36)	9 (3-18)	0.636c
VAS (istirahat) (0-10)	7.65±1.65	7.48±1.89	0.898b
VAS (hareket) (0-10)	7.94±1.73	7.74±1.80	0.940b
VAS (gece) (0-10)	8.17±1.65	7.69±1.54	0.356b
Fleksiyon (derece)	133.75±20.04	132.86±21.83	0.832b
Abduksiyon (derece)	133±16.53	132.43±15.41	0.847b
İç rotasyon (derece)	60.88±6.6	61.38±8.54	0.558b
Dış rotasyon (derece)	59.63±7.63	56.76±9.48	0.399b
SPADI (ağrı)	51.58±19.71	60.38±22.67	0.278b
SPADI (fonksiyon)	47.08±19.26	55.46±17.73	0.162b
NHP (Ağrı)	32.65 (9.99 -63.50)	33.21 (9.99 - 60.66)	0.446d
NHP (Duyusal)	13.43 (0-50.27)	10.47 (0-23.71)	0.275d
NHP (Enerji)	24 (0-63.2)	24 0-100)	0.134d
NHP (Uyku)	22.04 (0-43.36)	22.37 (0-43.36)	0.851d
NHP (Sosyal)	0 (0-22.01)	0 (0-22.01)	0.834d
NHP (Fiziksel	9.3(0-33.11)	4.65(0-33.11)	0.653d
Beck anksiyete ölçeği	6.5(2-18)	7(3-15)	0.164d

A:Chi-square; B:Fisher Exact; C:Mann-whitney U; D:independent t test

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-70] LATERAL EPİKONDİLİTTE KURU İĞNELEME VE EKSTRACORPOREAL ŞOK DALGA TEDAVİSİ(ESWT) ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ahmet Karakoyun[1], Gamze Yanartaş[2]
[1]*Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Aksaray*
[2]*Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Medicana Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Konya*

AMAÇ: Lateral epikondilit, lateral epikondil ve bilek ekstansor kaslarının muskulotendinoz birleşimindeki ağrıya yol açan tendinopatidir. Genellikle 35-50 yaş arasında ortaya cıkar, kadın ve erkekleri eşit oranda etkiler. El bileği ekstansiyonunu gerektiren aşırı yukleyici ve tekrarlayıcı hareketlerle ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, lateral epikondilit tanısı konulan hastalarda kuru iğneleme tedavisi ve extracorporeal şok dalga tedavisinin(ESWT) etkilerinin karşılaştırılmasıdır

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 20-65 yaş arası en az 3 ay boyunca dirsek ağrısı olan, fizik muayene ve dirsek eklem MR'ına göre lateral epikondilit tanısı konulmuş, laboratuar değerlerinde akut enflamasyon bulgusu saptanmayan 48 hasta alındı. Hastalara sosyodemografik özelliklerini sorgulayan bir form ile tedavi öncesinde ve tedavi sonrasında (2 hafta sonra) hasta bazlı ön kol değerlendirme anketi ve vizüel analog skala doldurtuldu. Olgular randomizasyon yöntemi ile iki gruba ayrıldı. Birinci gruba (24 hasta) ESWT, 15 Hz,2000 atım, 2.0 Barr/seans dozunda haftada bir olmak üzere 4 seans tedavi uygulandı. İkinci gruba (24 hasta) haftada 1 olmak üzere toplam 4 seans kuru iğneleme tedavisi uygulandı. Kuru iğneleme lateral epikondil bölgesinde ön kol ekstansör kaslarındaki aktif tetik noktalara her seansta üçer adet steril akupunktur iğnesi şeklinde uygulandı. Her iki gruba germe ve eksentrik kuvvetlendirme egzersizleri verildi. Tedavi öncesinde ve sonrasında olguların dirsek fonksiyonları hasta bazlı ön kol değerlendirme anketi ile palpasyon ve kavrama ile meydana gelen ağrı şiddeti ise vizüel analog skalası ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların 27 tanesi kadın, 21 tanesi erkekti. Hastaların yaş ortalaması 38.35±7.5 yıl; beden ağırlığı ortalaması 77.5±14.2 kg; boy uzunluğu ortalaması 168.0±11.3 cm idi. Her iki grupta kendi içinde tedavi sonrası dönemde, hasta bazlı ön kol değerlendirme anketine göre fonksiyonda anlamlı artış($p<0,001$) ve vizüel analog skalaya göre ağrı şiddetinde anlamlı azalma($p<0,001$) bulundu. Gruplar arası farklılığa bakıldığında dirsek fonksiyonlarında ve ağrı şiddetinde istatiksel olarak anlamlı farklar bulunmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA: Lateral epikondilit sporcularda ve ağır yüklerle çalışan meslek gruplarında sık görülen ve ağrıya yol açarak hastanın fonksiyonelliğini olumsuz etkileyen bir tablodur. Lateral epikondilit tedavisinde; ağrıyı azaltmak ve fonksiyonu arttırmak amacıyla konservatif, medikal veya cerrahi yaklaşımlar kullanılmaktadır. Konservatif tedavide amaç; ağrıyı azaltmak, tendona binen yükleri kontrol altına almak, esneklik ve kuvveti geri kazandırmak ve semptomların tekrarlamasını önlemektir. Lateral epikondilitin konservatif tedavisinde ultrason, iyontoforez, ortez, lazer, enjeksiyon, manipulasyon, mobilizasyon ve egzersiz gibi yöntemler sık kullanılmaktadır. Son yıllarda ESWT ön plana çıksada, etkinliği açısından tam bir fikir birliği yoktur. Çalışmamızda lateral epikondilitli hastalarda ağrı ve el fonksiyonları üzerinde, kuru iğneleme ve ESWT tedavilerinin her ikisinin de etkili olduğu ancak ikisi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızın dezavantajı tedavi sonrası uzun dönem takip ve etkinliğinin değerlendirilememesidir. Özkırış ve ark. 2004 yılında myofasial ağrı sendromlu hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada kuru iğneleme tedavisinin, botinilum enjeksiyonu ve fizik tedavi ile aynı etkinlikte olduğunu tesbit etmişlerdir. Öztürk ve ark. 2018 yılında lateral epikondilitli hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada ESWT tedavisi ve kinezyolojik bantlamanın her ikisinin de ağrı ve el fonksiyonları üzerine etkili olduğu ancak ikisi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Son olarak yakın zamanda Bağcıer ve ark. yaptıkları çalışmada lateral epikondilitli hastalarda ESWT ve kuru iğnelemeden oluşan kombine tedavinin tek başına ESWT tedavisine göre ağrı ve fonksiyonel durum üzerine daha anlamlı olduğu tesbit edilmiştir.

SONUÇ: Bu çalışmada lateral epikondilitli hastalarda, ağrıyı azaltma ve fonksiyonları geliştirmede germe ve kuvvetlendirme egzersizleriyle birlikte kuru iğneleme tedavisinin ESWT kadar etkili olduğu tesbit edilmiştir. Bu sonuçlar ışığında başta egzersizler olmak üzere lateral epikondilit tedavisinde ESWT ve kuru iğneleme tedavisinin birlikte kullanılmasının sadece ESWT tedavisinden daha etkili olacağını düşünmekteyiz. Ayrıca maliyet açısından da düşünüldüğünde kuru iğnelemenin lateral epikondilit tedavisinde kullanılabileceği bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Ağrı, ESWT, fonksiyonel durum, kuru iğneleme, lateral epikondilit

AUTHORTOEDITOR: Saygıdeğer Bilim Kurulu, Öncelikle Türk Romatoloji kongresinin düzenlenmesinde emeği geçen bütün hocalarıma teşekkür eder, saygılar sunarım. Kongrede birlikte olmanın heyecanı içerisindeyiz. ‹Lateral Epikondilitte Kuru İğneleme ve Ekstracorporeal Şok Dalga Tedavisi(ESWT) Etkinliklerinin Karşılaştırılması› adlı çalışmamızla kongreye katılmak istiyoruz. Çalışmamızın meslektaşlarımıza ve tıp camiasına faydalı olacağını düşünmekteyiz. İyi çalışmalar diler, saygılar sunarız.

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-77] DENEYSEL SİYATİK SİNİR HASARI OLUŞTURULAN FARELERDE HYPERİCUM PERFORATUM EKSTRESİNİN NÖROPROTEKTİF, ANTİNOSİSEPTİF VE ANTİİNFLAMATUVAR ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Aylin Sarıyıldız[1], Halil Mahir Kaplan[2], Ergin Şingirik[2], Erkan Kozanoğlu[1]
[1]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Adana*
[2]*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, Adana*

AMAÇ: Bu çalışmada, Parsiyel Siyatik Sinir Ligasyon (PSSL) yöntemiyle oluşturulan deneysel periferik nöropati modelinde Hypericum Perforatum ekstresinin, plazma ve siyatik sinirde oksidatif, inflamatuvar, apoptotik yolaklar üzerinden nöroprotektif ve antinosiseptif etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

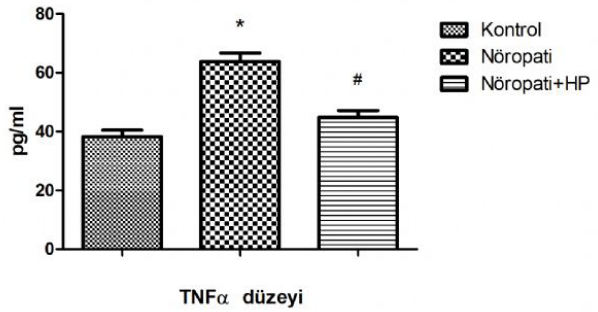
GEREÇ-YÖNTEM: Çukurova Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu'ndan alınan 20/06/2017 tarih ve 6/1 no'lu onay sonrasında başlanan bu çalışmada, 18 Balb/C albino türü fare kullanıldı. Fareler, eşit olarak üç gruba ayrıldı. Birinci grup kontrol grubu olarak belirlendi ve herhangi bir işlem uygulanmadı. İkinci ve üçüncü gruptaki farelerde parsiyel siyatik sinir ligasyon yöntemiyle nöropati oluşturuldu. Sadece üçüncü grupta yer alan farelere günde 70 mg/kg dozunda Hypericum Perforatum ekstresi gavaj yoluyla on dört gün boyunca verildi. Deney sonunda soğuk plaka testiyle allodini değerlendirildi. Plazma TNF-α, IL-6 seviyesi ve siyatik sinir iNOS, Fosfolipaz A2, COX-2, NFkB, kaspaz-3, Bcl-2, Bax düzeyleri ELISA analizi ile ölçüldü.

BULGULAR: İkinci grupta, cerrahi sonrası on dördüncü günde soğuk plaka testi ile soğuk allodini saptandı. Üçüncü grupta soğuk plaka latanslarının ikinci gruba göre anlamlı bir şekilde arttığı gözlendi ($p<0.05$). İkinci grupta, cerrahi sonrası plazma TNF-α, IL-6 seviyesi ve siyatik sinir iNOS, Fosfolipaz A2, COX-2, NFkB, kaspaz-3, Bax düzeylerinde artış ve Bcl-2 düzeyinde kontrol grubuna göre anlamlı azalma bulundu ($p<0.05$). Üçüncü grupta, plazma TNF-α, IL-6 seviyesi ve siyatik sinir iNOS, COX-2, NFkB, kaspaz-3, Bax düzeylerinde azalma ve Bcl-2 düzeyinde ikinci gruba göre anlamlı artış saptandı ($p<0.05$). Ancak üçüncü grupta siyatik sinir Fosfolipaz A2 düzeyindeki anlamlı azalma saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ: Parsiyel siyatik sinir hasarı sonrası farelerin soğuk plaka latanslarında azalma ile soğuk allodini gösterildi. Hypericum Perforatum ekstresi ile tedavi sonrası farelerin soğuk plaka latanslarında yükselme olduğu saptandı. Böylece Hypericum Perforatum'un periferik nöropati modelinde antinosiseptif etki gösterdiği gözlendi. Hypericum Perforatum ekstresinin, PSSL sonrası plazmada artan TNF-α ve IL-6 düzeylerini azalttığı saptandı. İnflamatuvar ve oksidatif yolaklarda rol oynayan iNOS, Fosfolipaz A2, COX-2 ve NFkB siyatik sinir düzeylerinin H. Perforatum ekstresi ile tedavi sonrası azaldığı gösterildi. Böylece, H. Perforatum'un antiinflamatuvar ve antioksidatif etkisi gösterildi. Parsiyel siyatik sinir hasarı ile oluşan periferik nöropatide siyatik sinir kaspaz-3 ve Bax seviyelerinde artış ile Bcl-2 seviyesinde azalma sonucunda apoptotik yolaklarda aktivasyon belirlendi. Hypericum Perforatum ekstresinin siyatik sinir kaspaz-3 ve Bax düzeylerinde azalma, Bcl-2 düzeylerinde artış sağlayarak antiapoptotik ve nöroprotektif etkisinin oluştuğu düşünüldü. Hypericum Perforatum'un nöroprotektif, antiinflamatuar ve antinosiseptif etkisinin değerlendirildiği ve olumlu sonuçların gözlendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçların, nöropatik ağrı mekanizması ve tedavisine yardımcı olabilecek ilaçlar hakkındaki araştırmalara katkıda bulunacağına inanılmaktadır. Hypericum Perforatum'un daha az yan etki profili ve daha fazla hasta uyumu ile ileride yapılacak klinik çalışmalar sonucunda, günlük pratikte sık rastlanılan siyatik sinir kaynaklı nöropatik ağrı patolojilerinin tedavisinde kullanılabilmesi mümkün olacaktır.
*Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından TTU-2017-9518 proje kodu ile desteklenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Hypericum Perforatum, inflamasyon, nöropati, siyatik sinir, sitokin, ağrı

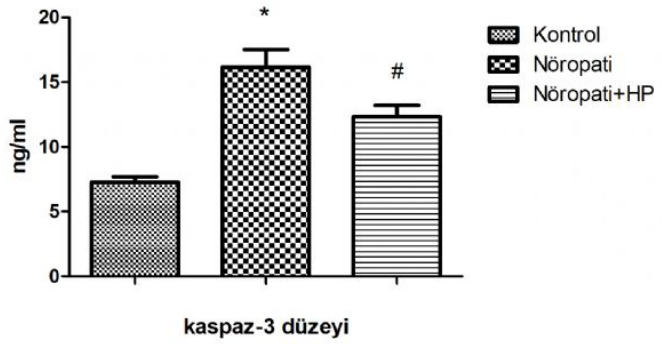
Hypericum Perforatum Ekstresinin Kan TNF-α Düzeyine Etkisi



Deney sonunda alınan kan örneğinde bakılan TNF-α düzeyinlerinin ortalama (pg/ml)±standart hata (SE) değerleri sırasıyla; kontrol grubunda 38,33±2,171, nöropati grubunda 63,83±2,937, nöropati+ HP grubunda 44,83±2,301 şeklinde bulunmuştur. Kan TNF-α düzeyinin nöropati grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir($p<0.05$). Nöropati+HP

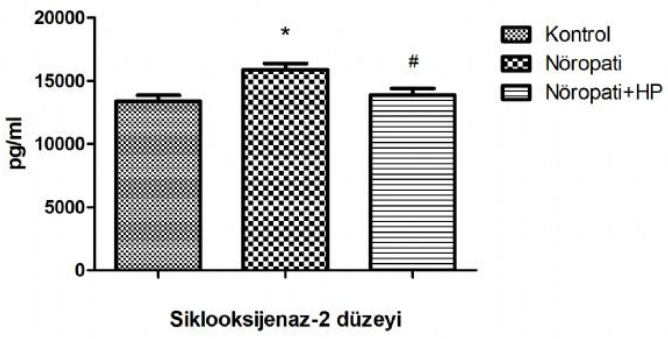
grubunda ise kan TNF-α düzeyinin nöropati grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır(p<0.05)

Hypericum Perforatum Ekstresinin Kaspaz-3 (apoptotik yolaklar) Düzeyine Etkisi



Deney sonunda alınan siyatik sinir örneğinde bakılan kaspaz-3 düzeylerinin ortalama (ng/ml)±standart hata (SE) değerleri sırasıyla; kontrol grubunda 7,250±0,4425, nöropati grubunda 16,17±1,352, nöropati+HP grubunda 12,33±0,8819 şeklinde bulunmuştur. Siyatik sinir örneğinde kaspaz-3 düzeyinin nöropati grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir(p<0.05). Nöropati+HP grubunda ise kaspaz-3 düzeyinin nöropati grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır(p<0.05)

Hypericum Perforatum Ekstresinin Siklooksijenaz-2 (COX-2) Düzeyine Etkisi



Deney sonunda alınan siyatik sinir örneğinde bakılan COX-2 düzeylerinin ortalama (pg/ml) ±standart hata (SE) değerleri sırasıyla; kontrol grubunda 13368±472,4, nöropati grubunda 15879±476,5, nöropati+HP grubunda 13851±536,4 şeklinde bulunmuştur. Siyatik sinir örneğinde COX-2 düzeylerinin nöropati grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir(p<0.05). Nöropati+HP grubunda ise COX-2 düzeyinin nöropati grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır(p<0.05)

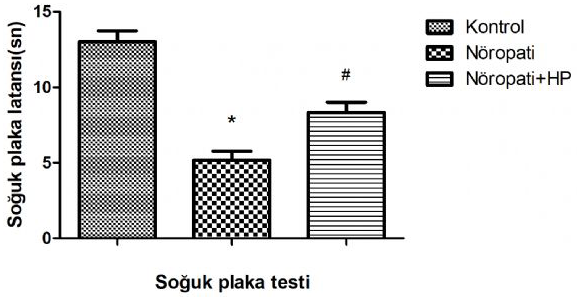
Siyatik sinirin eksplorasyonu



Siyatik sinirin ligasyonu



Soğuk plaka testi



Deney sonunda 14. günde tüm grupların soğuk plaka testiyle soğuk plaka latanslarına bakıldı. İstatistik analiz sonucunda soğuk plaka latansı ortalama (sn)±standart hata (SE) değerleri sırasıyla; kontrol grubunda 13±0,7303, nöropati grubunda 5,167±0,6009, nöropati+HP grubunda 8,333± 0,6667 bulunmuştur. Nöropati oluşturulan grupta kontrol grubuna göre soğuk plaka latansında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalma saptanmıştır(p<0,05). Nöropati+HP grubunda ise nöropati grubuna göre soğuk plaka latanslarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir(p<0,05)

AUTHORTOEDITOR: Hypericum Perforatum Ekstresinin nöropati üzerinde koruyucu etkinliğinin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışma için Çukurova Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu›ndan 20.06.2017 tarih ve 6/1 no›lu karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından TTU-2017-9518 proje kodu ile desteklenmiştir.

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-84] KRONİK DİZ OSTEOARTRİT'İNDE (NÖROPATİK AĞRISI OLAN/OLMAYANLARDA) ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE GENİKÜLER SİNİR BLOĞUNUN ETKİNLİĞİ

Berrak Taş[1], Pınar Akpınar[2], İlknur Aktaş[2], Feyza Ünlü Özkan[2], İrem Buse Kurucu[2]
[1]*Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kırklareli*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul*

AMAÇ: Kronik diz osteoartriti (OA) olgularında (nöropatik ağrısı olan/olmayan) ultrasonografi (USG) eşliğinde uygulanan geniküler sinir bloğunun (GNB) analjezik ve fonksiyonel etkilerini araştırmak, uygulanan solüsyonların etkinliğini değerlendirmek.

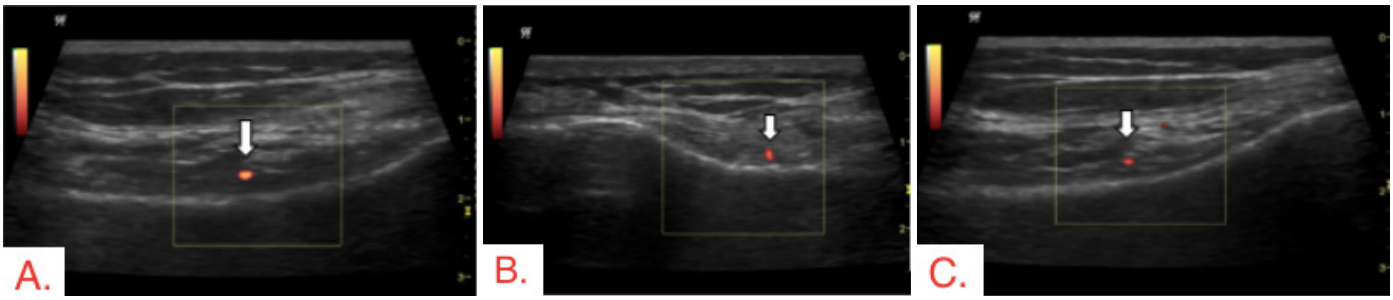
GEREÇ-YÖNTEM: Randomize çift kör plasebo kontrollü olarak tasarlanan çalışmamızda; kronik diz OA'i olan 50-80 yaş arası 90 hasta painDETECT skoruna göre nöropatik ağrısı (NA) olan/olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar kendi içerisinde lidokain (n=30), dekstroz (D5W) (n=29) veya salin (n=31) solüsyonu uygulananlar olarak üç alt gruba randomize edildi. USG eşliğinde GNB uygulama sonrası hastalara quadriceps izometrik güçlendirme egzersizleri ve 10 gün boyunca günde 3 defa 10 dk süre ile kriyoterapi uygulandı. Değerlendirme parametreleri olarak ağrı için Vizüel analog skala (VAS), nöropatik ağrı için painDETECT skoru, fiziksel fonksiyon için Western Ontorio and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) ve fiziksel performas (yürüme mesafesi) için Lequesne Algofonksiyonel diz indeksi (Lequesne-algofunctional Index) kullanıldı. Hastalar uygulama öncesi ve sonrası 1. hafta, 1. ay, 3. ay yüz yüze olacak şekilde değerlendirildi. Çalışma öncesi GPower programı ile analiz yapılarak örneklem sayısı her grup için minimum n=14 olarak saptandı. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Nöropatik ağrısı olan veya olmayan tüm gruplarda 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda VAS değerlerinde başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlendi ($p<0.05$). Nöropatik ağrısı olan tüm gruplarda 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda painDETECT skorlarında başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlendi ($p<0.05$). Nöropatik ağrısı olmayan grupta D5W ve salin solüsyonu uygulananlarda 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda painDETECT skorlarında başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlenirken lidokain solüsyonu uygulananlarda gözlenmedi ($p>0.05$). Nöropatik ağrısı olan veya olmayan tüm gruplarda WOMAC ve Lequesne toplam skorlarında 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda başlangıca göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlendi ($p<0.05$).

SONUÇ: Kronik diz OA'sında (NA olan/ olmayan), USG eşliğinde GNB uygulamasının, kısa-orta dönemde analjezi ve fonksiyonel iyileşme sağlayan bir yöntem olduğu kanaatine varılmıştır. GNB uygulamasında kullanılan anestezili ve anestezisiz solüsyonlarda belirgin etkinlik farkı olmayışı, enjeksiyonun etkilerinin nosiseptif işleme ve beyindeki nöroplastik mekanizmalardaki değişiklikler yoluyla olabileceğini düşündürmektedir. Bu da kronik diz OA'sında ağrı ve fonksiyon kaybının, periferik sinir disfonksiyonunun bir belirtisinden ziyade santrale bağlı bir etki olabileceğini düşündürmektedir.Bununla birlikte düzenli egzersiz programının da, ağrıda azalma ile birlikte fonksiyonelliğe katkı sağladığını söyleyebiliriz.

ANAHTAR KELİMELER: Diz osteoartriti, geniküler sinir bloğu, nöropatik ağrı

Şekil. 1. Geniküler sinir bloğu



Şekil. 1. Geniküler sinir bloğunda hedef bölgelerin (Superior medial genicular nerve, Inferior medial genicular nerve, Superior lateral genicular nerve) USG'de tanımlanması. Doppler modu. Beyaz oklar geniküler arterleri gösterir. A. Superior medial genicular artery. B. Inferior medial genicular artery. C. Superior lateral genicular artery.

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-105] OSTEOPOROZ HASTALARININ TEDAVİSİNDE DENOSUMAB KULLANIM DENEYİMİ; BİR YILLIK TAKİP TEK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Nihal Tezel, Damla Cankurtaran, Öznur Ecerkale, Ece Ünlü Akyüz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Osteoporoz (OP), kemik mikromimarisinin bozulması ve düşük kemik kütlesi sonucunda kemik kırılganlığında artışı ile sonuçlanabilen sistemik bir hastalıktır. OP tedavisinde amaç kemik yoğunluğunu arttırıp kırık riskini azaltmaktır. OP tedavisinde antirezorptif tedaviler ve anabolik ajanlar kullanılmaktadır. Bir antirezorptif ajan olan denosumab; receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand (RANKL)'a karşı insan monoklonal IgG2 antikorudur. Yeni nesil bir ilaç olan denosumabın postmenopozal OP hastalarında etkinliği ile ilgili ülkemizde yapılmış bir literatüre rastlanılmamıştır. Bu sebeple OP polikliniğinde düzenli takip kayıtları bulunan hastalarımızda denosumabın etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemiz osteoporoz polikliniğinde takipli potmenopozal OP tanılı denosumab tedavisi başlanan hastaların retrospektif olarak dosyaları incelenmiştir. Hastaların demografik verileri, osteoporoz risk faktörleri ve laboratuar sonuçları dosyalarından not edildi. Çalışmamızda denosumab tedavisinin etkinliğini değerlendirmek için tedavi başlamadan önce ve tedavinin 12. ay kontrolünde lomber total, femur total ve femur boynu T skorları ve kemik mineral yoğunluğu değerleri (gr/cm2) karşılaştırıldı. İstatiksel analiz için SPSS 15.0 versiyonu kullanıldı.

BULGULAR: Denosumab tedavisi başlanan 49 hastadan tedavi öncesi ve 1. yılındaki tüm KMY verilerine ulaşılabilen 15 osteoporoz tanılı hasta değerlendirmeye alındı.
1 yıl içinde hastaların lomber, femur boyun ve femur total T skorlarında; lomber ve femur total kemik mineral yoğunluklarında anlamlı değişiklik tespit edildi (sırasıyla= p=0.006, p=0.041, p=0.016, p=0.002, p=0.001). Femur boyun kemik mineral yoğunluğunda bir yıllık tedavi sonrasındaki değişim istatiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.053).

SONUÇ: Denosumab tedavisi özellikle osteoporotik kırık öyküsü olan veya yüksek risk taşıyan, diğer OP tedavilerini tolere edemeyen ya da yanıt alınamayan hastalarda önemli bir tedavi seçeneğidir. OP tüm dünyadaki gibi ülkemizde de yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Daha uzun süreli, daha fazla hastayı içeren, randomize karşılaştırmalı çalışmaların katkı sağlayacağı görüşündeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: denosumab, kemik mineral yoğunluğu, osteoporoz

Kemik dansitometrisi sonuçlarının tedavi öncesi ve sonrası değerlerinin karşılaştırılması

N=15	Tedavi öncesi Median (min/max)	Tedavi sonrası Median (min/max)	p
Lomber T skoru	-3.6 (-4.4/-1.7)	-1.4 (-3.3/-0.2)	0.006
Femur boyun T skoru	-2.1 (-4.5/-0.4)	-2.2 (-3.9/-1.2)	0.041
Femur total T skoru	-2.4 (-5.2/-1.1)	-1.8 (-3.0/-0.2)	0.016
Lomber total gr/cm2	651.0 (547.0 /852.0)	771.0 (661/926)	0.002
Femur boyun gr/cm2	678.0 (341.0/867.0)	703.0 (592/929)	0.053
Femur total gr/cm2	672.0 (494.0/860.0)	826.0 (628/1041)	0.001

FT AJANLARI-GİRİŞİM [SS-86] FİBROMİYALJİ HASTALARINDA MAJOR OZON OTOHEMOTERAPİ: PİLOT ÇALIŞMA

Ekin İlke Şen, Selim Sezikli, Ayşegül Ketenci, Demirhan Dıraçoğlu, Ahmet Kıvanç Menekşeoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Fibromiyaljide yaygın ağrının yanı sıra yaşam kalitesi ve disabilite üzerinde önemli etkilere neden olabilen kronik yorgunluk, uyku bozukluğu ve depresif duygu durum gibi birçok semptom da görülmektedir. Ozon tedavisinin antioksidan sistemin regülasyonu ve immun sistemin modülasyonu üzerindeki etkileriyle kas-iskelet sistemi problemlerinde uygulandığı görülmektedir. Bu çalışmada fibromiyalji tanılı hastalarda major ozon otohemoterapi tedavisinin etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Enjeksiyon Polikliniği'ne başvuran, 2016 Amerikan Romatoloji Cemiyeti (ACR) kriterlerine göre fibromiyalji tanısı olan, mevut tedavilerine ek olarak major ozon otohemoterapi uygulanmış olan 25 kadın hasta dahil edildi. 20 mgr/ml ozon-oksijen konsantrasyon ile 6 seans major ozon otohemoterapi uygulanmış olan hastaların kayıtlı bilgileri değerlendirilerek tedaviye başlamadan önce, tedavi sonrası ve tedaviden bir ay sonra kontrol başvurularında doldurulmuş olan Vizüel Analog Skala (VAS) ile ağrı, genel enerji seviyesi, tutukluk seviyesi, depresif duygu durum düzeyleri kaydedildi. Fibromiyalji Etki Anketi (FEA) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) skorları incelendi. İstatistiksel analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılarak bağımlı verilerin analizinde Wilcoxon testi uygulandı.

BULGULAR: İstatistiksel analize dahil edilen toplam 25 hastanın yaş ortalaması 50,8 ± 11,2 yıl, fibromiyalji tanı süresi ortalaması 65,4 ± 32,7 ay olarak saptandı. Tedavi öncesi yaygın ağrı indeksi ortalama skoru 12,5 ± 3,9, semptom ciddiyet skoru 8,9 ± 1,9 olarak hesaplandı. Tedavi sırasında kaydedilen herhangi bir yan etki saptanmadı. Tedavi öncesi VAS ile değerlendirilen ağrı, genel enerji seviyesi, tutukluk seviyesi ve depresif duygu durum düzeylerinde tedavi sonrası ve tedavi sonrası 1. ay kontrollerinde anlamlı iyileşme olduğu gösterildi ($p<0,05$). Yapılan takiplerde hastaların, tedavi sonrasında %44'ünün, tedavi sonrası 1.ay takiplerde %36'sının ağrılarında %30'un üzerine azalma saptandı. FEA ve PUKİ skorlarında tedavi öncesine göre tedavi sonrası ve tedavi sonrası 1.ay ölçümlerinde anlamlı iyileşme saptandı ($p<0,05$).

SONUÇ: Çalışmamızda fibromiyalji hastalarının mevcut tedavilerine ek olarak uygulanan major ozon otohemoterapinin, ağrı, enerji düzeyi, depresif semptomlar ve uyku üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde yapılan sınırlı sayıda çalışmada yan etkiler olmadan ozon tedavisinin fibromiyalji hastalarında etkili bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmiştir. Daha fazla hasta ile yapılacak uzun dönem takipli randomize kontrollü çalışmalara gereksinim mevcuttur.

ANAHTAR KELİMELER: fibromiyalji, ozon, ağrı, depresyon, uyku

ROMATOİD ARTRİT [SS-56] GEÇ BAŞLANGIÇLI ROMATOİD ARTRİT GERÇEKTEN FARKLI MI?

Yunus Durmaz[1], İlker İlhanlı[2], Betül Üstün[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: Romatoid artrit (RA) destruktif sinovit ile karakterize, artmış morbidite ve mortalite ile seyreden kronik inflamatuar bir hastalıktır. Tüm yaş gruplarında ve her etnik popülasyonda görülebilmektedir. Prevalansı yaş arttıkça artmaktadır ve geriatrik popülasyonda prevalansı %2'ye çıkmaktadır. Literatürde terminoloji henüz net olmamakla birlikte çoğunlukla 65 yaş sonrası başlayan RA geç-başlangıçlı RA (GBRA) olarak kabul edilmektedir. Biz bu çalışmamızda; kliniğimizde takipli olan erişkin başlangıçlı romatoid artritli (EBRA) hastaları, GBRA'lı hastalarla klinik özellikler ve hastalık aktivasyonları açısından karşılaştırmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM: Romatoloji kliniğimizde takipli, 01.09.2016 ile 01.09.2019 tarihleri arasında 2010 ACR romatoid artrit sınıflama kriterlerine göre romatoid artrit tanısı almış, onamı olan ve tıbbi kayıtlarına ulaşılabilen 422 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalık başlangıç yaşı 65 ve üzeri olanlar GBRA, 65 yaş altında başlangıcı olan hastalar EBRA olarak kabul edildi. Hastaların dosyalarından sosyodemografik verileri, laboratuvar bulguları (sedimentasyon (mm/s), CRP(mg/l), RF (IU/ml), Anti-CCP testi değerleri), hastalık başlangıcında mevcut olan eklem tutulumları (tutulan eklem sayısı/ simetrik-asimetrik/üst ekstremite-alt ekstremite/ küçük eklem-büyük eklem-miks tutulum) ve romatoid artrite eşlik eden eklem dışı bulguları, tanı anında başlanılan steroid tedavileri (düşük-orta-yüksek doz) kayıt edildi. Yine 1987 RA kriterlerini karşılama oranları her iki grup için değerlendirildi. Ayrıca her hasta için tanı anı başlangıç DAS-28 sedimentasyon değerleri kayıt edildi. Normal dağılım 'skewness ve curtosis' değerleri -1,5 ve +1,5 arasında olan değişkenler için kabul edildi. Normal dağılıma uyum halinde gruplar arası karşılaştırma Independent t ve Anova testi kullanılarak yapıldı. Varyans analizi sonucuna göre post hoc değerlendirmede Welch veya Bonferroni testleri kullanıldı. Normal dağılıma uymama halinde ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile kategorik veriler için Ki kare testi uygulandı. $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. İstatistik veriler SPSS versiyon 22 ile hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya 422 romatoid artrit hastası alındı. Çalışmamızdaki hastalardan 35'i (%8,3) GBRA iken 387'si (%91,7) EBRA'ydı. GBRA'ların 27'si (%77,14) kadın, 8'i (%22,86) erkekti. EBRA'ların ise 329'u (%85,01) kadın, 58'i (%14,99) erkekti. GBRA ve EBRA'lı hastaların cinsiyet dağılımları istatistiksel açıdan karşılaştırıldığında gruplar açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi (p=0,220). Çalışma gruplarımızın cinsiyet, eklem tutulumu ve 1987 RA kriterlerini karşılama oranlarının istatistiksel karşılaştırılması Tablo 1 de yer almaktadır. Çalışmaya dahil ettiğimiz GBRA'lı hastaların 33'ünde (%94,28) tanı anında RA'ya ait ekstra-artiküler bulgular saptanmazken, 2 hastada subkutan romatoid nodül tespit edilmiştir. EBRA'lı hastaların 369'unda (%95,35) tanı anında ekstraartiküler bulgu saptanmazken, 7 (%1,81) hastada subkutan romatoid nodül, 1 (%0,26) hastada sistemik vaskülit, 8 (%2,07) hastada pulmoner tutulum, 2 (%0,052) hastada da episklerit saptanmıştır. Çalışma grupları ekstraartiküler tutulumlar açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık saptanmamıştır (p=0,510).

Başlangıç DAS-28 sedimentasyon değeri açısından gruplar karşılaştırıldığında GBRA grubunda ortalama 4,47± 0,72 iken EBRA grubunda bu değer 4,34±0,87 olarak saptandı. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi. (p=0,473).

Gruplar başlangıçta kullanılan steroid dozu için karşılaştırıldıklarında GBRA grubunda 1(%2.86) hastaya steroid başlanmadığı, 20(%57.14) hastaya düşük, 13(%2.86) hastaya orta, 1 (%2.86) hastaya ise başlangıçta yüksek doz steroid başlanmış olduğu görüldü. EBRA vakalarınınsa 6 (%1.55)'sında başlangıçta steroid tedavisi gerekmediği, 210 (%54.26)'unda düşük, 160 (%41.34)'ında orta ve 11 (%2.84)'inde ise başlangıçta yüksek doz steroid tedavisi başlanmış olduğu görüldü. Araştırma gruplarımız steroid başlangıç dozları açısından karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0,915).

SONUÇ: Romatoid artrit çoğunlukla genç-erişkin yaşta başlasa da geç başlangıçlı formlar hiç de azımsanmayacak oranda görülebilmektedir. Kliniğimizde takipli RA hastalarının %8.3'ü geç başlangıçlı RA (GBRA) vakalarıdır. Biz çalışmamızda GBRA grubunun cinsiyet dağılımının EBRA grubundan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklı olmadığını saptadık. Literatürdeki veriler de bizim çalışmamızın sonuçlarını bu anlamda desteklemektedir. GBRA'da da EBRA'da olduğu gibi kadın hakimiyeti mevcuttur. Biz çalışmamızda her iki grubun hastalık başlangıcındaki eklem tutulumlarını literatürdeki bilgilerin aksine benzer bulduk. Anti CCP değeri açısından GBRA'lı ve EBRA'lı hastalar arasında anlamlı farklılık saptanmazken, RF değerleri açısından GBRA'lı hastalarda pozitif olma oranı daha fazlaydı. GBRA'lı ve EBRA'lı hastalar daha önceki 1987 RA kriterlerini karşılama açısından karşılaştırıldığında da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Eski RA kriterleri kullanıldığında da her iki grupta benzer oranda hasta RA olarak sınıflanabiliyordu. Çalışmamızın sonuçlarına göre başlangıçtaki eklem tutulumu açısından GBRA'lı hastaların bilinenin aksine EBRA'lı hastalara benzer olduğu ayrıca yine literatürdeki bilgilerin aksine anti-CCP pozitiflik oranının benzer, RF pozitiflik oranının ise daha fazla olduğu saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Erişkin Başlangıçlı Romatoid Artritli, Geç Başlangıçlı Romatoid Artritli

Tablo 1. GBRA ve EBRA'lı Çalışma Gruplarımızın Cinsiyet, Hastalık Başlangıç Eklemlerinin Özellikleri ve 1987 RA Kriterlerini Karşılama Oranları ve Seroloji Açısından Değerlendirilmesi

		GBRA	EBRA	p
Cinsiyet	Kadın	27 (%77,14)	329 (%85,01)	p=0,220
	Erkek	8 (%22,86	58 (%14,99)	
Hastalık Başlangıç Tipi	Üst Ekst	32 (%91,43)	32 (%91,43)	
	Alt Ekst	2 (%5,71)	13 (%3,36)	p=0,695
	Üst+Alt Ekst	1(%2,86)	7 (%1,81)	
Hastalık Başlangıç Tipi	Küçük eklem B	28 (%80,0)	350 (%90,44)	
	Büyük eklem B	6 (%17,14)	31 (%8,01)	p=0,152
	Miks Eklem	1 (%2,86)	6 (%1,55)	
Hastalık Başlangıç Tipi	Simetrik T	24(%68,57)	261 (%67,44)	p=0,004
	Asimetrik T	11 (%31,43)	126 (% 32,56)	
1987 RA Kriterlerini Karşılama	Karşılayan	30 (%85,71)	310 (%80,10)	p=0,422
	Karşılamayan	5 (%14,29)	77 (%19,90)	
RF değeri	Negatif	6 8%17,14)	174 (%44,96)	
	Düşük Titre Pozitif	14 (%40,0)	110 (%28,43)	p=0,006
	Yüksek Titre Pozitif	15 (% 42,86)	103 (%26,61)	
Anti CCP değeri	Negatif	18 (%51,43)	18 (%51,43)	
	Düşük Titre Pozitif	8 (%22,86)	76 (%19,64)	p=0,871
	Yüksek Titre Pozitif	9 (%25,71)	96 (%24,81)	

Üst ekst.: Üst ekstremite ağırlıklı tutulum Alt ekst: Alt ekstremite ağırlıklı tutulum Üst+Alt Ekst: Üst-Alt eksteremite ağırlıklı tutulum Küçük eklem B: Küçük eklem tutulumlu başlangıç Büyük eklem B: Büyük eklem tutulumlu başlangıç Miks Eklem B: Küçük-Büyük eklem tutulumlu başlangıç Simetrik T.: Simetrik tutulumlu başlangıç Asimetrik T: Asimetrik tutulumlu başlangıç

ROMATOİD ARTRİT [SS-15] ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA DÜŞÜK DOZ RİTUKSİMAB TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Sevilay Batıbay, Rezan Koçak Ulucaköy, Zafer Günendi, Feride Nur Göğüş
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Romatoid artrit (RA), eklem hasarı ile karakterize kronik, sistemik, inflamatuar bir hastalıktır. Prevalansı farklı popülasyonlarda ve etnik gruplarda değişiklik gösterse de, gelişmiş ülkelerde %0,5-1 arasında değişmektedir. Son birkaç dekadda hastalık patogenezinin daha iyi anlaşılmasıyla mevcut tedavi seçenekleri artmıştır. Rituksimab (RTX), yüksek affiniteli kimerik CD20'ye spesifik monoklonal otoantikordur. 2006 yılında FDA tarafından RA tedavisinde metotreksat ile kombine kullanımında onay almıştır (1). Birçok çalışmada etkili ve güvenli olduğu gösterilmiştir. Fakat optimal doz ile ilgili bir konsensus bulunmamaktadır (2-4). Önerilen doz 6 ayda bir ve 1. ve 15. günlerde 1000 mg intravenöz olmakla birlikte düşük doz (2x500 mg) ile standart dozun karşılaştırıldığı çalışmalarda etkinlik ve güvenilirlik açısından anlamlı fark gözlenmemiştir (5-6). Aynı zamanda düşük doz uygulamada ciddi enfeksiyon oranları daha az bulunmuştur (7). Biz de literatürdeki bu bilgiler ışığında kliniğimizde son 1 yıldır idame RTX dozunu 1 gr/6 ay olarak devam ettirdiğimiz 19 hastamızın 1 yıllık takip sürecindeki sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: RA ile takipli hastalarımızdan RTX kullananlar retrospektif olarak tarandı. RTX 1 gr/6 ay kullanan 33 hastadan takip bilgilerine ulaşılabilen 19'u çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsiyet, yaş, beden kitle indeksi (BKİ), hastalık süreleri, RF/CCP antikorları, beraberinde kullandıkları DMARD tedavileri, aldıkları kümülatif RTX dozu ve standart dozda (2gr/6ay) aldıkları son RTX dozundan itibaren 0, 3, 6, 9, 12. aydaki DAS28 skorları kaydedildi. Bu takibin 6. ve 12. ayındaki RTX dozu 1 gr idi. Bu zaman dilimlerindeki DAS28 skorları tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 5'i erkek, 14'ü kadın olup, yaş ortalaması 62,1±10,1 yıl (min 39- max 77), ortalama hastalık süresi 176,8±127,3 ay (min 20-max 480 ay), BKİ ortalaması 27±5 kg/m² idi. Bu hastaların ikisinde Sjögren, birinde SLE (Rupus), dördünde interstisyel akciğer hastalığı eşlik etmekteydi. Hastaların tamamı seropozitif olup 15 hastada yüksek titrede pozitiflik mevcuttu. 9 hastada leflunomid, 3 hastada metotreksat, 10 hastada <=5 mg/gün prednizolon, 5 hastada hidroksiklorokin, 1 hastada sulfasalazin kullanımı mevcuttu. Kümülatif RTX kullanımı min 3 gr, max 37 gram, ortalama 9,2±7,9 gram idi. DAS28-CRP skorları sırası ile 0,3,6,9,12. ay olmak üzere ortalama 3,36±1,56, 2,47±0,86, 2,42±0,83, 1,98±0,53, 2,04±0,53 ve DAS28-ESR skorları 3,81±1,60, 2,78±0,92, 2,75±0,87, 2,34±0,77, 2,39±0,79 idi. 0. aydaki DAS28 skorları diğer zaman dilimlerine göre anlamlı şekilde yüksekti.

TARTIŞMA: Standart doz RTX uygulamasından düşük doz RTX uygulamasına geçildikten sonraki 6 aylık süreçte takiplerde hastalık aktivitesi remisyonda seyretti. 0. aydaki hastalık aktivite skorlarının diğer aylardan anlamlı yüksek çıkmasının, çalışmaya dahil edilen hastaların bazılarında bu noktada RTX tedavisinin yeni başlanmış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Takip süresi içerisinde hiçbir hastada primer veya sekonder etkisizlik gözlenmedi. Seropozitif hastalarda tedaviye yanıtın daha iyi olduğu bilinmektedir. Bizim de hastalarımızın tümü seropozitifti. Bir hastamızda pnömoni gelişmesi nedeni ile oral antibiyoterapi verildi, ilacı kesmeyi gerektirecek herhangi bir durum gözlenmedi. 4 yıldan fazla RTX kullanan 1629 hastanın dahil edildiği bir çalışmada hastaların %16'sının etkisizlik, %5,8'inin ise yan etki gelişmesi nedeni ile ilacı bıraktığı gözlenmiştir (8). MIRROR çalışmasında RTX 2x500 mg ile 2x1000 mg uygulamaları karşılaştırılmış, primer sonlanım noktası olan ACR20, 50 ve 70 cevabında belirgin fark gözlenmezken, EULAR cevabı 2x1000 mg olan grupta daha iyi bulunmuştur (9). Bu sonuç bir meta-analiz ile desteklenmiş, düşük doz uygulamanın benzer etkinliğinin olmasının yanında maliyetenin daha düşük olduğu vurgulanmıştır (10). Çalışmamızdaki sonuç da literatürle uyumlu olup, limitasyonlarımız hasta sayısının az, takip süresinin kısa olmasıdır.

SONUÇ: RA tedavisinde düşük doz RTX etkili bir tedavi seçeneği olup, uzun dönem kullanımında standart doza kıyasla daha güvenli ve ekonomik görünmektedir.

KAYNAKLAR:

1) BuchMH, Smolen JS, Betteridge N, Breedveld FC, Burmester G, Dorner T, Ferraccioli G, Gottenberg JE, Isaacs J, Kvien TK, Mariette X, Martin-Mola E, Pavelka K, Tak PP, van der Heijde D, van Vollenhoven RF, Emery P (2011) Updated consensus statement on the use of rituximab in patients with rheumatoid arthritis. Ann RheumDis 70(6):909–920.

2) Emery P, Fleischmann R, Filipowicz-Sosnowska A, Schechtman J, Szczepanski L, Kavanaugh A, Racewicz AJ, van Vollenhoven RF, Li NF, Agarwal S, Hessey EW, Shaw TM(2006) The efficacy and safety of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis despite methotrexate treatment: results of a phase IIB randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-ranging trial. Arthritis Rheum 54(5):1390–1400.

3)Higashida J,Wun T, Schmidt S, Naguwa SM, Tuscano JM (2005) Safety and efficacy of rituximab in patients with rheumatoid arthritis refractory to disease modifying antirheumatic drugs and anti-tumor necrosis factor-alpha treatment. J Rheumatol 32(11): 2109–2115

4)Ho LY, Mok CC, To CH, Anselm M, Cheung MY, Yu KL (2007) Rituximab for refractory rheumatoid arthritis: a 24-week openlabel prospective study. Open Rheumatol J 1:1–4.

5) Emery P, Deodhar A, Rigby WF, Isaacs JD, Combe B, Racewicz AJ, Latinis K, Abud-Mendoza C, Szczepanski LJ, Roschmann RA,

Chen A, Armstrong GK, Douglass W, Tyrrell H (2010) Efficacy and safety of different doses and retreatment of rituximab: a randomised, placebo-controlled trial in patients who are biological naive with active rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate (Study Evaluating Rituximab's Efficacy in MTX inadequate responders (SERENE)). Ann Rheum Dis 69(9):1629–1635.

6)Chatzidionysiou K, Lie E, Nasonov E, Lukina G, Hetland ML, Tarp U, Ancuta I, Pavelka K, Nordstrom DC, Gabay C, Canhao H, Tomsic M, van Riel PL, Gomez-Reino J, Kvien TK, van

Vollenhoven RF (2016) Effectiveness of two different doses of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis in an international cohort: data from the CERERRA collaboration. Arthritis Res Ther 18:50.

7) Henry J, Gottenberg JE, Rouanet S, Pavy S, Sellam J, Tubach F, Belkhir R, Mariette X, Seror R (2017) Doses of rituximab for retreatment in rheumatoid arthritis: influence on maintenance and risk of serious infection. Rheumatology (Oxford) 57:538–547.

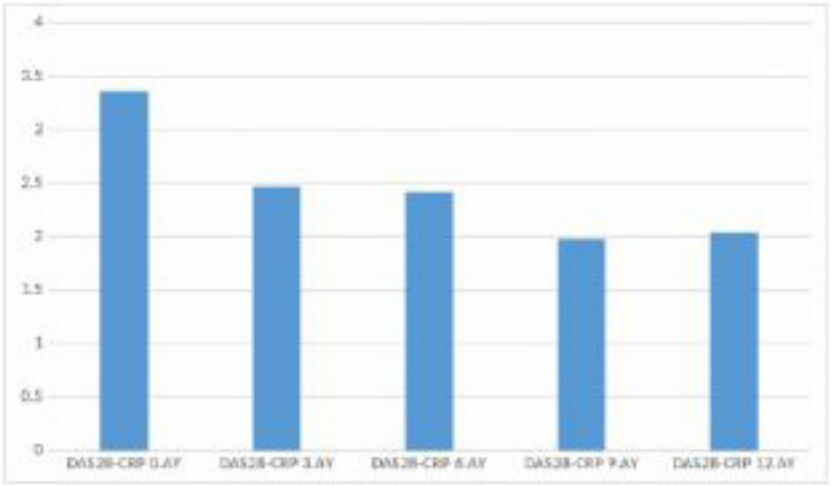
8) Oldroyd AGS, Symmons DPM, Sergeant JC, Kearsley-Fleet L, Watson K, LuntM, Hyrich KL (2018) Long-term persistence with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford) 57(6):1089–1096.

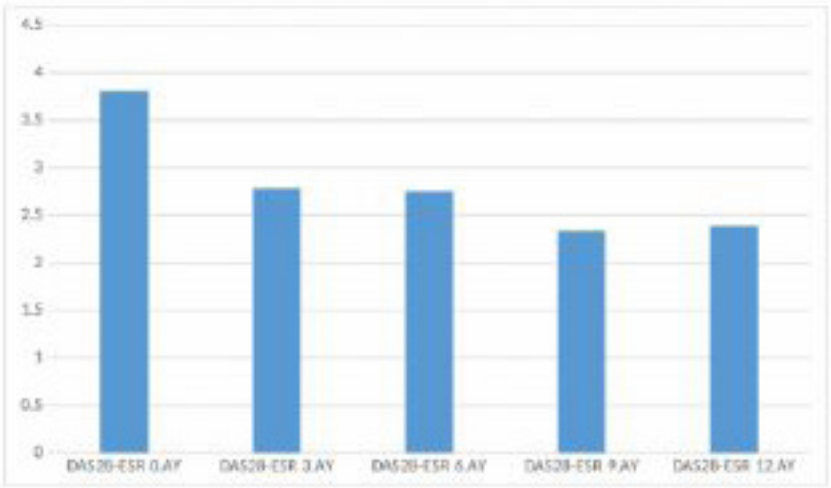
9) Rubbert-Roth A, Tak PP, Zerbini C, Tremblay JL, Carreno L, Armstrong G, Collinson N, Shaw TM (2010) Efficacy and safety of various repeat treatment dosing regimens of rituximab in patients with active rheumatoid arthritis: results of a phase III randomized study (MIRROR). Rheumatology (Oxford) 49(9):1683–1693.

10) Bredemeier M, de Oliveira FK, Rocha CM (2014) Low- versus high-dose rituximab for rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Care Res (Hoboken) 66(2):228–235.

ANAHTAR KELİMELER: Romatoid artrit, Rituksimab, düşük doz uygulama

Takip süresi içinde DAS28-CRP ve DAS28-ESR değişimleri





ROMATOİD ARTRİT [SS-21] ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA OSTEOSARKOPENİNİN KİNEZYOFOBİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Fatma Yıldız[1], Coşkun Zateri[1], Hatice Reşorlu[1], Erkan Melih Şahin[2]
[1]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Çanakkale*
[2]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Çanakkale*

AMAÇ: Romatoid artrit (RA), kronik inflamasyon ve iskelet sisteminin fonksiyonel kısıtlılığı ile ilişkili en sık görülen inflamatuar romatizmal hastalıktır. Klinik olarak osteopeni/osteoporoz ve sarkopeni sık karşılaşılan iki durumdur. RA, kronik ağrıyla giden hastalıklar içerisinde yer aldığı için bu hastalarda yüksek kinezyofobi düzeyi ve düşük yaşam kalitesi öngörülmektedir. Hastalığın mevcut durumuna osteosarkopeni eklenmesi ile bu durumun daha da artabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmamızın amacı, RA'lı hastalarda osteosarkopeni, kinezyofobi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmamız vaka-kontrol tipinde bir çalışma olup, tıpta uzmanlık tezi olarak Nisan-Ekim 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmamıza, 2010 ACR/EULAR sınıflama kriterlerine göre RA tanısı almış, 40-65 yaş aralığında, 50 hasta ve 40-65 yaş aralığında 50 kontrol olgu dâhil edildi. Tüm olguların demografik ve hastalıkla ilişkili bilgileri sorgulandı. Vücut empedans analizi (BIA, body impedance analyzer) ile vücut kompozisyonları değerlendirildi ve iskelet kas kütle indeksi (SMI) hesaplandı. Bunun yanında Jamar dinamometresi ile kas güçleri, kısa fiziksel performans bataryası (SPPB, short physical performance battery) ile fiziksel performansları değerlendirilerek Avrupa Yaşlılarda Sarkopeni Çalışma Grubu (EWGSOP) kriterlerine göre sarkopeni araştırıldı. Dual enerji X-ışını absorbsiyometrisi (DXA) ile osteoporoz durumları değerlendirildi. Hastaların kinezyofobi değerlendirmesinde Tampa kinezyofobi ölçeği kullanıldı. Yaşam kalitesi, kısa form-36 (SF-36) anketi ile değerlendirildi. Hastalık aktivite skoru-28 eritrosit sedimentasyon hızı (DAS28-ESH) ve C-reaktif protein (DAS28-CRP) ile hastalık aktivitesi değerlendirildi. Ağrı düzeyi görsel analog skalası (VAS) ile hastalığa bağlı fonksiyonel kısıtlılık ise sağlık değerlendirme anketi (HAQ) ile değerlendirildi.

Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında iki ortalama arasında farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Değişkenler arası korelasyonun incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Kinezyofobiye etki eden faktörler multiple regresyon analizi backward modeli ile analiz edildi. Çalışma için Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (karar no:2019-08). Çalışma süresince Helsinki Deklarasyonu ilkelerine sadık kalındı. Tüm olgulardan yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları için imza alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

BULGULAR: Çalışmamızda 50 hasta, 50 kontrol olgu yer almıştır. RA'lı hastalar arasında 12 (%24) kişide sarkopeni mevcuttu. Bunların 11 (%22)'inde hem osteopeni/osteoporoz hem de sarkopeni (osteosarkopeni), 1'inde (%2) ise sadece sarkopeni vardı. 27 (%54) kişide osteopeni/osteoporoz saptanırken 11 (%22) kişide ise ne osteopeni/osteoporoz ne de sarkopeni saptanmadı. Bu 11 kişi nonosteopenik/nonsarkopenik olarak gruplandırıldı. Kontrol grubunda ise osteosarkopenik sadece 1 (%2) hasta mevcuttu. 37 (%74) kişide osteopeni/osteoporoz mevcuttu. 12 (%24) kişide ise osteopeni/osteoporoz veya sarkopeni tespit edilmedi. Hasta ve kontrol grupları arasında osteosarkopeni, osteopeni/osteoporoz ve nonosteopeni/nonsarkopeni durumuna göre anlamlı farklılık saptandı (p=0,006). Tampa skoru ortalamalarına bakıldığında, hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kinezyofobi skorları daha yüksek saptandı (p<0,001). RA'lı hastalarda alt grupları (osteosarkopenik, osteopenik/osteoporotik, nonosteopenik/nonsarkopenik) arasında yapılan karşılaştırmalarda Tampa skoru ortalamaları osteosarkopenik grupta 48,27±4,83, osteopenik/osteoporotik grupta 42,92±5,52, nonosteopenik/nonsarkopenik grupta 41,27±6,37 olarak saptandı. Gruplar arasında Tampa skoru ortalamaları açısından anlamlı fark saptandı (p=0,007). RA'lı hasta alt grupları arasında SF-36 parametreleri bakımından osteosarkopeni grubunda nonosteopeni/nonsarkopeni grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmayan daha düşük skorlar saptandı (p>0,05). Tampa skoru ile el sıkma gücü (r: -0,321, p:0,023), SPPB skoru (r: -0,458 p: 0,001), HAQ skoru (r: 0,450 p:0,001) ve SF-36 alt parametrelerinin çoğu ile korelasyon saptandı. Yapılan regresyon analizinde Tampa skoruna etki eden faktörler içerisinde sarkopeninin (B=4,969, Beta=0,356, p=0,011) ve HAQ skorunun (B=3,364, Beta=0,378, p=0,006) kinezyofobi için anlamlı düzeyde pozitif yönlü açıklayıcı olduğu görüldü.

SONUÇ: Çalışmamızda RA'lı hastalarda kontrollere göre kinezyofobi düzeyi daha yüksek bulundu. Sarkopeninin ve HAQ skorunun kinezyofobi düzeyinin önemli belirleyicileri olduğu gösterildi. Kinezyofobinin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu görüldü. Bu çok yönlü etki nedeniyle kinezyofobi ve osteosarkopeni RA'da önemsenmelidir

ANAHTAR KELİMELER: Kinezyofobi, osteopeni, osteoporoz, romatoid artrit, sarkopeni, yaşam kalitesi

ROMATOİD ARTRİT [SS-23] ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA TİYOL/DİSÜLFİT DENGESİNİN HASTALIK AKTİVİTESİ VE PREKLİNİK ATEROSKLEROZ İLE İLİŞKİSİ

Münevver Serdaroğlu Beyazal[1], Medeni Arpa[2], Gül Devrimsel[1], Murat Yıldırım[1], Özcan Erel[3], Turan Erdoğan[4]
[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Rize*
[2]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Rize*
[3]*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Ankara*
[4]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Rize*

AMAÇ: Tiyoller sülfhidril grubu içeren önemli antioksidanlardır ve reaktif oksijen ürünlerine karşı savunmada önemli rol oynarlar. Bu çalışmanın amacı romatoid artritli (RA) hastalarda tiyol /disülfit dengesinin ve tiyol/disülfit dengesinin hastalık aktivitesi, preklinik ateroskleroz ve diğer hastalıkla ilişkili parametrelerle ilişkisinin değerlendirilmesi idi.

GEREÇ-YÖNTEM: Kardiyovasküler hastalık veya risk faktörüne sahip olmayan 64 romatoid hastası ve 46 sağlıklı gönüllü kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastalık aktivitesi, Hastalık Aktivite Skoru 28-eritrosit sedimentasyon hızı (DAS28-ESR) ile değerlendirildi. Tiyol/disülfid dengesi yeni otomatize bir metod ile değerlendirildi ve serum native tiyol (NT), total tiyol (TT) ve disülfid (SS) düzeyleri kaydedildi. Preklinik aterosklerozu değerlendirmek için karotis ultrasonografi ile karotis intima media kalınlığı (CIMT)ölçüldü.

BULGULAR: Ortalama serum NT ve TT düzeyleri sağlıklı kontrollere kıyaslandığı zaman RA'li hastalarda anlamlı şekilde daha düşük tespit edildi (231.7 ± 52.3 vs. 293.6 ± 74.8 μmol/L, $p < 0.001$; 271.6 ± 52.1 vs. 331.3 ± 68.2 μmol/L, $p < 0.001$, sırası ile). Serum disülfid düzeyleri arasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (p ⍰ 0.05). RA'li hastalarda NT ve TT düzeyleri ile ESR, C- reaktif protein, DAS28-ESR, fibrinojen düzeyleri ve anti-siklik sitrullinated peptid antikor titreleri arasında anlamlı ilişki tespit edildi (tümü için, $p < 0.05$). Aynı zamanda SS düzeyleri lipid paneli ile anlamlı ilişki gösterdi. Serum NT düzeyleri ile CIMT arasında anlamlı negatif ilişki tespit edildi.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları, kardioyovasküler hastalığa sahip olmayan RA'li hastaların bozulmuş tiyol/disülfid dengesine sahip olduğunu gösterdi. Anti-oksidatif savunma siteminin göstergesi olan tiyoller RA' li hastalarda sağlıklı kontrollere göre daha düşük seviyededir ve hastalık aktivitesi ve preklinik ateroskleroz ile ilişkilidir.

ANAHTAR KELİMELER: Romatoid artrit, oksidatif stres, preklinik ateroskleroz, karotis intima media kalınlığı, hastalık aktivitesi

ROMATOİD ARTRİT [SS-31] ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA KARDİYAK FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE SPECKLE TRACKİNG EKOKARDİYOGRAFİNİN ÖNEMİ

Müşerref Ebik[1], Nurettin Taştekin[1], Muhammet Gürdoğan[2], Mustafa Ebik[2], Murat Birtane[1], Hakan Emmungil[3], Barış Yılmazer[3], Necdet Süt[4]
[1]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Anabilim Dalı, Edirne*
[2]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Edirne*
[3]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne*
[4]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Edirne*

AMAÇ: Romatoid artrit (RA), kronik, progresif ön planda eklem artritini içeren ancak multi-sistemik tutulumun görüldüğü enflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada, RA hastalarında subklinik kardiyak disfonksiyonun belirlenmesinde speckle tracking ekokardiyografi yöntemi ile elde edilen katmana spesifik (endokardiyal, transmural ve epikardiyal) strain değerlerinin analiz edilmesi ve Disease Activity Score-28 (DAS-28) hastalık aktivite skoru, hastalık süresi ve anti siklik sitrüllenmiş peptid (anti-CCP) titreleriyle strain değerleri arasındaki korelasyonunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma 63 romatoid artrit hastası ve 31 sağlıklı katılımcı ile yapıldı. Hastalar hastalık sürelerine göre <5 yıl, 5-10 yıl ve >10 yıl olmak üzere gruplandırıldı. Total ağrı şiddetini değerlendirmek için vizüel analog skala kullanıldı. Hastalık aktivasyonunu belirlemek için DAS28-CRP ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Short Form-36 ölçeği uygulandı. Kan örnekleri alınarak C-reaktif protein (CRP), Anti-CCP, Romatoid Faktör (RF), N-terminal pro b-tipi natriüretik peptit (NT-proBNP) ve homosistein düzeyleri tespit edildi. M-mode, 2D, doku doppler ve speckle tracking ekokardiyografi ile endokardiyal, transmural ve epikardiyal strain değerleri analiz edildi.

BULGULAR: Gruplar laboratuvar verileri açısından karşılaştırıldığında RA hastalarının NT-proBNP değeri kontrol grubuna göre daha yüksekti (p=0.044), homosistein düzeyi benzerdi (p>0.05). Hastalık süresi arttıkça NT-proBNP düzeyinin arttığı saptandı (p>0.05). Gruplar konvansiyonel ekokardiyografik parameterler açısından karşılaştırıldığında RA ile kontrol grubunun ejeksiyon fraksiyonu benzerdi (p>0.05). E/A ve E/E' oranlarında anlamlı şekilde farklılık olduğu saptandı (p<0.001, p=0.015). Gruplar speckle tracking ekokardiyografi ile elde edilen endokardiyal, transmural ve epikardiyal GLS değerleri açısından karşılaştırıldığında endokardiyum, transmural ve epikardiyum GLS değerleri RA hastalarında daha düşüktü (p<0.05). Hastalık süresi arttıkça GLS değerlerinin daha kötü olduğu tespit edildi (p<0,05). RA hastalık aktivite skorları ile LV GLS değeri arasında anlamlı bir korelasyon vardı, artan hastalık aktivitesi seviyeleri daha kötü LV GLS ile ilişkiliydi (r=0.583, p<0.01 ve r=0.681, p<0.01 ve r=0.689, p<0,01) sırasıyla endokardiyum, transmural ve epikardiyum için verilmiştir. Anti-CCP, RF ile LV GLS değeri arasında anlamlı bir korelasyon vardı, yüksek Anti-CCP ve RF titreleri daha kötü LV GLS ile ilişkiliydi (r=0.467, p<0.01 ve r=0.509, p<0.01 ve r=0.551, p<0.01) sırasıyla endokardiyum, transmural ve epikardiyum için verilmiştir.

SONUÇ: RA hastalarında speckle tracking ekokardiyografi ile elde edilen katmana spesifik global longitudinal strain değerleri azalmış olarak saptanmıştır. Konvansiyonel yöntemler ile elde edilen ejeksiyon fraksiyonu değerlerinin azalmasından daha önce strain değerlerinin düştüğünün gösterildiği bu çalışma, yüksek DAS-28 skoru, uzun hastalık süresi, yüksek Anti-CCP ve RF titreleri olan RA hastalarında kardiyak disfonksiyonun erken belirlenmesinde klinisyene yol gösterici olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: 2D speckle tracking ekokardiyografi, hastalık süresi, layer specific global longitudinal strain, Romatoid artrit

Hasta ve kontrol gruplarının katman spesifik 2D Global longitudinal strain (GLS) değerlerinin karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	p*
GLS endokardiyum Ortalama±SS (Min-Maks)	23.98±1.84 (-20.90-26.40)	-23.29±1.59 (-19.80-25.10)	-21.71±1.93 (-18.70-26.90)	-24.95±0.73 (-23.50-26.80)	+: 0.000 β: 0.000 µ: 0.001
GLS transmural Ortalama±SS (Min-Maks)	-21.78±1.71 (-18.70-24.10)	-21.20±1.66 (-17.20-23.40)	-19.85±1.50 (-16.70-22.70)	-22.98±1.17 (-21.00-25.10)	+: 0.001 δ: 0.020 †:0.017 µ: 0.001 β: 0.000
GLS epikardiyum Ortalama±SS (Min-Maks)	-20.05±2.02 (-16.80-22.80)	-19.23±1.77 (-14.80-21.80)	-17.98±1.38 (-14.80-19.70)	-20.83±0.70 (-19.80-22.40)	δ: 0.023 β: 0.000 +: 0.000 µ: 0.001

*SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum, ˣ:1-2, δ: 2-3, β:3-4, +:1-3, †:1-4, µ:2-4, Grup 1: <5 yıl, Grup 2: 5-10 yıl, Grup 3:>10 yıl, GLS: Global longitudinal strain, *: Kruskal Wallis testi.*

ROMATOİD ARTRİT [SS-74] ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA FRAX'A GÖRE OSTEOPOROTİK KIRIK RİSKİ DEĞERLENDİRMESİ

Mine Kantar[1], Ayhan Kamanlı[1], İbrahim Tekeoğlu[1], Kemal Nas[1], Cengiz Kantar[2], Halil Harman[3]
[1]*Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR AD. Romatoloji BD*
[2]*Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Ortopedi Kliniği*
[3]*Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi, Romatoloji kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Bu çalışmada,romatoidartritli (RA) hastaların DEXA ile kemik mineral yoğunluklarını (KMY) değerlendirmek, FRAX anketi ile kırık risklerini belirlemek, kemik kaybı ve kırık riskine etki eden faktörleri ortaya koymak amaçlandı.

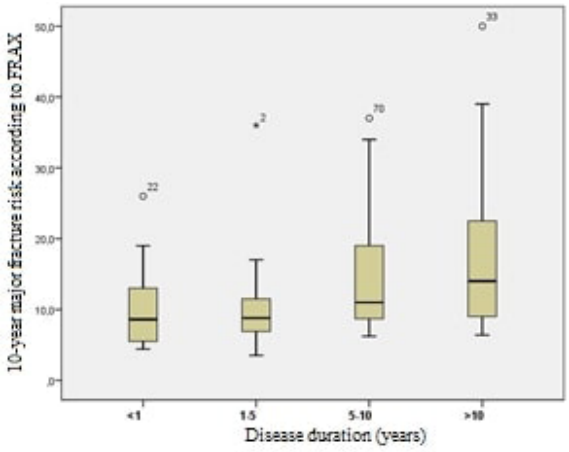
GEREÇ VE YÖNTEM:Çalışmaya 95 RA'lı hasta alındı. Hastaların demografik özellikleri, DAS28-CRP ve HAQ skorları kaydedildi. SF-36 ve FRAX anketleri sorgulandı. Kemik yoğunluğu lomber bölge ve sağ femurdan DEXA (Hologicexplorer-S/N 90763) kullanılarak, L1–4, sağ femur boyun, trokanter, wards ve total kemik mineral yoğunluğu değerleri, T, Z skorları kaydedildi. FRAX hesaplama aracı ile kırık riskleri hesaplandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 59,8 ± 9,6, hastalık süresi 10,61 ± 9,83 yıl idi. Hastaların % 34,73'ü osteoporotik, % 44,21'i osteopenikti. FRAX'a göre 10 yıllık major kırık riski ortalaması 13,78 ± 9,11, kalça kırık riski ortalaması 4,76 ± 6,88 olarak hesaplandı. Femoral KMY; yaş, geçirilmiş kırık, ebeveynde geçirilmiş kalça kırığı, hastalık süresi, steroid kullanım süresi ile negatif, VKİ ile pozitif yönde ilişkili bulunurken, lombervertebral KMY sadece VKİ ile pozitif yönde ilişkili bulundu. Major ve kalça kırık riski; yaş, hastalık süresi,steroid kullanım süresi, kümülatifsteroid dozu, fonksiyonel durum ve HAQ skoru ile pozitif yönde, lombervertebral ve femoralKMY'ler ile negatif yönde ilişkili bulundu. Ayrıca major kırık riski kadın cinsiyet ile de pozitif yönde ilişkiliydi. Çoklu lineer regresyon analizinde ise hem major hem de kalça kırık riski için en anlamlı prediktif faktörün hastalık süresi olduğu bulundu.

SONUÇ:RA'lı hastalarda osteoporotik kırık riskini değerlendirmede kısıtlılıkları olmakla birlikte FRAX anketinin kullanışlı ve pratik yeni tedavi rehberleri ışığında osteoporoz tedavisine başlama kararında yol gösterici olacağı ve rutin uygulamalar arasına konulması gerektiği görüşüne varıldı.

ANAHTAR KELİMELER: FRAX, Kemik mineral yoğunluğu, Kırık riski, Osteoporoz, Romatoid Artrit

RA'lı hasta grubumuzda Frax'a göre 10 yıllık major kırık riski



FRAX anketi parametreleri

Geçirilmiş kırık, %	25,3
Vertebra, %	11,6
Kalça, %	4,2
Diğer, %	9,5
Ebeveynlerde kalça kırığı, %	3,2
Sigara kullanımı, %	13,7
Steroid kullanımı, %	89,5
Sekonder osteoporoz, %	15,8
Alkol kullanımı, %	0
Major kırık riski >= 20, % (n)	15,7 (15)
Kalça kırık riski >= 3, % (n)	40 (38)

RA'lı Hastaların klinik özellikleri (ort ± SD)

Yaş (yıl)	59,83 ± 9,62
Cinsiyet (K/E)	88/7
VKİ (kg/m2)	29,07 ± 4,89
Hastalık süresi (yıl)	10,61 ± 9,83
DAS28-CRP	2,87 ± 1,19
Hassas eklem sayısı	3,24 ± 4,55
Şiş eklem sayısı	0,43 ± 0,32
HAQ skor	11,89 ± 10,94
SF-36 total skor	61,64 ± 17,13

AUTHORTOEDITOR: Bu çalışma orijinal ve eğiticidir, Klinik pratiğe katkı sunmaktadır

ROMATOİD ARTRİT [SS-25] ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA TOSİLİZUMAB KULLANIMI İLE EOZİNOFİL SAYISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Elem Yorulmaz, Duygu Geler Külcü
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul

AMAÇ: Tosilizumab monoklonal IL-6 reseptör antagonistidir ve Romatoid Artrit (RA) tedavisinde etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Son dönemde literatürde tosilizumab ile indüklenmiş eozinofili vakalarına rastlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı tosilizumab kullanan hastaların eozinofil düzeylerini hastalık modifiye eden ilaç (DMARD) kullanan hastalar ile karşılaştırmak ve tosilizumab tedavisinde özellikle erken dönemde eozinofil düzeylerindeki değişiklikleri değerlendirmektir.

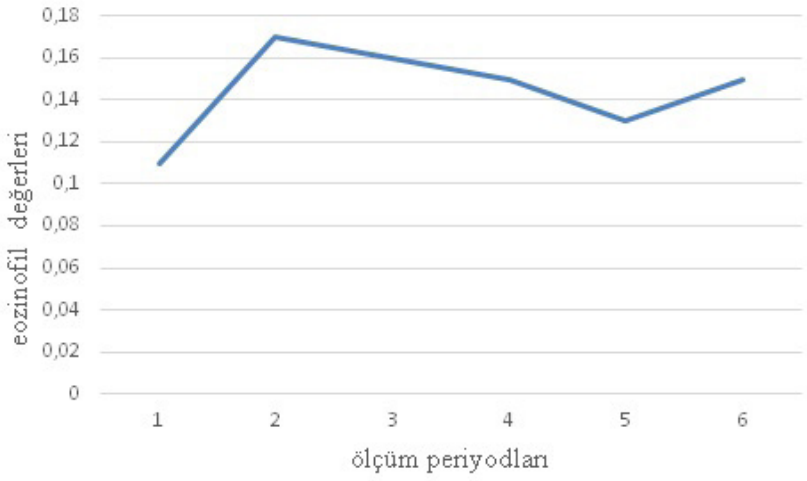
GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya DMARD ve tosilizumab tedavisi alan 35 RA (2 erkek, 33 kadın) hastası dahil edildi. Retrospektif olarak hasta dosyalarından yaş ve hastalık süreleri, serum C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) düzeyleri, lökosit, nötrofil, lenfosit, eozinofil ve trombosit sayıları ile nötrofil, lenfosit ve eozinofil yüzdeleri kayıt edildi. Nötrofil-lenfosit oranı (NLO), platelet-lenfosit oranı (PLO) hesaplandı. DAS28 sonuçları kayıt edildi. Gruplar MannWhitney U testi ve ki kare testi ile karşılaştırıldı. Tosilizumab grubunda eozinofil sayısı ve yüzdesi ile DAS28 değerlerinin 0, 3, 6, 12, 24. aylarındaki (tedavi süresine göre) değişimi Friedman testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 58,09 (29-89) yıl, hastalık süresi 122,77 (3-336) ay idi. %51,4 (n:18) hasta DMARD, %48,6 (n:17) hasta tosilizumab almaktaydı. DMARD tedavisi alan grupta 8 hasta metotreksat, 4 hasta leflunomid, 2 hasta metotreksat+leflunomid, 2 hasta metotreksat+hidroksiklorokin, 1 hasta sülfasalazin+hidroksiklorokin, 1 hasta da sadece hidroksiklorokin tedavisi almaktaydı. Her iki grupta da 6 hasta mevcut tedavisine ek olarak kortikosteroid kullanmaktaydı. Kortikosteroid tedavisi alan hasta sayısı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Tosilizumab alan grubun tedavi süresi 21,29±18,67 (1-61) ay olarak tespit edildi. Bu gruptaki hastaların %35,3'ü (n:6) daha önce bir anti-TNF tedavi almıştı. Her iki grup tüm parametreler açısından karşılaştırıldığında sadece ESR değerleri DMARD grubunda anlamlı olarak yüksekti. Grup karşılaştırmaları Tablo-1'de görülmektedir. Tosilizumab grubunda tekrarlayan ölçümlerde eozinofil sayıları ve yüzdeleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,053$ ve $p=0.393$) (Grafik-1).

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları Tosilizumab grubunda hastalık aktivite kriterlerinin DMARD grubu ile benzer olduğunu göstermektedir. DMARD grubundaki ESR yüksekliğinin de grubun yaş ortalamasının daha yüksek olmasına bağlı olabileceği kanaatindeyiz. Her iki grup da hastalık remisyon kriterlerini karşılamış görünmektedir. Kısa ortalama kullanım süresi düşünüldüğünde Tosilizumab, RA hastalık aktivitesinin kontrolünde oldukça etkindir. DAS28 tekrarlı ölçümlerinde birinci aydan itibaren belirgin iyileşme başladığı görülmektedir. Tosilizumab grubunda eozinofil sayı ve yüzdesi açısından anlamlı düzeye ulaşmasa da tekrarlayan ölçümlerde fark olduğu ve bu farkın ilk aylarda yükselme eğilimi yönünde olduğu görülmektedir. Daha fazla sayıda hasta ile prospektif olarak planlanmış çalışmalar ile bu farklılık anlamlı düzeyde saptanabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Romatoid artrit, tosilizumab, eozinofil

Tosilizumab grubunda eozinofil değerlerinin zaman içinde değişimi



DMARD ve Tosilizumab tedavisi alan RA'lı hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuvar bulguları

	DMARD	Tosilizumab	
	Ort±SS (Min-Maks) (Median)	Ort±SS (Min-Maks) (Median)	p
Yaş (yıl)	58,22±11,30 (43-89) (57)	57,94±9,76 (29-70) (61)	0,463
Hastalık süresi (ay)	100,83±85,29 (3-336) (72,50)	146±88,03 (24-312) (133)	0,089
ESR(mm/sa)	28,11±18,80 (3-56) (28,50)	15,71±17,58 (2-59) (8)	0,041
CRP (mg/dl)	0,81±0,68 (0,20-2,30) (0,65)	0,54±0,61 (0,20-2,10) (0,20)	0,173
Lökosit sayısı (10^3xhücre/mm^3)	7,49±2,40 (3,33-12,66) (6,83)	7,46±2,84 (3,03-14,32) (7,13)	0,832
Nötrofil sayısı (10^3xhücre/mm^3)	4,53±1,61 (1,98-7,95) (4,35)	4,71±2,32 (1,06-11,54) (4,59)	0,961
Nötrofil yüzdesi	60,10±6,95 (48,40-74,70) (59,45)	62,46±8,26 (50-80,74) (63,70)	0,503
Lenfosit sayısı (10^3xhücre/mm^3)	2,26±0,94 (0,95-4,72) (2,16)	1,95±0,75 (1,02-3,98) (1,71)	0,318
Lenfosit yüzdesi	30,37±7,58 (16,50-42,10) (30,65)	27,91±7,28 (11,90-40,70) (27,90)	0,335
Eozinofil sayısı (10^3xhücre/mm^3)	0,21±0,11 (0,08-0,54) (0,17)	0,17±0,09 (0,05-0,32) (0,17)	0,386
Eozinofil yüzdesi	2,68±0,89 (1,50-4,40) (2,5)	2,40±1,20 (0,90-4,40) (2,3)	0,335
Trombosit sayısı (10^3xhücre/mm^3)	271,72±50,49 (174-355) (275,50)	268,06±95,52 (142-557) (251)	0,273
Nötrofil-Lenfosit Oranı	2,20±0,94 (1,17-4,32) (1,96)	2,57±1,35 (1,04-6,75) (2,59)	0,463
Platelet-Lenfosit Oranı	137,84±54,66 (59,11-274,02) (137,26)	153,70±77,58 (59,30-341,18) (136,84)	0,909
DAS28 skoru	3,34±2,36 (0,77-11,78) (2,90)	2,95±1,55 (0,50-6,27) (2,68)	0,757

ROMATOİD ARTRİT [SS-87] ROMATOİD ARTRİT (RA) HASTALARINDA ADAMTS-4 PROTEİN EKSPRESYONUNUN ROLÜ VE ÖNEMİ

Murat Baloğlu[1], Şeyhmus Yiğit[2], Engin Deveci[3]
[1]*Sbü Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği,Diyarbakır*
[2]*Dicle Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,Diyarbakır*
[3]*Dicle Üniversitesi Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı,Diyarbakır*

AMAÇ: Romatoid artrit(RA)eklemlerde sinovyal sıvı birikmesine sinovyumun iltihaplanmasına, ağrı ve şişmeye neden olan kronik, inflamatuar bir hastalıktır(1). Bu çalışmada, RA'lı hastalarda ADAMTS-4 proteinin proinflamatuvar sitokinlerin indüklemesi sonucunda hücre dışı matriksinin bozulmasında ve artritteki kıkırdak kaybındaki rolünün araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Kliniğimizde takip edilmekte olan ACR tanı kriterlerine göre RA tanısı almış 20 hasta ve 20 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 40 kadın çalışmaya alındı. Hastaların yaşları ve hastalık süreleri kaydedildi.Her iki grupta da rutin biyokimyasal tetkikler, hemogram,RF,ESH, CRP, anti-CCP,α1- antitripsin ve fibrinojen değerlerine bakıldı.Aktif RA'lı hastaların diz ekleminden artro sentezle sinoviyal sıvı aspire edildi.Sinoviyal sıvı santrifüj edildi ve süpernatan kısmı atıldı ve % 10'luk nötral formalin solüsyonu 1:3 oranında tüpe eklendi. 2 saatlik fiksasyon aşamasından sonra berrak süpernatan kısmı atıldı. Tüp filtre kağıdı üzerine baş aşağı çevirilerek fazla sıvı uzaklaştırıldı. Herbir blok için filtre kağıdı, doku kasetleri ve eosin boyama hazırlandı.Çökelti spatula yardımı ile filtre kağıdı üzerine alındı. Eosin boya Pasteur pipet yardımıyla çökelti üzerine damlatıldı. Çökelti kırmızı renkli görünüm alınca filtre kağıdı ile beraber kaset içine yerleştirildi ve kaset içerisinde fiksasyon ve doku takibine alındı, Örneklerin rutin histolojik takipleri yapıldıktan sonra parafine gömüldü ve mikrotom 5µm kalınlığında kesitleri alındı.İmmunohistokimyasal analiz için ADAMTS-4 primer antikoru kullanıldı. Kesitlerin ışık mikroskobu ile fotoğrafları çekildi ve değerlendirildi.

BULGULAR: RA'lı hastadan alınan sinoviyal sıvı örneğinde ekstrasellüler matriks alanlarında yoğun lökositer hücreler ile bağ doku hücrelerinde dejeneratif değişikler gözlendi Polimorf nukleuslu hücrelerde ve fibroblast hücrelerinde ADAMTS-4 ekspresyonunda önemli bir artış görüldü.

Matriks metalloproteinazlar, hücre dışı matriks degradasyonunun bozunmasını başlatarak patolojik süreçler sırasında dokunun yeniden biçimlenmesinde önemli bir rol oynayan proteolitik enzimlerdir.ADAMTS-4 ve -5 insan Osteoatritlerin de yüksek oranda eksprese edilir ve kıkırdak yapının bozulmasında her iki molekülde katkıda bulunur(2).Kültürlenmiş kıkırdak eksplantlarında ADAMTS-4 ekspresyonunu yukarı doğru regüle eden IL-1, TNF-a, oncostatin-M (OSM) ve TGF(Tümör Growt Faktör) görülebilir. (3,4) Baloğlu M ve Gökalp E yaptıkları çalışmada menisküs yırtığında bayan ve erkek hastaların sinoviyal sıvılarını incelemiş olup osteoatrit hasarını belirten sinoviyal hücre, nötrofil ve makrofaj hücrelerinde NF-kβ ekspresyonun belirgin olduğu, proenflamatuvar reaksiyonun işareti sayılan bu sinyal yolağının sitokin aktivitesini tetiklediği ve apoptotik değişimleri hızlandırdığı düşünmüşlerdir(5).

SONUÇ: Lökositer hücrelerde sitokinlerin ekspresyonunun artması fibroblast hücreleri, kondrojenik ve osteojenik hücreler gibi sentez yapan hücreleri yıkıma uğratarak ADAMTS-4 aktivitesinin artmasına ve bunun sonucunda ekstrasellüler matriks yapının bozulmasına neden olmuştur.Romatoid artrit etiyolojinde eklem sıvısı içindeki hücrelerde ADAMTS protein aktivitesinin izlenmesi hastalığın tedavisinin seyri esnasında önemli bir belirteç olabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1-Dilek Keskin,Göksal Keskin,Ali İnal,Ali Şengül,Romatoid Artrit ve Osteoartritli Hastaların Plazma ve Sinovyal Sıvılarında C5a Düzeyi, Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2008;28(2):133-6

2-Edward A. Lin1, Chuan-Ju Liu The role of ADAMTSs in arthritis. Protein & Cell 2010, 1(1): 33–47

3-Bau, B., Gebhard, P.M., Haag, J., Knorr, T., Bartnik, E., and Aigner, T. (2002). Relative messenger RNA expression profiling of collagenases and aggrecanases in human articular chondrocytes in vivo and in vitro. Arthritis Rheum 46, 2648–2657

4-Tortorella, M., Pratta, M., Liu, R.Q., Abbaszade, I., Ross, H., Burn, T., and Arner, E. (2000a). The thrombospondin motif of aggrecanase1 (ADAMTS-4) is critical for aggrecan substrate recognition and cleavage. J Biol Chem 275, 25791–25797.

5- Murat Baloğlu 1, Ebru Gökalp Özkorkmaz. Menisküs Yırtığı Hastalarının Sinoviyal Hücrelerinde Matriks Metalloprotein-2 ve NF-Kβ Protein Ekspresyonu. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 6, Sayı 4,209-214

ANAHTAR KELİMELER: ADAMTS-4, ekstrasellüler matriks, Romatoid artrit

ROMATOİD ARTRİT [SS-106] PSÖRİAZİS TANILI HASTADA GELİŞEN BAKER KİST RÜPTÜRÜ, ARTRİT SONUCU MU?

Mehmet Serhat Topaloğlu, Şeyma Diyarbakır

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Rize

AMAÇ: Baker kisti, popliteal fossada gastroknemius medial başı ve semimembranosus tendonları arasındaki bursanın sıvı ile dolu kistik oluşumudur. Popliteal fossanın medial kısmında düzgün yüzeyli, yuvarlak, fluktuasyon veren bir kitle şeklinde karşımıza gelir. Popliteal kistlerin büyük bir kısmı sekonder popliteal kistlerdir. Eklemde oluşan bir patolojiye bağlı olarak artmış eklem sıvısı buradaki bursayı genişletir ve sekonder kiste sebep olur. Burada psöriazisin diz eklem tutuluma bağlı oluşan sekonder baker kistinin rüptürü olgusu sunulacaktır.

OLGU: 40 yaşında kadın hasta, 1 hafta önce başlayan sağ dizde ağrı, sağ diz arkasında şişlik ve baldıra inen ağrı ve baldırda şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Sağ diz arkasındaki şişliğin 2 gün önce azalıp, ağrı ve şişliğin baldır arkasından topuğuna kadar indiğini ve baldırda gerginlik hissi oluştuğunu ifade etti. Hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Özgeçmişinde 2014 yılında psöriazis (sedef hastalığı) tanısı aldığı öğrenildi. Bunun dışında özellik yoktu. Romatolojik sorgulamada psöriatik cilt döküntüleri dışında özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde arteriyel tansiyon 115/70 ve nabız 70 olarak ölçüldü. Ateş: 36.5 °C idi. Sağ diz eklem hareket açıklığı (EHA) kısıtlı ve hareket sonu ağrılıydı. Sağ dizde kızarıklık yoktu, ısı artışı yoktu ve dizi şiş görünümde idi. Palpasyonla dizde hassasiyet mevcuttu. Patella şoku testi pozitifdi. Bunun dışında başka herhangi bir ekleminde şikayeti yoktu. Sağ bacak çapı sol bacağa göre artmış olarak tespit edildi. Sağ bacakda homans testi pozitifdi. Psöriatik cilt döküntüleri mevcuttu. Cilt döküntülerinin saçlı deri, tırnak, diz ve dirseklerde yoğunlaştığı görüldü. Hastanın pelvis ve diz röntgenleri çekildi. Normal olarak değerlendirildi. Hastanın yapılan laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 11,9 g/dl, trombosit: 334 K/uL, lokosit: 8.78 K/uL, kreatinin: 0,81 mg/dl, sedimantasyon: 25 mm/saat, C-reaktif protein: 19.35 mg/L, romatoid faktör negatif, anti ccp negatif, tam idrar tetkiki normal olarak saptandı. ENA profili negatif idi. Brucella negatif, hepatit paneli negatifdi. Hastada derin ven trombozunu (DVT) ekarte etmek için sağ alt ekstremite arteriyel ve venöz doppler usg çekildi. Usg sonucu DVT saptanmadı, yumuşak doku planlarında efüzyon ile uyumlu görüntü şeklinde rapor edildi. Hastaya sağ diz MR ve baldır MR çekildi. MR sonucu baker kist rüptürü ile uyumlu olarak rapor edildi. Aynı zamanda sağ dizde suprapatellar bursada orta şiddette efüzyon rapor edildi. Hastaya baker kist rüptürü tanısı ile meloksikam 15 mg 1x1 başlandı. Soğuk uygulama ve bacak elevasyonu önerildi. 1 hafta sonra kontrole gelen hastanın şikayetlerinde azalma yoktu ve sağ dizindeki ağrının arttığını söyledi. Hastadan alınan anamnezde kendisine reçete edilen ilacı düzenli kullanamadığı öğrenildi. Yapılan 2. fizik muayenede sağ baldır şiş ve cildi gergin görünümde idi. Ortopedi ile konsülte edilip kompartman sendromu ekarte edildi. Sağ dizdeki şişliğin bir önceki muayeneye göre arttığı görüldü. Bunun üzerine sağ dize ponksiyon yapıldı. Ponksiyon sonucu 45 cc efüzyon boşaltıldı. Boşaltılan sıvı inflamatuar görünümde idi. Eklem sıvısı laboratuvar analizine gönderildi. Diz eklem sıvısının analizinde gram boyama negatif, ARB boyama negatif, hücre sayımında 14.400 lökosit (%90 PMNL), eklem sıvısı kültüründe üreme olmadı. Mevcut labaratuvar ve klinik bulgular sonucu hastaya psöriatik artrit (psa) + baker kist rüptürü tanısı kondu. Sağ dize triamsinolon heksasetonit enjeksiyonu yapıldı. 1 hafta sonra yapılan kontrolde sağ diz EHA tamdı ve ağrısı tamamen düzelmişti. Şişlik yoktu. Her iki baldır çapı eşit olarak ölçüldü. Hastaya psa tanısı ile metotreksat başlanması önerildi ancak COVİD-19 pandemisi çekincesinden dolayı hasta metotreksata başlamak istemedi. Hastanın 2. hafta kontrollerinde ek bir şikayeti yoktu. Hastanın rutin kontrolleri devam etmektedir.

SONUÇ: Sekonder baker kistleri, diz ekleminin dejeneratif ve inflamatuvar artritleri (romatoid artrit, osteoartrit, juvenil romatoid artrit, psöriatik artrit vs), menisküs yırtıkları, pigmente villonodüler sinovit, kondromalazi patella, ön çapraz bağ yırtığı ve yetmezliği gibi diz ekleminde efüzyona yol açan eklem içi patolojilere ve travmaya bağlı olarak ortaya çıkabilir. Baker kisti rüptüre olduğunda psödotromboflebitik sendroma neden olup DVT ile karışabilir. Ayrıca tanıda DVT, popliteal arter anevrizması, popliteal varisler, sinoviyal hemanjiom, solid kitleler, ganglion kistleri ve hematom değerlendirilmelidir. Tedavide ilk olarak konservatif yöntemler denenmeli eğer konservatif yöntemler işe yaramaz ve kist büyük ve semptomatik ise cerrahi eksizyon ve ayrıca altta yatan patolojinin tedavi edilmesi gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Baker kisti, Psöriazis, Rüptür, Triamsinolon heksasetonit

ROMATOİD ARTRİT [SS-120] PSÖRİATİK ARTRİT HASTALARINDA NÖROPATİK AĞRI VE KLİNİK BULGULARLA İLİŞKİSİ

Mazlum Serdar Akaltun
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Kronik inflamatuar hastalıklarda ağrı hastalığın önemli bir komponentidir. Son yıllarda kronik ağrının semptomdan ziyade ayrı bir hastalık olduğuna dair kanıtlar artmaktadır. Romatizmal hastalıklarda kronik ağrının, nosiseptif ağrının yanı sıra santral ve periferal sensitizasyonun da eşlik ettiği mix ağrı paterni olduğu düşünülmektedir. Daha önceki çalışmalarda Romatoid artrit, Ankilozan Spondilit gibi bir çok romatizmal hastalıkta nöropatik ağrının rol oynayabileceği gösterilmiştir. Psöriatik artrit (PsA), kronik inflamatuar bir hastalık olup santral sensitizasyon mekanizmalarının hastalık patogenezinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı PsA hastalarında nöropatik ağrı sıklığını ve bu ağrının klinik parametreler üzerine olası etkilerini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya CASPAR kriterlerine göre tanı alan 60 PsA hastası dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo gibi sosyodemografik verileri sorgulanıp, kaydedildi. Hasta dosyalarından Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH), C-Reaktif Protein (CRP) düzeyleri kaydedildi. Hastaların ağrı düzeyi Vizüel Analog Skala (VAS) ile, hastalık aktivitesi Disease Activity Score-28 (DAS-28), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) ile değerlendirildi. Hastaların yaşam kalitesi Health Assesment Questionnaire (HAQ) ile nöropatik ağrı varlığı PainDetect ölçeği ile değerlendirildi. PainDetect ölçeği sonuçlarına göre kişiler olası olmayan nöropatik ağrı, olası nöropatik ağrı ve nöropatik ağrı olarak gruplandı.

BULGULAR:: Çalışmaya dahil edilen PsA hastalarının 35'i (%58.3) kadın, 25'i (%31.6) erkekti. PsA hastalarının ortalama hastalık süresi 107±30 aydı. PsA hastalarının 13'ünde (%21.6) nöropatik ağrı mevcut iken, 17'sinde (%28.3) olası nöropatik ağrı mevcuttu. 30 hastada ise nöropatik ağrı saptanmadı. Nöropatik ağrı olan hasta grubunda BASDAI ve DAS-28 skorlarında anlamlı yükseklik saptandı ($p<0.05$). Nöropatik ağrı varlığı ile ESH, CRP, hastalık süresi, sosyodemografik veriler arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ: Bu çalışmada PsA hastalarında nöropatik ağrının sık görülen bir problem olduğu ve hastalık aktvitesi ile yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini tespit ettik. Bu sonuçlar, PsA hastalarında santral ağrı mekanizmalarının rol oynayabileceğini ve tedavi planlaması yaparken nöropatik ağrının göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Ağrı mekanizmasını açıklamak ve ilişkiyi daha net ortaya koymak için hasta sayısı yüksek, kontrol grubunun olduğu, görüntüleme yöntemlerinin de değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Kronik ağrı, nöropatik ağrı, psöriatik artrit

ROMATOİD ARTRİT [SS-102] AKUT OLİGOARTRİTLE BAŞVURAN COVID-19 OLGUSU

Dilek Tezcan, Semral Gülcemal, Selda Hakbilen, Sema Yılmaz
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ: SARS-COV2, SARS koronavirüse benzer bir reseptör bağlayıcı gen yapısına sahip olduğu gösterilen bir RNA beta koronavirüsüdür. COVID-19, Wuhan, Çin'de başlayan ve ilk olarak 2019'da bulunan koronavirüs hastalığının kısaltmasıdır. COVID-19 belirtileri ve semptomları hafif bir solunum yolu enfeksiyonundan ateş, öksürük ve bilateral pnömoniye kadar değişir. SARS-CoV-2'nin, kardiyovasküler, nörolojik ve dermatolojik sekeller dahil olmak üzere bir dizi akciğer dışı komplikasyona neden olduğu bilinmektedir. Artralji ve miyalji yaygın semptomlar arasındadır. López-González ve arkadaşları COVID-19 semptomları ile başvuran akut artrit vakaları bildirdiler; yazarlar, raporlarındaki dört akut artrit vakasının hepsinin gut alevlenmeleri veya kalsiyum pirofosfat birikim hastalığına bağlı olduğu sonucuna varmışlardır.Bu olgu, akut oligoartritle başvuran COVID-19 vakası olup nadir bir prezentasyon olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: 45 yaşında bayan hasta, 2 gün önce başlayan, yaygın eklem ağrısı, halsizlik, ayak bileklerinde şişlik ve ateş şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen sistemik ve romatolojik bir hastalığı yoktu. Fizik muayenede kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal ve genitoüriner sistem muayeneleri normaldi. Sıcaklık 38,5 ° C, nabız 90/dk, kan basıncı 100/70 mm Hg, solunum hızı 22/dk ve ortam havasında oksijen satürasyonu % 95 idi. Romatolojik muayenesinde her iki ayak bileğinde artrit ve metatarsofalangial eklemlerde hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:5,500 K/ul,Hg:12 g/dl, PLT:193.000 K/ul, kreatinin:0.81 mg/dl (0.51-0.95) ALT: 11 U/l (N:0-55), CRP:105 mg/dl(N:0-8), ESR:31 mm /s saptandı. D-dimer ve prokalsitonin normal sınırlar içinde bulundu. Antinükleer antikorlar, romatoid faktör, antisiklik sitrüline peptid antikorları, hepatit B virüsü yüzey antijeni, antihepatit C virüsü antikorları ve anti-insan immün yetmezlik virüsü antikorları negatifti. Radyolojik incelemede eklemlerde eroziv değişiklikler gözlenmedi. Hastanın 1 hafta önce babasında ve 3 gün önce annesinde Covid 19 nedeniyle hastaneye yatış ve hastanın yakın temas öyküsü olması üzerine hasta enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi. Nazofaringeal ve orofaringeal sürüntülerden SARS - CoV - 2 için tekrarlanan polimeraz zincir reaksiyon testi pozitif saptandı. Çekilen toraks BT 'sinde her iki akciğerde buzlu cam tarzında dansite artışları saptandı. Hastaya COVID 19 tedavisi verildi. Takipte, nazofarengeal ve orofaringeal sürüntüler COVID-19 için negatifti. Hastanın akut faz reaktanları geriledi. Hastanın poliklinik takipleri sırasında artriti tekrarlamadı.

TARTIŞMA: Bu olgumuzda COVİD 19 tanısı ile eş zamanlı başlayan oligoartrit vakası sunduk. Covid 19 enfeksiyonun semptomları arasında artrtitte olabileceğini paylaşmak istedik. Viral artrit genellikle akut başlangıçlı bir poliartiküler artrit ile kendini gösterir ve parvovirüs, alfavirüsler, hepatit B, hepatit C, Epstein-Barr virüsü (EBV), Zika virüsü ve chikungunya virüsü ile iyi bir şekilde belgelenmiştir. SARS-CoV2 virüsü ile oligoartrit arasındaki ilişkiyi keşfetmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: COVID-19, oligoartrit

AUTHORTOEDITOR: İlginiz için teşekkürler.

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-04] INVESTIGATION OF CHROMOSOME/ OXIDATIVE DNA DAMAGE USING CYTOKINESIS-BLOCK MICRONUCLEUS CYTOME (CBMN-CYT) ASSAY IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Funda Kıranatlıoğlu Fırat[1], Hüseyin Demir[2], Hamiyet Dönmez Altuntaş[3], İsa Cüce[2], Fahri Bayram[4]
[1]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kayseri State Hospital, Kayseri, Turkey*
[2]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, Erciyes University, Kayseri, Turkey*
[3]*Department of Medical Biology, Medical Faculty, Erciyes University, Kayseri, Turkey*
[4]*Department of Endocrinology and Metabolism, Faculty of Medicine, Erciyes University, Kayseri, Turkey*

OBJECTIVE: Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease of unknown etiology, characterized by sacroiliitis and spondylitis. Oxidative stress, most probably in relation to inflammation, has been found higher levels in individuals with AS compared to healthy controls and suggested as a contributing factor to pathogenesis of disease. The excessive production of reactive oxygen species (ROS) mediated oxidative stress may also lead to DNA damage, increasing to risk of mutations. In the present study, we aimed to investigate chromosome/oxidative DNA damage using the cytokinesis-block micronucleus cytome (CBMN-cyt) assay and levels of 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine (8-OHdG) in patients with AS.

MATERIALS-METHODS: Twenty-five patients diagnosed with AS and 25 age-sex matched healthy controls were included in this study. Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index (BASDAI) was calculated for disease activity. For each participant, 1000 binuclear (BN) cells were counted. BN cell frequencies (%) with MN, nuclear bud (NBUD) and nucleoplasmic bridge (NPB) were recorded to determine chromosomal DNA damage. In order to determine cell proliferation, BN and multinuclear cells were scored and metaphase number (%), cell frequency with BN (%), nuclear division index (NDI) values were calculated. 8-hydroxydeoxyguanosine (8-OHdG) levels used for detecting oxidative DNA damage were measured in plasma using an ELISA kit.

RESULTS: While MN frequency, NPB, NBUD, and 8-OHdG levels were significantly higher in the AS group compared to controls ($p<0.001$, $p<0.05$, $p<0.01$ and $p<0.001$, respectively); the number of metaphase, BN cell frequency and NDI values were found to be significantly lower than in the controls ($p<0.01$, $p<0.001$ and $p<0.001$, respectively) (Table 1). However, we observed no statistically significant difference in patients with HLA-B27 positive or negative, and in patients with a positive or negative family history of AS in terms of these parameters. In addition, when DNA and chromosome damage parameters are examined; there was a negative correlation between age and 8-OHdG levels only in the control group.

CONCLUSION: These findings indicate patients with AS seem to have increased genotoxicity and oxidative DNA damage, and may be related to pathogenesis of AS. According to our knowledge, this is the first study to investigate CBMN-cyt parameters and 8-OHdG levels in AS, and the mechanism underlying the connections remains to be explored.

KEYWORDS: Ankylosing spondylitis, micronucleus, 8-OHdG, CBMN-cyt assay, DNA damage

Comparison of CBMN-Cyt markers and oxidative DNA damage levels between AS patients and healthy controls

	AS patients (n=25)	Healthy controls (n=25)	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p
MN frequency (%)	1.50 (1.10- 1.90)	0.60 (0.35-0.80)	<0.001
NPB frequency (%)	0.50 (0.30-1.00)	0.30 (0.20-0.70)	0.043
NBUD frequency (%)	0.40 (0.20-0.50)	0.20 (0.10-0.25)	0.001
No. of metaphase (%)	66.00 (37.50-102.00)	113.00 (83.50-146.00)	0.002
Frequency of BN cells (%)	20.30 (16.90-23.25)	29.30 (23.60-32.90)	<0.001
Nuclear division index (NDI)	1.18 (1.16-1.20)	1.24 (1.20-1.26)	<0.001
Plasma 8-OHdG levels (ng/mL)	1.93 (0.51- 2.29)	1.00 (0.71-1.62)	<0.001

BN cells: binucleated cells; MN: micronucleus; NPBs: nucleoplasmic bridges; NBUDs: nuclear buds; 8-OHdG: 8-hydroxy-2'-deoxyguanosine; and IQR: interquartile range

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-05] ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA KOGNİTİF DURUM ETKİLENİR Mİ?

Başak Mansız Kaplan[1], F. Figen Ayhan[2]
[1]*SBÜ, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara*
[2]*Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Uşak*

AMAÇ: Ankilozan Spondilit (AS) eklem dışı tutulum yapabilir ancak kognitif tutulumu ile ilgili yeterli veri yoktur. Literatürde diğer sık görülen romatizmal hastalık olan romatoid artritin kognitif etkilenmeye neden olduğuna dair çalışmalar son yıllarda artış göstermektedir. Ve bu çalışmalar romatoid artritin kognitif durumu etkilediğine işaret etmektedir. Biz de bu çalışma ile AS hastalığının kognitif durumu etkileyip etkilemediğini kontrol grubu ile karşılaştırarak değerlendirmeyi ve inflamasyon parametreleri ile kognitif durumun ilişkisini araştırmayı amaçladık. Hipotezimiz AS hastalarında kognitif durumun sağlıklı kontrollere göre etkilendiği ve inflamasyon arttıkça kognisyonun kötüleştiği yönündedir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği – Romatoloji polikliniğinde takipli okuma yazması olan Ankilozan Spondilit tanılı 18-65 yaş arası 30 hasta ile 30 sağlıklı dahil edildi. Hastalara BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), ASQOL (AS yaşam kalitesi indeksi) yapıldı. Hasta ve sağlıklı gruba Hastane Anksiyete Depresyon Skalası (HADS), Mini Mental Durum Testi (MMST), Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Montreal BDT) uygulandı. Hasta grubun o andaki nötrofil lenfosit oranı (NLR), platelet dağılım genişliği (PDW), ortalama platelet volümü (MPV), beyaz küre ve platelet değerleri ile sedimentasyon ve CRP değerleri kayıt edildi.

BULGULAR: Sağlıklı ve AS grubu karşılaştırıldığında Montreal BDT, MMST, HADS-depresyon alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). AS hastalarının ortalama semptom süresi 12,1 ± 6,6, ortalama BASDAI skorları 3,2 ± 1,4, BASFI skorunun median değeri 1,4 (0-4,5), ASQOL skorunun median değeri 2 (0-6) idi. AS hastalarının inflamasyon parametreleri, BASDAI ve semptom süresi ile Montreal BDT ve MMST skorları arasında saptanan anlamlı korelasyon Tablo 1'de detaylandırılmıştır.

SONUÇ: AS hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre düşük bilişsel değerler gözlendi. AS hastalarında inflamasyon parametreleri yükseldikçe, semptom süresi ve hastalık aktivitesi arttıkça kognitif etkilenim artmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: kognitif durum, ankilozan spandilit, spondiloartropati, inflamasyon

Tablo 1

	Montreal BDT	MMST
NLR	r=-0,75 p<0,001	r=-0,66 p<0,001
PDW	r=0,55 p=0,001	r=0,32 p=0,07
MPV	r=-0,66 p<0,001	r=-0,57 p=0,001
CRP	r=-0,60 p<0,001	r=-0,53 p=0,001
Sedimentasyon	r=-0,63 p<0,001	r=-0,53 p=0,003
BASDAI	r=-0,53 p=0,002	r=-0,48 p=0,007
Semptom süresi	r=-0,58 p=0,001	r=-0,40 p=0,02

AS hastalarının inflamasyon parametreleri, semptom süresi ve BASDAI değerleri ile Montreal BDT ve MMST skorları arasındaki korelasyon analizi

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-08] AKSİYEL SPONDİLOARTROPATİLİ HASTALARDA GÖRÜLEN PLANTAR FASİİTTE EKSTRAKORPOREAL ŞOK DALGA TEDAVİSİNİN (ESWT) ETKİNLİĞİ

Seçilay Güneş[1], Özgür Can Caner[1], Derya Gökmen[2], Şebnem Ataman[1], Şehim Kutlay[1]
[1]*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara*
[2]*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Ankara*

AMAÇ: Aksiyel spondiloartropatili hastalarda görülen plantar fasiitte ESWT'nin klinik ve radyolojik olarak etkinliğini ve tolerabilitesini araştırmak

GEREÇ-YÖNTEM: Prospektif, çift kör, randomize, plasebo kontrollü olarak planlanan bu çalışmada hastalar aktif ESWT ve sham ESWT olmak üzere 2 gruba randomize edildi. Aktif ESWT grubundaki hastalara haftada 1 seans olmak üzere toplam 3 seans ESWT; sham ESWT grubuna haftada 1 seans olmak üzere toplam 3 seans sham ESWT uygulandı. Çalışmanın primer sonlanım noktası hastaların ağrı şiddetinin 10 birimlik VAS ile değerlendiriminde 2 birim azalma olması, sekonder sonlanım noktası ise ultrasonografik incelemede plantar fasiit bulgularında düzelme olması olarak belirlendi. İlk tedavi seansı öncesi, her seanstan bir hafta sonra, son seanstan 4 ve 8 hafta sonrasında hastalar görsel analog skala, basınç algometre, ayak fonksiyon indeksi (AFİ) ve ultrasonografi ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz R istatistik programı ile yapıldı.

BULGULAR: Ağrının VAS ile değerlendirimi, AFİ skoru ve basınç algometre ölçümünde aktif ESWT ve sham ESWT grubunda düzelme görülürken iki grup arasında fark saptanmadı ($p<0,05$). Plantar fasyanın ultrasonografi ile değerlendiriminde plantar fasya kalınlığı, artmış konveksite, düşük ekojenite, perifasyal sıvı ve subkutan ödem varlığı açısından aktif ESWT ve sham ESWT grupları arasında fark saptanmadı ($p<0,05$).

TARTIŞMA: ESWT, dejeneratif veya mekanik etkilere bağlı gelişen plantar fasiit tedavisinde ağrı ve inflamasyonu kontrol altına almak amacıyla sıklıkla kullanılmaktadır (1). Ancak aksiyel spondiloartropatiye eşlik eden plantar fasiitin mekanizması dejeneratif ve mekanik etkilere bağlı gelişen plantar fasiitten farklılıklar göstermektedir. Bu çalışma, aksiyel spondiloartropatiye eşlik eden plantar fasiitte ESWT'nin etkinliğini değerlendiren ilk çalışmadır. Literatürde ESWT nin kronik plantar fasitte etkinliğini değerlendiren ve sonografik görüntüleme ile plantar fasya kalınlığının değerlendirildiği farklı çalışmalar mevcuttur (2,3). Androsoni ve arkadaşlarının konservatif tedaviye dirençli kronik plantar fasiitli hastalarda ESWT tedavisinin plantar fasya kalınlığı üzerine etkilerini prospektif olarak değerlendirdikleri çalışmada sonografik plantar fasya kalınlıklarında anlamlı azalma tespit etmişlerdir (3). Bizim çalışmamızda literatürde aksiyel spondiloartropati gibi sistemik inflamatuvar bir hastalıkta ESWT kullanımına dair bir veri olmadığı için ESWT dozu plantar fasiitle ilgili yapılmış diğer çalışmalara göre daha düşük tutulmuştur.

SONUÇ: İnflamatuvar plantar fasiite ESWT'nin plaseboya üstünlüğü gösterilememiştir. Aksiyel spondiloartropatili hastalarda görülen plantar fasiitte ESWT'nin farklı tedavi şemalarının karşılaştırıldığı, izlem süresinin daha uzun tutulduğu randomize, plasebo kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Aksiyel Spondiloartropati, plantar fasiit, ESWT, ultrasonografi

KAYNAKLAR

1. Kudo P, Dainty K, Clarfield M, Coughlin L, Lavoie P, Lebrun C. Randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial evaluating the treatment of plantar fasciitis with an extracoporeal shock wave therapy (ESWT) device: a North American confirmatory study. J OrthopRes. 2006 Feb;24(2):115-23.
2. Ozan F, Koyuncu Ş, Gürbüz K, Öncel ES, Altay T. Radiofrequency Thermal Lesioning and Extracorporeal Shockwave Therapy: A Comparison of Two Methods in the Treatment of Plantar Fasciitis. Foot Ankle Spec. 2017 Jun;10(3):204-209.
3. Androsoni R, Netto AA, Macedo RR, Fasolin RP, Boni G, Gavaldao FG. Treatment of chronic plantar fasciitis with extracorporeal shock wave therapy:ultrasonographic morphological aspect and functional evaluation. Revista Brasileira de Ortopedia 2013;48(6):538-544

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-12] WORKING PERFORMANCE OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Ayhan Kul, Fatih Baygutalp, Köksal Sarıhan
Ataturk University, School of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation

OBJECTIVE: Ankylosing spondylitis (AS) is a progressive chronic disease with unknown etiology. Inflammation occurred in the sacroiliac joints in the early stages affects the axial spine as the disease progresses, and the life quality of patient generally worsens. The most common symptoms are chronic low back pain and subsequent stiffness. Symptoms may be permanent or may persist for years. As the disease progresses, skeletal and non-skeletal symptoms increase, severe deformities and physical limitations emerge, and these symptoms lead to patient not to participate the physical activities in the ongoing period. In the advanced stages, because of increased postural disorders and kyphosis and decreased thoracic enlargement both respiratory functions and postural control mechanisms are altered. After all, patients may become sedentary or even immobile.

It has been reported that employment in patients with AS is lower than the general population due to physical limitations and comorbid conditions. Patients working with AS may experience more sick leave, disruption to current jobs, and job losses compared to the general population. Treatment with anti-TNF-α drugs help the improvement of symptoms in the majority of patients. This study aimed to investigate whether AS patients using anti-TNF-α drugs had a change in their work lives due to the disease.

MATERIALS-METHODS: Seventy-two patients with AS admitted to our outpatient clinic who had been using anti-TNF-α drugs were included to the study. Demographic characteristics and HLA B27 positivity test results were recorded. The professions that patients performed before and after the diagnosis were questioned. These professions were classified by the characteristics of work based on the required physical power and physical activity as follows:

1. Seated
2. Seated and standing
3. Standing and walking
4. Walking and tiring work
5. Not working or retired

Disease-related changes in patients' work was questioned. These changes were interpreted as the positive and negative effects of the disease.

RESULTS: Mean age of all patients (n=72) was 35,81±9,12 years, female patients (n=17) was 34,71±9,72 years and male patients (n=55) was 36,15±8,99 years. There was no significant difference in terms of age between female and male patients (p=0,573). Mean disease duration of all patients was 8,96±5,94 years. HLA B27 positivity was determined in 58 patients (80,6 %). 30 patients (41,6%) had been doing regular exercise. All patients had been using anti-TNF-α drugs (etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab). Results of working status of patients are summarized in Table 1. Negative effect of disease on working status was determined in 4 patients (5,55%) and positive effect of disease on working status was determined in 12 patients (16,64%).

CONCLUSION: It can be concluded that anti-TNF treatment has positive effect on working performance in patients with AS. Imroving the treatment compliance of patients should be an important goal for physicians.

KEYWORDS: ankylosing spondylitis, anti-TNF-α drugs, working

Alterations in the working characteristics of patients before and after diagnosis of ankylosing spondylitis

POSITIVE EFFECT OF DISEASE ON WORKING	(n/%)
Not working or retired changed to seated and standing	3,0/4,16
Not working or retired changed to standing and walking	3,0/4,16
Not working or retired changed to walking and tiring work	2,0/2,77
Not working or retired changed to seated	4,0/5,55
Total positive effect	12,0/16,64
NEGATIVE EFFECT OF DISEASE ON WORKING	(n/%)
Standing and walking changed to seated and standing	2,0/2,77
Standing and walking changed to not working or retired	1,0/1,39
Walking and tiring work changed to seated and standing	1,0/1,39
Total negative effect	4,0/5,55

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-39] AKSİYEL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA NÖTROFİL-LENFOSİT VE PLATELET-LENFOSİT ORANI

Elem Yorulmaz, Duygu Geler Külcü
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul

AMAÇ: Ankilozan spondilitli hastalarda nötrofil lenfosit oranı (NLO) ve platelet lenfosit oranı (PLO) değerlerinin sağlıklı popülasyona göre yüksek olduğu, hatta bu oranlardaki yüksekliğin artmış hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı aksiyel spondiloartritli (SpA) hastalarda farklı tedaviler alan iki grubun hematolojik parametrelerini ve diğer aktivasyon kriterlerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya anti-TNF ve sekukinumab tedavisi alan 33 aksiyel SpA (20 erkek, 13 kadın) hastası dahil edildi. Retrospektif olarak hasta dosyalarından yaş ve hastalık süreleri, serum C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) düzeyleri, nötrofil, lenfosit ve trombosit sayıları, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) skorları, NLO ve PLO değerleri kayıt edildi. Gruplar Mann-Whitney U testi ve ki kare testi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 44 (23-67) yıl ve ortalama hastalık süresi 121,55 (7-408) ay idi. ESR düzeyleri 15,2±13.6 mm/sa, CRP düzeyleri ise 0,79±0,9 mg/dl olarak kaydedildi. Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın %42,4'ü (n:14) sekukinumab, %57,6'sı (n:19) ise anti-TNF ajan kullanmaktaydı. E/K oranı sekukinumab grubunda 6/8 iken anti-TNF grubunda 14/5 idi. Sekukinumab kullanan hastaların %71,4'ü (n:10) daha önce en az 1, genellikle de 1'den fazla anti-TNF ilaç (n:8) kullanmıştı. Sekukinumab kullanım süresi 8±5,1(2-19) ay idi. Anti-TNF grubundaki hastaların %31,6'sı daha önce başka bir anti-TNF ilaç kullanmıştı. Anti-TNF kullanım süresi ise 27±27,6 ay (3-72 ay) idi. Her iki grup tüm parametreler açısından karşılaştırıldığında sadece NLO değerleri sekukinumab grubunda istatistiksel anlamlı yüksekti. Grup karşılaştırmaları Tablo-1'de görülmektedir.

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları sekukinumab grubunda anti-TNF grubu ile karşılaştırıldığında hastalık aktivitesi kriterlerinin özellikle de NLO'nun anlamlı yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum NLO'nun hastalık aktivitesi takibi açısından kullanışlı ve hassas bir parametre olabileceği yönünde yorumlanabilir. İki grup arasındaki farkın muhtemel sebebi sekukinumab grubunda yer alan hastaların daha önce en az bir, genellikle de daha fazla anti-TNF ilaç kullanmış ancak remisyon sağlanamamış aktif hastalardan oluşmasıdır. Anti-TNF grubu ise medikal tedavisi ve kliniği uzun süredir stabil seyreden hastalardan oluşmaktadır. Dolayısı ile sekukinumab grubunda da remisyon sağlanmış bir grup ile yapılacak karşılaştırmalar ile daha objektif sonuçlara varılabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Aksiyel spondiloartrit, nötrofil lenfosit oranı, platelet lenfosit oranı

Anti-TNF ve Sekukinumab tedavisi alan aksiyel SpA'lı hastaların demografik verileri, klinik ve laboratuar bulguları

	Anti-TNF	Sekukinumab	
	Ort±SS (Min-Maks) (Median)	Ort±SS (Min-Maks) (Median)	p
Yaş (yıl)	42,84±10,39 (23-65) (42)	45,57±11,76 (30-67) (41)	0,733
Hastalık süresi (ay)	140,84±99,43 (2-312) (132)	65,36±102,42 (7-408) (69)	0,152
Tedavi süresi (ay)	27±27,6 (3-72) (12)	8±5,1(2-19) (7)	0,001
ESR (mm/sa)	12,42±11,98 (2-44) (9)	19,14±15,17 (2-57) (9)	0,142
CRP (mg/dl)	0,59±0,77 (0,2-3,1) (0,2)	1,08±1,15 (0,2-3,7) (1,2)	0,186
Nötrofil sayısı (10^3xhücre/mm^3)	4,56±1,62 (2,1-7,4) (3,9)	5,53±1,57 (3,6-8,6) (2,9)	0,077
Lenfosit sayısı (10^3xhücre/mm^3)	2,98±0,75 (1,8-4,3) (2,8)	2,62±0,84 (1,5-4,2) (2,8)	0,174
Trombosit sayısı (10^3xhücre/mm^3)	250,37±73,57 (104-450) (240)	269,43±55,83 (158-430) (240)	0,174
Nötrofil-Lenfosit Oranı	1,56±0,46 (0,6-2,4) (1,4)	2,42±1,29 (0,8-5,12) (1,4)	0,035
Platelet-Lenfosit Oranı	88,40±26,66 (24-125,4) (94,7)	111,52±36,07 (56,4-129,2) (94,7)	0,142
BASDAI skoru	2,68±1,87 (0-66) (2,4)	3,20±1,90 (0,2-6,4) (3,50)	0,353

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-43] ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA NÖTROFİL LENFOSİT VE PLATELET LENFOSİT ORANLARININ AKUT FAZ REAKTANLARI İLE İLİŞKİSİ VE BİYOLOJİK DMARDS TEDAVİ İLE DEĞİŞİMİ

Aslı Keleş Önal, Selda Sarıkaya, Şenay Özdolap Çoban, Ali Erdem Baki
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Zonguldak

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 gösterge olarak kullanılabileceğine dair çalışmalar yapılmaktadır (1). Biz bu çalışmamızda takip ettiğimiz ankilozan spondilit hastalarında bu markerların ESH ve CRP ile ilişkini ve ilişkisi mevcutsa 1 yıllık anti TNF tedavisi ile olan değişimini incelemeyi hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğinde takip edilen ve biyolojik DMARDs kullanan 57 ankilozan spondilit hastası dahil edildi. Hastaların hastane elektronik kayıt sistemindeki dosyalarında yer alan verileri rektropektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, kullanmakta olduğu ilaçlar, kullanım süreleri, nötrofil/lenfosit oranı (NLO), platelet/lenfosit oranı (PLO), ESH ve CRP değerleri kayıt edildi. Malignite, enfeksiyon, renal ve hepatik yetmezlik kronik obstrüktif akciğer hastalığı varlığı dışlama kriteri olarak alındı. Hastaların biyolojik DMARDs tedavisine başlamadan önce NLO, PLO, ESH ve CRP değerleri kaydedildi. NLO ve PLO ile ESH ve CRP aralarındaki ilişki incelendi. Hastaların biyolojik DMARDs tedavisinden 1 yıl sonra bakılan NLO, PLO, ESH, CRP değerleri ve aralarındaki ilişki değerlendirildi. Son olarak bu parametrelerin tedavi ile olan değişimi incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 57 ankilozan spondilit hastasının yaş ortalaması 41,87±10,39 yıl olmakla birlikte 23(%40,4)'ü kadın, 34(%59,6)'ü erkek idi. Hastaların ilaç kullanım sürelerinin ortalama değeri 4,6(min:1-max:8) yıl olarak saptanmış olup, kullanmakta olduğu ilaçlar tablo 1'de gösterilmektedir.Hastaların biyolojik DMARDs tedavisi öncesi ve sonrası NLO ve PLO değerlerinin CRP ile kıyaslaması tablo 2'de gösterilmektedir. CRP değeri yüksek hastalarda NLO, CRP değeri normal olan hastalara göre hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Sedimantasyon değeri yüksek hastalarda NLO ve PLO, ESH değeri normal olan hastalara göre tedavi öncesi anlamlı derecede yüksek iken, tedavi sonrası anlamlı ilişki saptanmamıştır. Tedavi öncesi ve sonrası NLO ve PLO değişimi incelenmiş olup Tablo 4'de gösterilmektedir.

SONUÇ: CRP yüksekliği ile NLO ve PLO değerleri arasında hem tedavi öncesi, hem tedavi sonrası anlamlı ilişki saptanmışken, ESH ile NLO ve PLO arasında tedavi öncesi anlamlı ilişki görülmüş olup, tedavi sonrası bu anlamlı ilişki devam etmemiştir. Bu verilerle NLO ve PLO oranlarının hem biyolojik DMARDs tedavi öncesi hem de tedavi sonrası CRP gibi hastalık aktivitesini saptayabilecek parametre olarak değerlendirilebileceği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR:

1) Aşkın A. Evaluation of neutrophil-lymphocyte ratio, platelet-lymphocyte ratio and mean platelet volüme in patients with ankylosing spondylitis. Çukurova Medical Journal 2016; 41(3)479-84.

2) Gökmen F at all, Neutrophil–Lymphocyte Ratio Connected to Treatment Options and Inflammation Markers of Ankylosing Spondylitis, Journal of Clinical Laboratory Analysis 2014

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit, nötrofil/lenfosit oranı, platelet/lenfosit oranı, biyolojik DMARs

Tablo1: Hastaların Kullanmakta Oldukları İlaçların Dağılımı

İlaçlar	Hasta Sayısı	Sıklık
İnfliksimab	4	%7
Adalimumab	24	%42,1
Etanercept	5	%8,8
Golimumab	21	%36,8
Sertolizumab	1	%1,8
Sekukinimab	2	%3,5

Toplam	57	%100

Tablo 2: Tedavi Öncesi ve Sonrası Nötrofil/Lenfosit Oranı ve Platelet/Lenfosit Oranı ile C-Reaktif Protein Arasındaki İlişki

Tedavi Öncesi	CRP>8 mg/l	CRP<8 mg/l	P değeri
NLO (mean)	3,58	2,23	<0,001
PLO (mean)	189,30	127,05	<0,001
Toplam (Hasta Sayısı)	32	25	
Tedavi Sonrası			
NLO (mean)	2,80	1,71	<0,001
PLO (mean)	135,47	106,38	0,021
Toplam (Hasta Sayısı)	16	41	

NLO: Nötrofil/Lenfosit oranı PLO: Platelet/Lenfosit oranı CRP: C-reaktif protein

Tablo 3: Tedavi Öncesi ve Sonrası Nötrofil/Lenfosit Oranı ve Platelet/Lenfosit Oranı ile Sedim Arasındaki İlişki

Tedavi Öncesi	ESH Yüksek*	ESH Normal*	P Değeri
NLO (mean)	3,40	2,00	0,001
PLO (mean)	177,60	125,28	0,007
Toplam (Hasta Sayısı)	40	17	
Tedavi Sonrası			
NLO (mean)	2,17	1,95	0,195
PLO (mean)	122,78	111,33	0,320
Toplam (Hasta Sayısı)	16	41	

*NLO: Nötrofil/Lenfosit oranı, PLO: Platelet/Lenfosit oranı, ESH: Sedimantasyon *Sedimantasyon değerleri yaş ve cinsiyete göre mm/saat olarak hesaplanmıştır.*

Tablo 4: Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası NLO ve PLO Değerlerinin Karşılaştırması

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	P Değeri
NLO	2,98	2,01	<0,001
PLO	162,00	114,55	<0,001

NLO: Nötrofil/Lenfosit oranı, PLO: Platelet/Lenfosit oranı

AUTHORTOEDITOR: İnflamasyon ve hastalık aktivitesinin göstergesi, kolay değerlendirilen önemli bir değerlendirme parametresi olması açısından bu oranların önemini ve kullanılabilirliğini vurgulamak amaçlı bu çalışma yapılmıştır.

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-19] ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA FİBROMİYALJİ: SIKLIĞI VE KARAKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ

Elif Tarihçi, Merve Dikici Yağlı, Ekin İlke Şen, Ayşegül Ketenci, Dilşad Sindel, Sina Arman, Ayşe Karan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul

AMAÇ: Romatolojik hastalıklara eşlik eden fibromyalji varlığı yapılan sınırlı sayıda çalışmada araştırılmıştır. Çalışmamızda ankilozan spondilitli hastalarda fibromyalji sıklığının belirlenmesi ve bu grup hastaların özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Ünitesine Ocak 2016- Ocak 2020 tarihleri arasında ardı sıra başvuran, modifiye New York kriterlerine göre ankilozan spondilit tanısı konulan toplam 250 hasta çalışmaya dahil edildi. Retrospektif olarak dosya verileri taranarak hastaların yaş, cinsiyet, ankilozan spondilit tanı süresi ve ilaç kullanımları kaydedildi. Amerikan Romatoloji Cemiyeti (ACR) 2010 fibromiyalji tanı kriterlerine göre fibromyalji tanısı konulan hastalar belirlendi. Fibromiyaljisi olan ve olmayan ankilozan spondilitli hastaların özellikleri ve kullandığı medikal tedaviler değerlendirildi. Nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitney U test, nitel bağımsız verilerin analizinde ki-kare test uygulandı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 42,9 ± 9,9 yıl, %64,8'i (n=162) erkek idi. Ortalama ankilozan spondilit tanı süresi 9,9± 7,1 yıl olarak saptandı. Hastaların %45,2'si biyolojik ajan tedavisi almakta idi. Hastaların %10,8'inde (n=27) eşlik eden fibromyalji mevcuttu. Fibromiyaljisi olan hastaların %81,5'i kadın iken, fibromiyaljisi olmayanlarda bu oran %29,6 idi. Fibromiyaljisi olan hastalarda yaş ortalaması ($p=0,020$) ve kadın cinsiyet oranı ($p<0,001$), fibromiyaljisi olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Biyolojik ajan kullanım oranı ise fibromiyaljisi olmayan hastalarda anlamlı olarak daha fazla saptandı ($p=0,033$). Fibromyaljisi olan hastalarda olmayanlara göre hastalık süresi ve periferik tutulum oranlarında anlamlı farklılık mevcut değildi ($p>0,05$).

SONUÇ: Ankilozan spondilitli kadın hastalarda fibromiyaljinin eşlik edebileceği klinik bulguların değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımlarının düzenlenmesinde göz önünde bulundurulmalıdır. Ankilozan spondilitli hastalarda fibromiyaljinin klinik özelliklerin yanı sıra hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri yapılacak geniş kapsamlı çalışmalarda değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: ağrı, ankilozan spondilit, biyolojik ajan, fibromiyalji, kadın

AUTHORTOEDITOR: Sayın Bilim Kurulu, Kongrenizin bildiri seçimine klinik araştırmamızla başvurmaktan onur duyarız. Saygılarımızla.

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-65] AKSİYEL SPONDİLOARTROPATİLİ HASTALARDA PROGRANULİN DÜZEYİNİN HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Didem İldemir Doğangün[1], Meliha Kasapoğlu Aksoy[1], Lale Altan[2]
[1]*SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Bölümü*
[2]*Uludağ üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon anabilim dalı*

AMAÇ: Aksiyel Spondiloartropati (AxSpA), spinal inflamasyon, sakroiliak eklem tutulumu, asimetrik oligoartrit, daktilit, entezit gibi belirtiler gösteren, en önemli klinik bulgusu bel ağrısı ve sabah tutukluğu olan spondiloartropati grubunda bulunan romatizmal bir hastalıktır. AxSpA'lı hastalarda hastalık aktivitesi için takipte kullanılan eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve C reaktif protein (CRP) gibi akut faz reaktanlarının (AFR) takip ve tedavide aktivasyonu yansıtmadığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu nedenle takipte kullanılacak daha duyarlı bir belirteç araştırma ihtiyacı doğmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalarda serum progranulin (PGRN)'in inflamatuar bağırsak hastalığı (İBH), sistemik lupus eritematozus (SLE), romatoid artrit (RA), psoriazis gibi immün aracılı inflamatuvar hastalıklarda arttığı gösterilmiştir. Biz çalışmamızda daha önce yapılmamış olan AxSpA'lı hasta grubunda serum PGRN düzeylerini sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırmayı, aynı zamanda AxSpA'lı hastalardaki hastalık aktivitesi, semptom şiddeti, AFR ile serum PGRN düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma Lokal Etik Kurul onayıyla prospektif, kesitsel olarak planlandı. Hasta grubuna 20-65 yaş arası ASAS 2009 kriterlerine göre AxSpA tanısı almış ve tedavi almakta olan 152 hasta alındı. Hasta gönüllüler için dışlama kriterleri; gebelik yada laktasyon durumu, akut veya kronik enfeksiyon bulgularına sahip olmak, malignite varlığı, AxSpA dışında eş zamanlı ikincil romatizmal hastalığa sahip olması olarak belirlendi. Sağlıklı gönüllü olarak hastanemizde çalışmakta olan 20-65 yaş arası 100 kişi alındı. Sağlıklı gönüllüler için dışlama kriterleri; gebelik veya laktasyon durumu, akut veya kronik enfeksiyon bulgularına sahip olmak, malignite varlığı, romatizmal hastalık varlığı olarak belirlendi. Her iki gruptan venöz kanda serum PGRN düzeyi çalışıldı. Hasta grupta ek olarak klinik AxSpA değerlendirme ölçekleri BASDAİ, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESR hesaplandı. Laboratuar olarak tüm hastalardan ESR, CRP düzeyleri bakıldı ve kayıt altına alındı. Veriler SPSS 23.0 istatistik paket programıyla ile Mann Whitney U, Student's T, Pearson, Spearman ve Ki-kare testleri kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR: Hasta ve kontrol grupları arasında demografik veriler açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Serum PGRN düzeyleri hasta grubunda ortalama 6,90±5,41 ng/ml olarak bulunurken bu düzey kontrol grubunda 11,24±5,97 ng/ml olarak tespit edildi. Kontrol grubunda serum PGRN düzeyi istatiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($p<0.001$). Serum PGRN düzeyleri ile hastalık süresi, kullandığı ilaç grubu, ek hastalık, klinik semptomlar, BASDAI, BASFI, ASDAS-CRP, ASDAS-ESR, AFR arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Hasta grubunda cinsiyet ve PGRN düzeyleri arasında ilişki incelendiğinde kadınlarda ortalama 9,58±6,54 iken erkeklerde bu 5,69±4,34 olarak bulundu. Kadın hastalarda serum PGRN düzeyleri istatiksel olarak anlamlı daha yüksekti ($p<0.01$). Kontrol grubunda cinsiyet ve PGRN düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde kadınlarda ortalama değer 11,49±6,43 iken erkeklerde 11,07±5,70 olarak bulundu. İstatiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$).

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçlarında tedavi ve takip altında olan AxSpA hastalarındaki serum PGRN seviyelerinin romatizmal hastalığı olmayan sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu ve serum PGRN düzeyinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Hasta grubunda serum PGRN düzeyinin düşük olması tedaviyle azalan bir değer olabileceğini göstermekte, AxSpA hastalığının patogenezinde rol oynadığını düşündürmektedir. AxSpA tanılı hasta grubunda serum PGRN düzeyini inceleyen ilk çalışma niteliğindedir. PGRN'in AxSpA etyopatogenezinde rolünü daha net ortaya koymak, tedavi hedefi olarak incelemek için ilerleyen çalışmaların PGRN, TNF-α, IL-6 ve PGRN otoantikorları düzeyleri de dahil edilerek, tedavi öncesi-sonrası daha büyük gruplarda ve uzun dönem takiple yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Aksiyel spondiloartropati, progranulin

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-30] AKSİYEL SPONDİLOARTROPATİLİ HASTALARDA GALECTİN-3 DÜZEYİNİN HASTALIK AKTİVİTESİ İLE İLİŞKİSİ; PROSPEKTİF, KESİTSEL ÇALIŞMA

Esra Kösegil Öztürk[1], Burcu Metin Ökmen[1], Lale Altan İnceoğlu[2], Koray Ayar[3]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa*
[2]*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bursa*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Romatoloji Kliniği, Bursa*

AMAÇ: Aksiyel spondiloartropatili (Aksiyel SpA) hastalarda hastalık aktivasyonunun belirlenmesi için kullanılan C- Reaktif Protein (CRP) ve eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) birçok faktörden etkilenmesi nedeniyle (enfeksiyon,malignite v.b.) karışıklığa yol açmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada yeni bir biyobelirteç olabileceği düşünülen galectin-3 düzeyinin hastalık aktivitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu prospektif kesitsel çalışmaya, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Romatoloji polikliniklerinde takip edilmekte olan ve rutin kontrolleri için başvuran 18-65 yaş arası ASAS 2009 tanı kriterlerine göre Aksiyel SpA tanısı almış 162 hasta ve hastane çalışanlarından 18-65 yaş arası 100 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Akut veya kronik enfeksiyon bulguları ve malignitesi olan, gebelik ya da laktasyon durumu, aksiyel spondiloartropati dışında eş zamanlı ikincil romatizmal hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hasta ve kontrol grubundan gönüllü olarak çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı onam alındı Hasta ve kontrollerin yaş, cinsiyet, eşlik eden ek hastalıklar ve demografik verileri sorgulandı. Hasta grubunda ek olarak klinik olarak hastalık şiddetinin belirlenmesi amacıyla BASDAI, BASFI, mSASSS, ASDAS-CRP, ASDAS-ESH, ESH, CRP düzeyleri kayıt altına alınarak, hastalık süresi ve kullandıkları ilaçlar sorgulandı. Çalışmaya dahil edilen bireylerin ön kolundan yaklaşık 5 ml venöz kan örnekleri separatör jel içeren biyokimya tüplerine alındı. Bu örnekler 10-15 dak. oda ısında bekletildikten sonra 3000 rpm'de 10 dakika santrifüj edildi. Üstte oluşan serum örnekleri ependorf tüplere porsiyonlanarak, testler çalışılıncaya kadar -20° C'de saklandı. Galectin-3, enzyme linked immuno sorbent assay (ELISA) kiti kullanılarak üreticinin talimatlarına göre test edildi. Veriler SPSS 22.0 versiyonu ile analiz edildi. İkili grup karşılaştırmalarında normal dağılmayan verilerin analizde Mann Whitney U testi, normal dağılım gösterenlerde ise Student's t testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon normal dağılan verilerde Pearson, normal dağılmayanlarda ise Spearman Korelasyon testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hasta grubunun Galectin-3 düzeyi ortalama 15.14±3.97 iken; sağlıklı grubun Galectin-3 düzeyi 9.74±4.52 olarak hesaplandı. Galectin-3 düzeyi açısından iki grup karşılaştırıldığında hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik saptandı ($p<0.001$). Galectin-3 ile hastalık değerlendirme parametrelerine bakıldığında; ESH, CRP, ASDAS-ESH, BASFI ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde korelasyon bulundu ($p<0.05$). Ancak ASDAS-CRP, BASDAI, MSASSS ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$). Hastalığın süresi, omurga ağrısı, periferik ağrı ve sabah tutukluğu ile Galectin-3 düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanamaz iken; Galectin-3 ve halsizlik arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf korelasyon bulundu ($r=0.165$, $p<0.05$).

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçlarından galectin-3'ün aksiyel SpA'lı hastalarda hastalık aktivitesine paralel potansiyel yeni bir biyobelirteç olabileceği sonucuna varılabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Aksiyel spondiloartropati, CRP, ESH, Galectin-3, Hastalık aktivitesi

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-33] ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA OZON TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ: PROSPEKTİF, RANDOMİZE KONTROLLÜ KLİNİK ÇALIŞMA

Münevver Özhan Erol, Hakan Alkan, Necmettin Yıldız, Ayşe Sarsan, Füsun Şahin, Füsun Ardıç
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Denizli

AMAÇ: Ankilozan Spondilitte (AS) klinik olarak sessiz makroskopik veya mikroskobik bağırsak inflamasyonunun hastaların yaklaşık üçte ikisinde olduğu bilinmektedir. AS patogenezinde ve barsak inflamasyonunda tümör nekroz faktör-α (TNF-α) ve interlökin-1(IL-1) inflamatuvar kaskatta önemli rol oynar. Ozonun etki mekanizmalarından biri, nükleer faktör-kB yolunu aktive eden ve proinflamatuvar bir sitokin olan TNF-α'nın düzeyini azaltmaktır.
Literatürde inflamatuvar romatolojik hastalıklarda ozon tedavisinin etkinliğini değerlendiren az sayıda çalışmada, ozon tedavisinin romatoid artrit (RA) ve ülseratif kolit üzerindeki olumlu etkilerini gösterilmiştir (1-3). Bu çalışmalar göz önüne alındığında, patogenezinde TNF-α ve IL-1'in rol oynadığı ve yüksek oranda sessiz bağırsak inflamasyonunun eşlik ettiği AS hastalarının tedavisinde de etkili olabileceği düşünülmüştür. Ancak literatürde, AS'de ozon tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, medikal tedaviye eklenen ozon tedavisinin AS hastalarında ağrı şiddeti, hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, spinal mobilite, entezopati skoru, inflamasyon ve yaşam kalitesi üzerine olan etkinliğini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ağrı şiddeti için vizüel analog skala (VAS) skoruna bakılarak daha öne yapılmış olan RA'da ozon tedavisinin etkinliği ile ilgili çalışma dikkate alınarak hesaplanan power analizine göre her gruba en az 15'er hasta alındığında çalışmanın gücünün %90'ın üzerinde olacağı hesaplandı. Modifiye New York tanı kriterlerine göre tanısı konan ve 18 yaşından büyük olan AS'li hastalar çalışmaya dahil edilirken; son 6 ay içerisinde fizik tedavi veya anti-TNF tedavi almış olanlar, eşlik eden başka romatolojik hastalığı olanlar, ozon tedavisinin kontraendike olduğu favizm, pankreatit, hipertiroidizimi, astım hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 20.02.2018 tarihli etik kurul onayı ile çalışmaya alınan AS'li 30 hasta, rastgele sayılar tablosu kullanılarak her grupta 15'er kişi olacak şekilde iki gruba randomize edildi. Grup 1'deki hastalara kullanmakta olduğu medikal tedavi ile birlikte rektal ozon tedavisi giderek artan dozlarda haftada 5 seans, 4 hafta boyunca toplam 20 seans olacak şekilde uygulandı. Birinci hafta: 25mg/l, 100ml; ikinci hafta: 30mg/l, 150ml; üçüncü hafta: 35mg/l, 200ml; dördüncü hafta: 40mg/l, 200ml olacak şekilde rektal ozon tedavisi uygulandı. Grup 2'deki hastalara ise sadece kullanmakta olduğu mevcut medikal tedaviye devam etmeleri önerildi.

Hastaların tedavi öncesi ve sonrası değerlendirmelerinde; ağrı şiddeti VAS, hastalık aktivitesi Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) ve Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru (ASDAS), fonksiyonel durum Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), spinal mobilite Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMI), entezopati skoru Maastricht Ankilozan Spondilit Entezit Skoru (MASES), yaşam kalitesi Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Anketi (ASQoL), inflamasyon ise C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) kullanılarak değerlendirildi.

Verilerin parametrik test varsayımlarını karşılayıp karşılamadığına Shapiro Willks yapılarak karar verildi. Verilerimiz parametrik test varsayımlarını karşılamadığı için non-parametrik testler kullanıldı. Gruplar arasında fark olup olmadığı; sayısal değişkenler için Mann Whitney U, niteliksel değişkenler için ise Pearson Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirildi. Her bir grubun grupiçi tedavi öncesi ve sonrası fark olup olmadığına Wilcoxon testi kullanılarak bakıldı. Tüm istatistiksel değerlendirmelerde $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Bu çalışmaya uygunluk açısından 70 AS hastası değerlendirilmiştir. Hastaların 25'i anti-TNF tedavisi aldığı, 15'i çalışmaya katılmayı kabul etmediği için dışlanmış ve sonuçta dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan 30 hasta çalışmaya alınmıştır (Şekil-1). Başlangıçta sosyodemografik, klinik ve değerlendirme parametreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 1 ve 2). Ozon grubunun grup içi değerlendirmesinde, tedavi sonrasında tedavi öncesine göre VAS skorları, BASDAI, ASDAS(crp), ASDAS(esh), MASES, ASQoL parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlenirken ($p<0,05$); BASMI, BASFI, ESH ve CRP değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 2). Kontrol grubunda ise hiç bir değerlendirme parametresinde tedavi sonrasında tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tedavi sonunda; ozon ve kontrol grupları arasında BASMI, BASFI, ESH ve CRP açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$); VAS skorları, BASDAI, ASDAS(crp), ASDAS(esh), MASES, ASQoL parametelerinde ozon grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme saptandı ($p<0,05$) (Tablo 2). Ozon grubundaki hastalarda rektal ozon verilmesi sonucu bir hastada tedavinin 4. seansında kısa süreli karın ağrısı görüldü, diğer hastalarda herhangi bir yan etki gözlenmedi.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarından biri, kontrol grubuna rektal plasebo verilmemiş olmasıdır. Çalışmanın kısa süreli olması, sadece tedavi sonunda değerlendirme yapıldığından tedavinin uzun dönem etkinliğinin bilinmemesi diğer bir kısıtlılık idi.

SONUÇ: AS'de ozon tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği ilk çalışma olan çalışmamızın sonuçlarına göre, medikal tedaviye eklenen ozon tedavisi AS hastalarının ağrı şiddetini, entezopati skorlarını ve sabah tutukluluğu sürelerini azaltarak hastalık aktivitelerini azaltmış dolayısıyla da yaşam kalitelerini düzeltmiştir. Bu nedenle ozon tedavisinin AS hastalarında tamamlayıcı bir tedavi seçeneği olabileceğini düşünmekteyiz.

REFERANSLAR

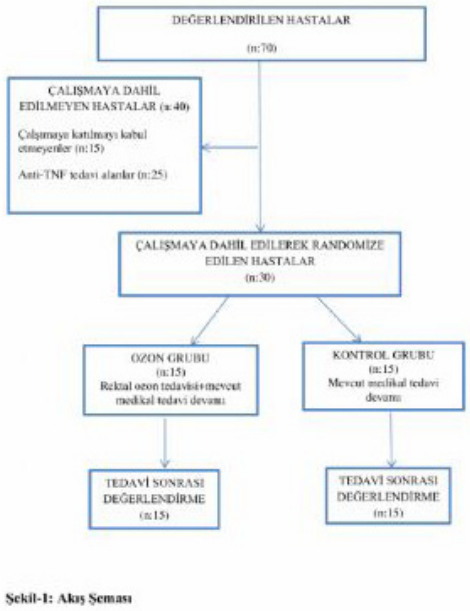
1-) Leon Fernandez OS, Viebahn-Haensler R, López Cabreja G, Espinosa IS, Matos YH, Roche LD, et al. Medical ozone increases methotrexate clinical response and improves cellular redox balance in patients with rheumatoid arthritis. Eur J Pharmacol 2016;789:313-18.

2-)Chen H, Yu B, Lu C, Lin Q. The effect of intra-articular injection of different concentrations of ozone on the level of TNF-α, TNF-R1, and TN-R2 in rats with rheumatoid arthritis. Rheumatol Int 2013;33(5):1223-7.

3-)Geng Y, Wang W, Ma Q, Peng LQ, Liang ZH. Ozone therapy combined with sulfasalazine delivered via a colon therapy system for treatment of ulcerative colitis. Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao 2010;30(12):2683-5.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit; ozon tedavisi; tamamlayıcı tıp

Şekil 1



Şekil-1: Akış Şeması

Akış şeması

Tablo 1

Tablo 1: Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Grup 1 Ozon Grubu (n=15)	Grup 2 Kontrol Grubu (n=15)	p değeri
Yaş, [median (IQR)]	37 (17)	36 (20)	0,835
Cinsiyet, n (%)			0,713
Erkek	7 (%46,7)	6 (%40)	
Kadın	8 (%53,3)	9 (%60)	
VKİ (kg/m2), [median (IQR)]	25,3 (8,9)	27,5 (6,7)	0,724
Medeni Hali, n (%)			
Evli	11 (%73,3)	10 (%66,7)	0,600
Bekar	4 (%26,7)	5 (%33,3)	
Eğitim Durumu, n (%)			
Okuryazar değil	0 (%0)	1 (%6,7)	
İlkokul	7 (%46,7)	8 (%53,3)	0,705
Lise	5 (%33,3)	5 (%20)	
Üniversite	3 (%20)	3 (%20)	
Meslek, n (%)			
Çalışıyor	5 (%33,3)	5 (%33,3)	
İşsiz	5 (%33,3)	7 (%46,7)	0,688
Memur	4 (%26,7)	3 (%20)	
Emekli	1 (%6,7)	0 (%0)	
Ek hastalık, n (%)			
Var	7 (%46,7)	10 (%66,7)	0,280
Yok	8 (%53,3)	5 (%33,3)	
Operasyon Öyküsü, n (%)			0,430
Var	11 (%73,3)	9 (%60)	
Yok	4 (%26,7)	6 (%40)	
Semptom Süresi (ay), [median (IQR)]	60 (110)	72 (132)	0,177
Tanı Süresi (ay), [median (IQR)]	12 (32)	36 (57)	0,053
Kullandığı İlaçlar, n (%)			0,509
Hiç kullanmıyor	1 (%6,7)	0 (%0)	
NSAİİ	8 (%53,3)	7 (%46,7)	
NSAİİ+SLZ	6 (%40)	8 (%53,3)	
Periferik Tutulum n (%)			
Var	5 (%33,3)	8 (%53,3)	0,399
Yok	10 (%66,7)	7 (%46,7)	
Elektrokardiyografik Tutulum, n (%)			
Var	1 (%6,7)	0 (%0)	0,309
Yok	14 (%93,3)	15 (%100)	
HLA-B27, n (%)			0,099
Pozitif	6 (%40)	2 (%13,3)	
Negatif	9 (%60)	13 (%86,7)	

VKİ: Vücut Kütle İndeksi, IQR: Interquartile Range, χ2 Ki-Kare veya Mann-Whitney U

Grupların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 2

Tablo 2: Ozon Ve Kontrol Gruplarının Değerlendirme Parametreleri Açısından Karşılaştırılması

		Grup 1 Ozon Grubu (n=15) median (IQR)	Grup 2 Kontrol Grubu (n=15) median (IQR)	p* değeri
VAS sabah	TÖ	7 (3)	6 (4)	0,737
	TS	3 (3)	4 (4)	**< 0,001***
	p†	**0,001***	0,343	
VAS gece	TÖ	5 (7)	7 (4)	0,214
	TS	0 (2)	5 (6)	**0,002***
	p†	**0,005***	0,321	
Sabah Tutukluluğu (dk)				
	TÖ	30 (30)	30 (45)	0,862
	TS	0 (30)	30 (30)	**0,007***
	p†	**0,002***	0,718	
BASDAI	TÖ	5,4 (3,4)	5,3 (3,7)	0,852
	TS	3,9 (2,5)	4,6 (4,5)	**0,024***
	p†	**0,001***	0,950	
BASFI	TÖ	2,3 (6,20)	3,4 (4,5)	0,803
	TS	1,8 (2,6)	4 (4,5)	0,198
	p†	0,058	0,291	
BASMI	TÖ	2 (2)	1 (2)	0,648
	TS	2 (3)	1 (2)	0,966
	p†	0,065	0,364	
MASES	TÖ	4 (4)	3 (6)	0,733
	TS	2 (5)	3 (4)	**0,028***
	p†	**0,002***	0,959	
ASDAS(crp)	TÖ	2,6 (0,9)	2,9 (1,5)	0,741
	TS	1,9 (0,8)	2,6 (1,5)	**0,007***
	p†	**0,001***	0,788	
ASDAS(esh)	TÖ	3,1 (1,9)	3,4 (2)	0,709
	TS	2,4 (1,8)	3,2 (1,6)	**0,025***
	p†	**0,001***	0,779	
ASQoL	TÖ	8 (10)	7 (8)	0,754
	TS	2 (4)	7 (7)	**0,006***
	p†	**0,002***	0,248	
ESH (mm/h),	TÖ	17 (29)	18 (22)	0,901
	TS	22 (19)	21 (17)	0,884
	p†	0,431	0,528	
CRP (mg/dl),	TÖ	0,2 (1,3)	0,3 (0,6)	0,850
	TS	0,3 (1,2)	0,5 (0,3)	0,934
	p†	0,910	0,490	

TÖ: Tedavi Öncesi, TS: Tedavi sonrası, VAS: Vizüel Analog Skala, BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, BASMI: Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi, MASES: Maastricht Ankilozan Spondilit Entezopati Skoru, ASDAS: Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite Skoru, ASQoL: Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi İndeksi, ESH: Eritrosit Sedimentasyon Hızı, CRP: C-Reaktif Protein, IQR: Interquartile Range, p*: Mann-Whitney U, p*< 0,05 p†: Wilcoxon Test p†< 0,05

Ozon Ve Kontrol Gruplarının Değerlendirme Parametreleri Açısından Karşılaştırılması

AUTHORTOEDITOR: Çalışmamız Ankilozan Spondilitte ozon tedavisinin etkinliğinin değerlendirildiği ilk randomize kontrollü klinik çalışmadır.

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-100] İNTERSTİSYEL AKCİĞER HASTALIĞI İLE GELEN SİSTEMİK SKLEROZ SİNE SKLERODERMA OLGUSU

Hasan Ulusoy[1], Tuğba İzci Duran[2], Tibel Tuna[3]
[1]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD, Romatoloji BD, Samsun / Türkiye*
[2]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji BD, Samsun / Türkiye*
[3]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Samsun / Türkiye*

AMAÇ: Skleroderma olarak da adlandırılan sistemik skleroz (SSc), ciltte ve iç organlarda fibrozise neden olan otoimmün bir hastalıktır. Sistemik skleroz sine skleroderma ise hastalığın cilt tutulumu bulguları olmaksızın iç organ tutulumuyla seyreden nadir bir alt grubudur. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) sklerodermada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu bildiride İAH ile gelen SSc sine skleroderma olgusu sunulmaktadır.

OLGU: Elli iki yaşında erkek hasta 3 yıldır giderek şiddetlenen egzersiz dispnesi, kuru öksürük ve çabuk yorulma şikayetleriyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Öyküde hastanın şoför olduğu, herhangi bir hayvan beslemediği, daha önce çiftçilik yada madencilik ile ilgili hiçbir işte çalışmadığı öğrenildi. Yirmi yıl boyunca günde 1 paket sigara içen hasta son 1 yıldır sigara içmiyordu. Fizik muayenede akciğer bazallerinde velcro raller duyuldu. Kalp ritmikti, ek ses veya üfürüm yoktu. Sistemik skleroz ya da dermatomiyoziti düşündüren sklerodaktili, ciltte kalınlaşma, parmaklarda ülser, telenjiektazi, cilt pililerinin kaybolması, heliotrop döküntü, Gottron papülleri, fotosensitif (V/şal) döküntü gibi cilt bulguları gözlenmedi. Anti-nükleer antikor (ANA) yüksek titre pozitif (1/640) tespit edilen hastanın ANA subgrup analizinde anti-Scl-70 antikor 3+ bulundu. Diğer otoantikorlar negatifti. Akciğer grafisinde alt-orta zonlarda bilateral retikülonodüler dansite artışları görülen hastanın akciğer tomografisinde olağan interstisyel pnömoni (OİP/UIP) paterniyle uyumlu İAH bulguları (plevra tabanlı bal peteği manzaraları, interlobüler septal kalınlaşmalar, traksiyon bronşiektazileri, nadir buzlu cam dansiteleri) izlendi (Resim 1). Arterial kan gazlarında PO2:76 mm/Hg (83-108), PCO2:41 mm/Hg (32-48), O2 satürasyonu %92 (%94-98) tespit edilen hastaya 6 kür siklofosfamid 1000 mg/ay ve takibinde oral mikofenalat mofetil tedavisi planlandı. Skleroderma renal kriz riskini arttırmamak için oral steroid dozu prednisolon 10 mg/gün olarak belirlendi.

SONUÇ: İAH etyolojisinde başta SSc ve dermatomiyozit olmak üzere bağ doku hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır. Karakteristik cilt bulgularının tanıyı kolaylaştırmasına rağmen bir grup hastada cilt bulguları görülmeyebilir. İdiopatik pulmoner fibrozise göre immünsüpresif tedaviye daha iyi yanıt verebilen bu hastalıkların erken tanınması tedavinin gecikmemesi açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: İnterstisyel akciğer hastalığı, Skleroderma, Sistemik skleroz, Sine skleroderma

Resim 1



Akciğer orta ve bazal segmentlerinde olağan interstisyel pnömoni ile uyumlu plevra tabanlı bal peteği manzaraları, interlobüler septal kalınlaşmalar, traksiyon bronşiektazileri ve nadir buzlu cam dansiteleri görülmekte.

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-123] BİYOLOJİK AJAN KULLANAN ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA COVID-19 PANDEMİSİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mustafa Erkut Önder
Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Aralık 2019'da ortaya çıkan şiddetli akut solunum yolu sendromu koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2), Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020'de pandemi ilan ettiği koronavirüs hastalığı 2019'a (COVID-19) neden olan yeni bir koronavirüstür. COVID-19 nedeni ile ortaya çıkan yüksek enfeksiyon ve ölüm oranları insanlarda yaygın bir korku ve anksiyeteye neden olmuştur. Biyolojik tedavilerin viral enfeksiyonlara duyarlılığı artırabileceği ya da enfeksiyonun daha ciddi seyretmesine neden olabileceği endişesi bu süreci ankilozan spondilit (AS) hastaları için daha da zorlaştırmıştır. Bu çalışmada AS'li hastalarda koronavirüs anksiyetesinin değerlendirilmesi ve anksiyete ile biyolojik tedaviler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 18'i biyolojik tedavi, 22'si DMARD/NSAID alan toplam 40 hasta (yaş: 39,03±10,81; K:12, E:28) dahil edildi. Hastaların demografik verileri kaydedildi. Hastalık aktivitesi, ağrı düzeyleri, hayat kalitesi ve koronavirüs anksiyetesi sırasıyla ASDAS-CRP, VAS, ASQoL ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği kullanılarak kaydedildi. Biyolojik tedavi alan ve almayan hastalarda veriler karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmada biyolojik tedavi alan ve almayan hasta grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hastalık süresi, ASDAS-CRP, VAS ağrı ve ASQoL skorları benzer iken (p>0,05), KAÖ skorunun biyolojik tedavi alan hastalarda anlamlı oranda daha yüksek olduğu görüldü (p=0,020).

SONUÇ: Bu çalışmada biyolojik tedavi alan AS hastalarının koronavirüs nedeniyle ortaya çıkan anksiyete düzeylerinin DMARD ya da NSAID alanlara göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu sonuç, biyolojik tedavi alan AS'li hastaların ilaç uyumunda bozulmalar olabileceğini ve bunun da hastalık aktivitesini artırabileceğini düşündürmektedir. Biyolojik tedavi kullanan AS hastalarında bu durumun göz önünde bulundurulması ve gerekli durumlarda destek sağlanması düşünülmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: COVID-19, ankilozan spondilit, anksiyete

Tablo 1. Biyolojik DMARD ve sentetik DMARD ya da NSAID kullanan ankilozan spondilitli hasta gruplarında demografik özellikler, klinik özellikler ve koronavirüs anksiyetesi karşılaştırılması

	Sentetik DMARD ya da NSAID kullanan hastalar n=22	Biyolojik DMARD kullanan hastalar n=18	p değeri
Yaş (yıl, ortalama, ±)	40,18±12,19	37,61±8,99	0,462
Cinsiyet (erkek n,%)	16 (%72,3)	12 (%66,7)	0,279
Eğitim durumu (n,%) Okur yazar değil İlköğretim Lise Üniversite	1 (%4,5) 6(%27,3) 10(%45,5) 5(%22,7)	0 5 (%27,8) 7(%38,9) 6(%22,7)	0,723
COVID-19 tanısı alan (n,%)	1 (%4.54)	-	
COVID-19 nedeni ile hastaneye yatan (n,%)	-	-	0,274
Yakınlarından COVID-19 tanısı alan (n,%)	4 (%18,2)	4 (%22,2)	0,751
Hastalık süresi (yıl, ortalama, ±)	10,31±8,39	9,27±6,18	0,917
ESH (mm/s, ortalama, ±)	26,86±19,23	15,78±9,12	0,016*
VAS (ortalama, ±)	5,09±1,3	3,28±1,6	0,279
ASDAS-CRP (ortalama, ±)	2,76±0,82	1,79±0,79	0,552
ASQoL (ortalama, ±)	8,55±2,97	6,67±3,01	0,934
KAÖ (ortalama, ±)	11,18±5,51	13,50±3,5	0,020*

DMARD: Hastalık Modifiye Edici Anti Romatizmal İlaç, NSAID: Steroid Olmayan Anti İnflamatuvar İlaç, COVID-19: 2019 Koronavirüs Hastalığı, ESH: Eritrosit Sedimentasyon Hızı, VAS: Vizüel Analog Skala, ASDAS-CRP: Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi Skoru-C Reaktif Protein, ASQoL: Ankilozan spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği, KAÖ: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği.

ANKİLOZAN SPONDİLİT [SS-99] ANTİ TÜMÖR NEKROZİS FAKTÖR ANTAGONİST TEDAVİSİ İLE İLİŞKİLİ NADİR BİR YAN ETKİ: PARADOXAL PSÖRİAZİS

Lütfi Akyol
Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Bölümü, Diyarbakır

AMAÇ: Tümör nekrozis faktör (TNF) alfa inflamatuar cevapta anahtar rol oynayan bir proinflamatuar sitokindir (1). Anti TNF alfa tedavilerinin ankilozan spondilit (AS) hastalık aktivitesi kontrolünde etkili olduğu gösterilmiştir (2). Bu tedaviler göreceli olarak güvenli olmasına rağmen enfeksiyon, maliğnite ve cilt lezyonları başta olmak üzere birçok yan etkisi olabilmektedir. Paradoxal reaksiyon, biyolojik ajanlarla tedavi sırasında ortaya çıkan, genellikle bu ajanların, tedavisinde kullanıldığı patolojik tablonun, aynı lezyonların alevlenmesi, form değiştirmesi veya yeni lezyonların ortaya çıkması şeklinde görülen tablo olarak tanımlanabilir (3).

Bu yazıda ü Anti TNF tedavisi almakta iken paradoxal psöriazis tablosu gelişen üç vakanın klinik özelliklerini ve tedavisini anlatmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Vaka -1;

26 yaşında kadın hasta, 24 yaşında başlayan bir yıldır saçlı deri, diz, dirsek, sırt ve gluteal bölgelerde olan psöriazis tanısı ile takipliyimiş. Mevcut lezyonlar için topikal tedaviler almaktaymış. Sekiz aydır olan bel kalça ağrısı ve sol dizde ağrı şişlik yakınması ile başvurdu. Bel ağrısı inflamatuar karekterde idi. Sistemik sorgulamasında topuk ağrısı vardı. Fizik muayenesinde sağ FABERE/FADIR testi pozitif, sağ dizde şişlik, ısı artışı ve eklem hareketlerinde ağrı-kısıtlılık vardı. Eritrosit Sedimantasyon Hızı (ESH): 27 mm/saat, C-Reaktif Protein (CRP): 13 mg/L idi. Sakro iliak eklem (SİE) grafi bilateral evre 1 / 1 idi. SİE Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG);Short-tau inversion-recovery (STIR) sekansta bilateral aktif kemik iliği ödemi ile uyumlu görüntü vardı. Hasta axiyal ve periferik tutulumlu psöriyatik artrit (PsA) olarak kabul edildi. Metotreksat 15 mg/hafta, folik asit 5 mg/hafta, metilprednizolon 16 mg/gün, lansaprozol 1x30 mg/gün başlandı. Metilprednizolon dozu tedricen azaltılarak 4 mg/güne düşüldü.

Bir ay sonraki kontrolde sağ dizdeki artriti düzeldi. Psöriazis lezyonları azalmakla birlikte devam ediyordu. Metilprednizolon tedavisi kesildi. Metotreksat 15 mg/hafta, folbiol 5 mg/hafta ile tedavisine devam edildi. Üç ay sonraki kontrolde psöriatik lezyonları daha da artan hastaya ızoniyazid proflaksisi altında etanercept 50 mg/hafta tedavisi başlandı. Metotreksat gastrointestinal sistem (GİS) intoleransı nedeni ile kesildi.

Etanercept tedavisinin 3. Ayında mevcut psöriazis lezyonlarında artış izlendi. Bunun üzerine etanercept tedavisi adalimumab 40 mg/2 hafta ile switch edildi.

Adalimumab tedavisinin 3. Ayında mevcut psöriazis lezyonlarının artışı ile birlikte daha önce olmayan el-ayak bölgesinde yeni psöriatik lezyonlar (palmo-plantar psöriazis) gelişti. Paradoksik palmo-plantar psöriazis olarak değerlendirildi

Bunun üzerine adalimumab tedavisi, sekukinumab (ilk 5 hafta haftada 1 kez, sonrasında ayda 1 kez 300 mg) tedavisi ile switch edildi. Sekukinumab tedavisi ile hastanın psöriatik lezyonları geriledi, bel kalça ağrısı düzeldi ve periferik artrit izlenmedi. Yaklaşık birbuçuk yıldır remisyonda takip edilmektedir.

Vaka-2;

43 yaşında erkek hasta, 15 yıl önce Axiyal spondiloartrit (SpA) tanısı konulmuş. Tedavisi için düzensiz şekilde non steroid anti inflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanıyormuş. Bel kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bel ağrısı inflamatuar karekterde idi. Fizik muayenesinde bilateral FABERE/FADIR testi pozitif idi. Bel hareketleri her yönde kısıtlı idi. ESR;3 mm/saat, CRP;8.5 mg/L idi. SİE grafi bilateral evre 3 ile uyumlu idi. SİE MRG'de STIR sekansta bilateral aktif kemik iliği ödemi ile uyumlu görüntü vardı. Mevcut bulgularla endometazin 200 mg/gün, lansaprozol 30 mg/gün tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrolünde bel ağrısı şikayeti gerilemeyen hastaya golimumab 50 mg/ay tedavisi başlandı. Golimumab tedavisi ile bel ağrısı şikayeti düzeldi, remisyonda takip edilirken tedavinin 17. ayında hastanın elinde ve ayağında eritemli squamlı lezyonlar gelişti. Cilt biyopsi yapıldı. Püstüler psöriazis ile uyumlu geldi. Paradoksik palmo-plantar psöriazis olarak değerlendirildi. Golimumab kesilerek sekukinumab (ilk 5 hafta haftada 1 kez, sonrasında ayda 1 kez 300 mg) tedavisi ile switch edildi. Sekukinumab tedavisi ile hastanın psöriatik lezyonları geriledi, bel kalça ağrısı düzeldi ve periferik artrit izlenmedi. Yaklaşık dokuz aydır remisyonda takip edilmektedir.

Vaka-3;

46 yaş erkek hasta, üç yıl önce Axiyal SpA tanısı konulmuş. NSAİİ tedavisi sonrası, üç ay golimumab 50 mg/ay tedavisi almış. Golimumab dirençli olması üzerine adalimumab 40 mg/2 hafta tedavisine geçilmiş. Bel kalça ağrısı şikayeti ile başvurdu. Adalimumab tedavisinin 6.ayında başlayan ve dokuncu ayından sonra daha belirginleşen elinde ve ayağında daha önce olmayan eritemli squamlı lezyonlar gelişmiş. Bel kalça ağrısı inflamatuar karekterde idi. Sağ dizinde periferik artrit öyküsü vardı. Fizik muayenesinde bilateral FABERE/FADIR testi pozitif idi. Bel hareketleri her yönde kısıtlı idi. ESR; 17 mm/saat, CRP; 8.5 mg/L idi. SİE grafi bilateral evre 2/2 ile uyumlu idi. SİE MRG'de STIR sekansta bilateral aktif kemik iliği ödemi ile uyumlu görüntü vardı. Dermatolojiye danışılan hastanın lezyonları psöriazis ile uyumlu olarak değerlendirildi. Paradoksik palmo-plantar psöriazis olarak değerlendirildi.

Adalimumab tedavisi kesilerek sekukinumab (ilk 5 hafta haftada 1 kez, sonrasında ayda 1 kez 300 mg) tedavisi ile switch edildi.

Tedavisini düzenli almayan hasta 6 ay sonra kontrole geldi. Ellerinde ve ayaklarında psöriatik lezyonları ve İBA devam eden hastaya tekrar sekukinumab tedavisi verildi.

TARTIŞMA: Psöriyatik raşlar tüm Anti TNF ilaçların kullanımında yan etki olarak görülebilir. Vakaların çoğunda döküntüler ilk aydan sonra ortaya çıkmaya başlar.Literatürde süre ilacın ilk kullanımından başlayıp 7 yıl sonrasına kadar görülebildiği bildirilmiştir (5). Bizim vakalarımızda Anti TNFa tedavinin 4., 7. ve 17. ayından sonra lezyonlar izlendi. Bütün Anti TNFa antagonist ilaç tedavilerinden sonra paradoxal reaksiyon görülebilmektedir. Bizim hastalarımızda, Vaka-1 de etanercept tedavisi ile hastanın var olan psöriazis lezyonları artış gösterirken, adalimumab tedavisi sonrası el ve ayakta yeni lezyonlar izlendi, Vaka-2 de golimumab tedavisi sonrası el ve ayakta yeni lezyon, Vaka -3 de yine adalimumab sonrası el ve ayakta yeni lezyonlar izlendi. Birçok biyolojik tedavi verilen otoimmun inflamatuar romatolojik hastalık sonrası paradox reaksiyon görülebilir. Bizim hastalarımızdan birisi PsA diğer ikisi AS idi.

Tedavide en yaygın kullanılan ilaçlar steroidlerdir. Literatürde metotreksat ve siklosporin tedavisininde faydalı olduğu bildirilmiştir (2, 6). Bizim hastalarımızda vaka-1, metotreksat tedavisi altında psöriatik lezyonlar gelişti, hem vaka-1 hem diğer vakalar klinik olarak ağır olduğu için tedavide sekukinumab tercih edildi. İlacı kullanan iki vakada hem psöriatik lezyonlar düzeldi hemde inflamatuar ağrılar geriledi. Vaka 3 tedaviyi düzenli almadığı için cevap değerlendirmesi henüz yapılamadı.

Paradoksal psöriazis, anti TNFa tedavisi sırasında ortaya çıkan patofizyolojisi net bilinmeyen bir durumdur. Ayırıcı tanıda ayrıntılı anamnez ve enfeksiyonların ekartasyonu önemlidir. Mümkünse biyopsi ile doğrulanmalıdır. Tedavide topikal ilaçlar, ilaca ara verilmesi, başka bir biyolojik tedavi ile değiştirilmesi veya ek bir hastalık modifiye edici ilaç verilmesi planlanabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Anti-TNF, Paradoksal Psöriasis, Biyolojik Ajanlar, Aksiyal Spondiloartrit

Tablolar

Tablo 1: Vakaların Klinik, Demografik Özellikleri

VAKA	Yaş	Cinsi	Primer Hastalık	Primer Hastalık Tanı yaşı	Paradoksal Reaksiyon Tipi	Anti TNF Tedavi-Paradox Reaksiyon arası süre	Anti TNF Tedavi	Mevcut Tedavi	Anti TNF öncesi aldığı Tedavi
Vaka-1	28	Kadın	PsA	25	Palmo plantar ve yaygın psoriazis	4 ay	Etanercept Adalimumab	Sekukinumab	MTX [1]
Vaka-2	43	Erkek	AS	28	Palmo plantar psoriazis Bopustüler	17 ay	Golimumab	Sekukinumab	NSAİİ, SSZ [2]
Vaka-3	46	Erkek	AS	43	El ve ayakta psoriazis	6 ay	Adalimumab	Sekukinumab	NSAİİ

1.Metotreksat 2.Sülfasalazin

Tablo 2: Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS), kriterlerine göre hastaların bulguları

VAKA	İBA*	Artrit	Entezit	Üveit	Daktilit	Crohn/Kolit	NSAİİ[3] Yanıt	SpA** Aile öyküsü	CRP[3]
Vaka-1	Var	Sol Diz	Var	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Yüksek
Vaka-2	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Yüksek
Vaka-3	Var	Sağ diz	Var	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Yüksek

*İBA:İnflamatuar bel ağrısı**SpA:Spondiloartrit β CRP:C-reaktif protein Ω NSAİİ:Non steroidal anti inflamatuar ilaç

Tablo 3: Hastaların görüntüleme bulguları

VAKA	SİE Grafi* (Sağ/Sol)	SİE MR AKUT LEZYON	SİE MR KRONİK LEZYON	Lomber Grafi Sindesmofit	Lomber MR	HLA B 27
Vaka-1	1/1	Bilateral	Yok	Yok	Normal	Pozitif
Vaka-2	3/3	Bilateral	Var	Var	Shiny Corner, spondilit	Bakılmamış(4)
Vaka-3	2/2	Bilateral	Var	Yok	Normal	Pozitif

*SİE:Sakroiliak eklem

Olgu Tabloları

REFERANSLAR

1.Niess JH, Danese S. Anti-TNF and skin inflammation in IBD: a new paradox in gastroenterology? Gut. 2014;63(4):533-5.

2.Iborra M, Beltran B, Bastida G, Aguas M, Nos P. Infliximab and adalimumab-induced psoriasis in Crohn's disease: a paradoxical side effect. Journal of Crohn's & colitis. 2011;5(2):157-61.

3.Puig L. Paradoxical Reactions: Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Agents, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab, and Others. Current problems in dermatology. 2018;53:49-63.

4.Ko JM, Gottlieb AB, Kerbleski JF. Induction and exacerbation of psoriasis with TNF-blockade therapy: a review and analysis of 127 cases. The Journal of dermatological treatment. 2009;20(2):100-8.

5.Askin A, Guvendi E, Tosun A, Demirdal US. Paradoxical Side Effect Related With Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Treatment. Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina). 2017;71(2):148-50.

6.Joyau C, Veyrac G, Dixneuf V, Jolliet P. Anti-tumour necrosis factor alpha therapy and increased risk of de novo psoriasis: is it really a paradoxical side effect? Clinical and experimental rheumatology. 2012;30(5):700-6.

AUTHORTOEDITOR: Değerli Hocalarım, dikkate alıp değerlendirdiğiniz için teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Dr. Lütfi Akyol

DİĞERLERİ [SS-36] AKRO- OSTEOLİZİSLİ SİSTEMİK SKLEROZ OLGUSU

Ali Can Soylu, Nedim Kaban, Umut Bakay, Gülcan Gürer
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, FTR/ROMATOLOJİ BİLİM DALI

AMAÇ: Sistemik sklerozun prognostik değere sahip önemli bir radyolojik bulgusu olan akroosteolizisli bir olguyu paylaşmak istedik.

OLGU: 30 yaşında, kadın hasta, 4 yıldır el parmaklarında şişlik, ağrı, uyuşma, renk değişikliği ve 2 yıldır parmaklarda yara olup geçmesi yakınmalarıyla başvurdu. Özellikle iş dolayısıyla soğuk ortamda bulunduğu için el parmaklarında şiddetli ağrı ve yaralar olduğunu belirtti. Hastadan daha önce birkaç kez doktora başvurduğu, çeşitli tedaviler verildiği (hidroksiklorokin, Asetilsalisilikasit) ancak düzenli ilaç kullanımının ve takibinin olmadığı öğrenildi.

Yapılan fizik muayenesinde sistemik muayenesi normaldi, el parmaklarında ciltte kalınlaşma, el dorsumunda ödem, kalınlaşma, her iki 2. ve 3. parmakta dijital ülser sekelleri, her iki elde tırnak değişiklikleri ve ağız açıklığında azalma saptandı.

El parmaklarının kapilleroskopik değerlendirmesinde bilateral multipl kanama odakları, dev kapiller ve ramifiye kapiller görüldü.

Laboratuar muayenesi; Crp:2.5 mg/L, Eritrosit sedimantasyon hızı:30 mm/saat, ANA ++++ (Homojen ve Granüler), ANA Profil: DFS 70 +++, diğerleri negatif olarak saptandı.

El parmaklarına yönelik çekilen direk radyografide sol el 1, 2, 3 ve 5. parmaklarda, sağ el 2 ve 3. parmaklarda akroosteolizis saptandı.

Hastaya sistemik skleroz tanısı kondu, tedavisi ASA 100 mg/gün, bosentan 2x 125 mg/gün, metilprednizolon 8mg/gün, azatiopurin 2x50mg/gün şeklinde düzenlenerek poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Akroosteolizis, el veya ayakta bir veya birden fazla parmakta distal falankslarda rezorpsiyon ile karakterizedir. Sistemik sklerozun yanısıra, overlap sendromları, psöriatik artrit, hiperparatiroidizm, herediter hastalıklar (Piknodiostozis, Hajdu- Cheney vs.)ve travmaya bağlı olarak da görülebilir. Vaskülopati ve iskemiye bağlı olarak kemik döngüsünde dengenin osteoklast lehine bozulması sonucu meydana gelir.

Akro-osteolizis sistemik sklerozun önemli ancak az değerlendirilen bir bulgusudur ve artmış hastalık aktivitesi, şiddeti, uzun hastalık süresi ve dijital ülser sayısında artış ile ilişkilidir.

Akro-osteolizisli olgularda sistemik skleroz tanısı akılda tutulmaldır.

KAYNAKLAR:

1. Acroosteolysis in systemic sclerosis: An insight into hypoxia-related pathogenesis. Exp Ther Med. 2016 Nov;12(5):3459-3463. Epub 2016 Oct 5.

2. Radiological hand involvement in systemic sclerosis. Ann Rheum Dis. 2006;65(8):1088–1092.

3. Acro-osteolysis in systemic sclerosis is associated with digital ischaemia and severe calcinosis. Rheumatology, Volume 51, Issue 12, December 2012, Pages 2234–2238.

ANAHTAR KELİMELER: Akro-osteolizis, sistemik skleroz, skleroderma

Direkt grafi



DİĞERLERİ [SS-46] DEJENERATİF MENİSKÜS YIRTIKLARINDA FİZİK TEDAVİ VE ARTROSKOPİK PARSİYEL MENİSEKTOMİ TEDAVİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE BU TEDAVİLERLE KOMBİNE HYALÜRONİK ASİT ENJEKSİYONU UYGULAMASININ SONUÇLARA ETKİSİ

Betül Başar, Ebru Yılmaz Yalçınkaya
S.B.Ü. Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

AMAÇ: Dejeneratif menisküs yırtıklarının farklı tedavi seçenekleri mevcuttur. Fizik tedavi ajanları, Artroskopik Parsiyel Menisektomi ve eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonu bunlar içinde en sık uygulanan tedavi seçenekleridir. Bu çalışma ile dejeneratif menisküs yırtıklarında hem Fizik Tedavi Ajanları ile Artroskopik Parsiyel Menisektominin sonuçlarını karşılaştırmayı hem de bunlarla birlikte eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonunun sonuçlara etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 40 yaş üstü Kellgren-Lawrence evre 1, 2 ve 3 artrozu olup semptomatik dejeneratif menisküs yırtığı tanısı olan hastalar alındı. Hastalar 4 grup altında değerlendirildi. 1. Grup izole Artroskopik Parsiyel Menisektomi uygulanan, 2. Grup Artroskopik Parsiyel Menisektomi sonrası eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonu uygulanan, 3. Grup izole Fizik Tedavi Ajanları ile tedavi edilen ve 4. Grupta Fizik Tedavi Ajanlarına ek olarak eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyonu uygulanan hastalardan oluşmaktadır. Fizik Tedavi olarak Ultrason + TENS ve ev egzersiz programı uygulandı. Hastaların değerlendirilmesi WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index), VAS (Visual Analog Scale) ve ROM (Range of Motion) ile yapıldı. Tedavi öncesi, tedavi sonrası 2. ay ve 6. ay kontrollerindeki sonuçlar hem gruplar arasında hem de gruplar içinde eklemdeki artrozun evresine göre karşılaştırıldı.

BULGULAR: 1. Grup ortalama yaşı 48,4 olan 26 kadın, 15 erkek hastadan, 2. Grup ortalama yaşı 49,3 olan 18 kadın, 11 erkek hastadan, 3. Grup ortalama yaşı 50,9 olan 29 kadın, 11 erkek hastadan ve 4. Grup ortalama yaşı 49,9 olan 20 kadın, 11 erkek hastadan oluşmakta idi (Tablo 1). 4 gruptaki hastalar yaş, kadın erkek oranı, sağ sol diz tutulum oranları, Kellgren- Lawrence artroz evrelerine, tedavi öncesi WOMAC, VAS ve ROM değerlerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Tedavi sonrası 2. ay ve 6. ay kontrollerde WOMAC ve VAS skorları karşılaştırıldığında hem her gruptaki hastaların sonuçlarının tedavi öncesine göre anlamlı derecede daha iyi olduğu hem de gruplar arasında WOMAC ve VAS skorları açısından anlamlı fark olmadığı ortaya koyuldu. Tedavi sonrası ROM açısından gruplar karşılaştırıldığında Grup 3 ve Grup 4 deki hastalarda 2. ay ve 6. ay kontrollerde Grup 1 ve Grup 2 deki hastalara göre anlamlı derecede daha iyi sonuçlara ulaşıldı. Grup 1 ve Grup 2 deki hastaların ROM sonuçlarının 2. ve 6 ayda tedavi öncesine göre anlamlı derecede daha kötü olduğu bulundu (Tablo 2). Ayrıca kendi aralarında Grup 1 ve Grup 2, Grup 3 ve Grup 4 WOMAC, VAS ve ROM açısından 2. ay ve 6. ay kontrol sonuçları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olmadığı saptandı. Bununla eklem içi Hyalüronik asit enjeksiyon tedavisinin sonuçlara etkisinin olmadığı belirlendi. Ayrıca 4 grup kendi içinde Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre alt gruplara ayrıldı (Tablo 1). Bu alt gruplarda kendi grupları içinde karşılaştırıldığında evre 1 ve 2 artrozu olan hastalarda evre 3 artrozu olan hastalara göre 2. ay ve 6. ay kontrollerde WOMAC, VAS ve ROM sonuçları açısından anlamlı derecede daha iyi sonuçlara ulaşıldı. Evre 3 artrozu olan hastalarda WOMAC ve VAS sonuçları açısından tedavi öncesine göre anlamlı derecede iyi sonuçlara ulaşılsa da evre 1 ve 2 artrozu olan hastalara göre daha kötü sonuçlara ulaşıldığı belirlendi. Evre 3 artrozlu hastalarda 2.ay ve 6. ay ROM değerlerine bakıldığında Grup 3 ve Grup 4 hastalarda hem tedavi öncesi ROM değerlerine göre hem de Grup 1 ve Grup 2 deki Evre 3 artrozlu hastalara göre anlamlı derecede daha iyi sonuçlara ulaşıldı. Grup 1 ve Grup 2 deki hastalarda 2. ay ve 6. ay kontrollerde ROM değerlerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü. Artroskopik Parsiyel Menisektomi sonrası hastalarda eklem hareket kısıtlılığı geliştiği belirlendi (Tablo 3,4,5,6).

SONUÇ: Dejeneratif menisküs yırtıklarının tedavisinde klinik sonuçlar açısından hem Fizik Tedavi Ajanları hem de Artroskopik Parsiyel Menisektomi tedavileri iyi sonuçlar vermektedir. Fakat Artroskopik Parsiyel Menisektomi sonrasında hastalarda erken dönemde ROM kısıtlılık gelişmektedir. Fizik Tedavi uygulanan hastalarda eklem hareket kısıtlılığının aksine tedavi öncesine göre eklem hareket açıklıklarında artış görülmektedir. Bu tedavilere ek olarak eklem Hyalüronik asit enjeksiyonun ise hem klinik sonuçlara hem de eklem hareket açıklığına bir etkisi bulunmamaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: Dejeneratif Menisküs Yırtığı, Fizik Tedavi Ajanları, Artroskopik Parsiyel Menisektomi, Hyalüronik Asit Enjeksiyonu

Tablo 3,4,5,6.

Grup 3	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	40,3±5,0	39,5±7,9	44,1±8,1	0.0557
WOMAC 2. AY	14,2±5,8	15,1±5,8	27,7±6,1	**< 0.0001**
WOMAC 6. AY	14,6±5,4	15,7±6,4	27,8±5,7	**< 0.0001**
VAS TDV ÖNCESİ	7,0±0,7	6,6±0,7	7,1±0,7	0.2264
VAS 2. AY	1,3±1,3	1,3±0,8	2,9±0,6	**< 0.0001**
VAS 6. AY	1,2±1,0	1,6±0,8	3,0±0,6	**< 0.0001**
ROM TDV ÖNCESİ	103,3±7,1	102,0±5,6	101,7±6,6	0.7984
ROM 2. AY	115,4±4,8	116,0±4,0	107,8±7,5	**0.0004**
ROM 6. AY	118,1±7,2	117,6±3,8	109,1±7,4	**0.0003**

Tablo 5: Grup 3 (İzole Fizik Tedavi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren-Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 4	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	41,6±7,8	40,2±7,3	45,8±7,6	0.2286
WOMAC 2. AY	15,7±5,2	19,1±5,1	27,7±2,9	**0.0001**
WOMAC 6. AY	15,6±4,8	18,7±5,0	28,2±3,9	**0.0001**
VAS TDV ÖNCESİ	6,7±0,7	6,7±0,7	7,2±0,6	0.1572
VAS 2. AY	1,2±1,0	1,6±0,9	3,0±0,4	**0.0002**
VAS 6. AY	1,3±1,0	1,5±0,9	3,5±0,6	**< 0.0001**
ROM TDV ÖNCESİ	102,2±7,3	105,6±7,5	101,6±7,3	0.2973
ROM 2. AY	120,7±5,1	116,2±5,2	109,7±59	**0.0012**
ROM 6. AY	122,0±5,8	119,2±4,0	111,6±4,8	**0.0003**

Tablo 6: Grup 4 (Fizik Tedavi + eklem içi Hyolüronik asit enjeksiyonu tedavisi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 1,2,3 ve 4 hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Tablo 3,4,5,6.

Grup 1	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	38,0±9,0	38,1±7,2	41,3±7,7	0.6197
WOMAC 2. AY	19,4±5,5	19,4±7,4	30,5±5,7	**0.0004**
WOMAC 6. AY	21,0±7,0	20,3±8,5	33,0±4,6	**0.0002**
VAS TDV ÖNCESİ	6,5±1,0	6,8±0,7	6,6±0,9	0.7117
VAS 2. AY	1,0±1,0	1,6±0,7	3,4±0,6	**< 0.0001**
VAS 6. AY	1,5±1,3	1,7±1,0	3,6±0,6	**0.0001**
ROM TDV ÖNCESİ	102,9±7,6	106,7±7,3	106,5±11,5	0.4847
ROM 2. AY	92,5±6,3	93,5±5,4	85,3±7,4	**0.0035**
ROM 6. AY	95,7±6,8	94,3±5,3	86,0±7,2	**0.0008**

Tablo 3: Grup 1 (İzole Artroskopik Parsiyel Menisektomi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 2	Evre 1	Evre 2	Evre 3	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	34,0±14,1	38,1±9,2	41,2±7,5	0.5724
WOMAC 2. AY	17,7±3,7	18,9±6,1	33,1±8,7	**0.0022**
WOMAC 6. AY	17,1±4,4	17,8±6,1	32,7±7,7	**0.0012**
VAS TDV ÖNCESİ	6,4±0,7	6,6±0,8	7,3±0,6	0.0612
VAS 2. AY	1,1±1,0	2,0±0,7	3,7±0,6	**< 0.0001**
VAS 6. AY	1,2±1,2	1,8±0,9	3,8±0,6	**0.0002**
ROM TDV ÖNCESİ	107,4±8,3	105,9±7,8	106,7±8,5	0.9259
ROM 2. AY	95,0±8,1	92,0±5,6	85,5±4,3	**0.0075**
ROM 6. AY	98,7±5,3	94,8±4,7	89,3±4,5	**0.0017**

Tablo 4: Grup 2 (Artroskopik Parsiyel Menisektomi + eklem içi Hyolüronik asit enjeksiyonu tedavisi uygulanan) hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Grup 1,2,3 ve 4 hastaların tedavi öncesi, 2. ay ve 6. ay kontrol WOMAC, VAS, ROM (Eklem Hareket Açıklığı) değerlerinin Kellgren- Lawrence artroz evrelerine göre oluşturulan alt gruplar arasında karşılaştırılması.

Tablo 1

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	P
Yaş	48,4±5,3	49,3±3,8	50,9±4,5	49,9±5,0	0.6648
Cinsiyet (K/E)	26/15	18/11	29/16	20/11	0.3958
Sağ / Sol	22/19	16/13	25/20	17/14	0.0876
Kellgren-Lawre.Evre I	12	7	13	8	
Evre II	16	12	16	12	0.9977
Evre III	13	10	16	11	
TDV Öncesi WOMAC	39,1±7,9	38,2±10,1	41,4±7,4	42,5±7,6	0.2527
TDV Öncesi VAS	6,6±0,8	6,8±0,8	6,9±0,7	6,9±0,7	0.4940
TDV Öncesi ROM	105,5±8,9	106,5±7,9	102,3±6,3	103,3±7,4	0.0736

Gruplardaki hastaların demografik verileri. Tedavi öncesi WOMAC, VAS ve ROM (eklem hareket açıklık) verileri.

Tablo 2

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	P
WOMAC TDV ÖNCESİ	39,1±7,9	38,2±10,1	41,4±7,4	42,5±7,6	0.2527
WOMAC 2. AY	22,9±8,1	23,5±9,6	19,3±8,5	21,3±6,6	0.2379
WOMAC 6. AY	24,5±9,0	22,7±9,5	19,7±8,4	21,3±7,0	0.1083
VAS TDV ÖNCESİ	6,6±0,8	6,8±0,8	6,9±0,7	6,9±0,7	0.4940
VAS 2. AY	2,0±1,2	2,3±1,2	1,9±1,2	2,0±1,1	0.5576
VAS 6. AY	2,2±1,3	2,3±1,4	2,0±1,1	2,1±1,3	0.6617
ROM TDV ÖNCESİ	105,5±8,9	106,5±7,9	102,3±6,3	103,3±7,4	0.0736
ROM 2. AY	90,6±7,2	90,5±6,9	113,9±6,4	115,0±6,9	< 0.0001
ROM 6. AY	92,0±7,5	93,2±6,1	115,6±6,1	117,2±6,3	< 0.0001

Tedavi öncesi, tedavi sonrası 2. ay, 6. ay WOMAC, VAS ve ROM sonuçlarının karşılaştırılması.

DİĞERLERİ [SS-50] AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ TANILI HASTALARDA KLİNİK VE LABORATUVAR PARAMETRELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pınar Bora Karslı, Nurhan Güven, Abdulvahap Kahveci, Şebnem Ataman
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Ailevi Akdeniz ateşi (AAA), periyodik ateş sendromları içerisinde en sık karşılaşılan, genetik geçişli otoinflamatuar bir hastalıktır. Türkiye en fazla AAA hastasının bulunduğu ülkelerden biri olup; tekrarlayıcı ateş atakları, karın-göğüs ağrıları, artralji, artrit, miyalji ve erizipel benzeri deri döküntüleriyle karakterizedir. Bu çalışmada kliniğimizde AAA tanısıyla takipli hastaların klinik ve laboratuar özelliklerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastane dosya kayıt sistemi üzerinden tarama yapılan bu çalışmada Nisan 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında, FTR-Romatoloji kliniğinde; ICD-10 tanı kodu (E.85.0) olan hastaların dosyaları incelenip; hastaların demografik, klinik ve laboratuar özellikleri kaydedilerek analiz edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamıza kliniğimizde takipli 60 hasta dahil edilmiş olup; 39 (%65) hasta kadın, 21 (%35) hasta erkekti. Hastaların doğum yeri ele alındığında Ankara'dan (%36,7) sonra Çorum (%18,3) ikinci en sık şehirdi. Sigara kullanım oranı %14, alkol kullanım oranı ise %3 olarak kaydedildi. İlk şikayet zamanı ortalama 14,31 yıl, tanı süresi 11,22 yıldı. Spondiloartropati tanısı 11 (%18,3) hastada mevcutken; amiloidoz tanısı 5 (%8,3) hastada not edildi. Amiloidoz, iki hastada gastrointestinal sistemde, iki hastada böbrekte, bir hastada dalakta saptandı. Ailede AAA tanısı olan hasta sayısı 28 (%46,7) di. Atak sıklığı yıllık ortalama 5,67, atak süresi 2,93 gündü. Atak sırasında en sık görülen bulgular ateş (%75), karın ağrısı (%76,7) ve artralji (%73,3) iken; sakroiliit 12 (%20) hastada saptandı. Ortalama kolşisin dozu 2,6 tablet/gün, kolşisin kullanan hasta sayısı 48 (%80) di. Hastalardan yedisi yurtdışı kolşisin, biri anakinra, üç hasta kanakinumab kullanmaktaydı. Ortalama serum amiloid A 17,5 mg/L, spot idrar protein/ kreatin oranı 419,4, fibrinojen 3,38 g/L idi. MEFV geninde en sık görülen mutasyonlar ele alındığında M694V homozigot olan hasta sayısı 12 (%20), heterozigot hasta sayısı 17 (%28,3), M680I homozigot olan 3 (%5), heterozigot olan 7 (%11,7) hasta kaydedildi. Hastalardan 4'ünde (%6,7) HLA B27 pozitifliği mevcuttu (Tablo 1). M694V pozitifliği ile amiloidoz varlığı arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0.002, r=0.41).

SONUÇ: AAA ülkemizde sık görülen bir hastalıktır, ayrıca düzensiz takip ve tedaviye bağlı ciddi komplikasyonlar gelişebileceği için hastalık ilişkili özelliklerin bilinmesi takip ve tedavi şeması oluşturmada ve komplikasyonların önlenmesinde önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Ailesel Akdeniz Ateşi, atak özellikleri, amiloidoz

Tablo 1.

	n	%
Yaş (yıl)	40±13.5	
Cinsiyet (K/E)	39/21	65/35
İlk şikayet zamanı (yıl)	14.31	
Tanı süresi (yıl)	11.22	
Spondiloartropati	11	18.3
Amiloidoz	5	8.3
Atak sıklığı/yıl	5.67	
Atak süresi (gün)	2.93	
Kolşisin dozu (tablet/gün)	2.6	
Kolşisin	48	80
Yurtdışı kolşisin	7	11.7
Anakinra	1	1.7
Kanakinumab	3	5
Serum amiloid A (mg/L)	17.5	
Spot idrar protein/kreatin	419.4	
Fibrinojen (g/L)	3.38	
M694V homozigot	12	20
M694V heterozigot	17	28.3
M680I homozigot	3	5
M680I heterozigot	7	11.7
HLA B27	4	6.7

Ailesel Akdeniz ateşi tanılı hastaların klinik ve laboratuar özellikleri

DİĞERLERİ [SS-54] OSTEOPOROSIS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE SERUM URIC ACID LEVEL IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

Halise Hande Gezer[1], Didem Erdem Gürsoy[2], Sevtap Acer Kasman[1], Nuran Öz[1], Mehmet Tuncay Duruöz[1]
[1]*Marmara University School of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Rheumatology Division*
[2]*Adıyaman Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic*

OBJECTIVE: Although osteoporosis is an inherent comorbidity in inflammatory rheumatic disease and the risk of bone loss is high in patients with several rheumatic diseases, evidence is limited in psoriatic arthritis (PsA). One of the most prominent features in PsA is increased serum urate (SU) levels. Due to its antioxidant effects and protective role against osteoporosis, high SU levels are associated with increased bone mineral density (BMD) and reduced bone loss in the healthy population, and in patients with rheumatoid arthritis. However, whether this association is also present in patients with PsA has not been investigated.

The aim of this study was to evaluate PsA patients with respect to the presence of osteoporosis and its association with SU levels.

MATERIALS-METHODS: This ongoing study included 86 patients (68 female, 18 male) who were diagnosed with PsA according to the CASPAR criteria and had indications for BMD testing according to the National Osteoporosis Foundation. Clinical characteristics including body mass index (BMI), pain VAS, patient global VAS, enthesitis, and tender and swollen joint counts were recorded. Evaluations included the PASI, PsAQoL, and HAQ. Disease activity was assessed using the DAPSA, BASDAI, and MDA. Osteoporosis was defined as a BMD T-score of -2.5 or less and osteopenia as a BMD T-score between -1 and -2.5 (WHO osteoporosis).

RESULTS: The mean age of the study group was 55.4 (SD:9.2) years and the mean disease duration was 84.5 (SD:91.6) months. Indicators of secondary osteoporosis were type-1 diabetes mellitus (1%), hyperthyroidism (2.3%), early menopause (<age 40) (8.1%), and chronic liver disease (9.3%). As for the steroid use, the rates of never, previous and current users were 33.7%, 20.9% and 22.1%, respectively. Osteoporosis was found in 9.3% and osteopenia in 33.7% of the patients. A history of vertebral compression fractures or any fracture was present in 20.9% of the patients, half of whom were in postmenopausal. BMD L1-L4 T- and Z-scores were lower in female patients ($p<0.05$). DAPSA remission and MDA rates were 6% and 15%, respectively. Bone mineral density was similar across DAPSA disease activity categories (remission-low-moderate-high) ($p>0.05$). The frequency of osteoporosis did not differ significantly between patients with DAPSA remission and non-remission ($p>0.05$). The mean L1-L4 T- and Z-scores, and BMD g/cm2 were significantly higher in patients with MDA than those without MDA ($p<0.05$). The mean SU level was 5 (SD:1.3) mg/dl, and 18.6% of the patients had a SU level of 6 mg/dl or higher. There was no significant correlation between SU and BMD ($p>0.05$). BMI showed a weak correlation with femur total T-score ($r=0.244$). PASI showed weak inverse correlations with femur neck T-score ($r=-0.286$) and total femur T-score ($r=-0.245$). BMD variables showed no correlations with disease duration, acute phase reactants, BASDAI, PsAQoL, and cumulative steroid dose.

CONCLUSION: Patients with PsA did not have an increased prevalence of low BMD despite fractures. Osteoporosis was associated with MDA and the severity of psoriasis, but not with DAPSA, SU level, functional impairment, and quality of life.

KEYWORDS: Psoriatic arthritis, osteoporosis, üric acid

DİĞERLERİ [SS-14] FAMILIAL MEDITERRANEAN FEVER: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED VARIABLES IN A NATIONAL COHORT

Prof. Dr. Hatice Bodur[1], Assoc. Prof. Dr. Fatma Gül Yurdakul[2], Prof. Dr. Mehmet Tuncay Duruöz[3], Assoc. Prof. Dr. Hasan Fatih Çay[4], Ülkü Uçar , MD[5], Yaşar Keskin, MD[6], Betül Sargın, MD[7], Prof. Dr. Gülcan Gürer[8], Ozan Volkan Yurdakul, MD[9], Prof. Dr. Mustafa Çalış[10], Hülya Deveci, MD[11], Yıldıray Aydın, MD[12], Prof. Dr. Sami Hizmetli[13], Prof. Dr. Remzi Çevik[14], Ali Yavuz Karahan, MD[15], Prof. Dr. Şebnem Ataman[16], Assoc. Prof. Dr. Hilal Ecesoy[17], Prof. Dr. Zafer Günendi[18], Murat Toprak, MD[19], Nesrin Şen, MD[20], Duygu Altıntaş, MD[21], Ahmet Kıvanç Cengiz, MD[22], Gökhan Çağlayan, MD[23], Ali Nail Demir, MD[24], Hüseyin Kaplan, MD[25], Sertaç Ketenci, MD[26], Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu[27], Mehmet Nayimoğlu, MD[28], Prof. Dr. Kemal Nas[29], Assoc. Prof. Dr. Banu Sarıfakıoğlu[30], Prof. Dr. İlhan Sezer[31]

[1]*Ankara City Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[2]*Ankara City Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[3]*Marmara University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[4]*Antalya Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Rheumatology Clinic*
[5]*Antalya Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Rheumatology Clinic /Bozyaka Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Rheumatology Clinic*
[6]*Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[7]*Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic, Aydın State Hospital, Department of Rheumatology*
[8]*Adnan Menderes University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[9]*Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[10]*Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[11]*Gaziosmanpaşa University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[12]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[13]*Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[14]*Dicle University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[15]*Uşak University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[16]*Ankara University Faculty of Medicine, Department of Rheumatology Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[17]*Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[18]*Gazi University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[18]*Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[20]*Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic*
[21]*Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[22]*Sivas Numune Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic,* [19] *Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[23]*Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[24]*Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[25]*Erciyes University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Aksaray University Training and Research Hospital, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[26]*Giresun University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[27]*Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*
[28]*Namık Kemal University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[29]*Sakarya University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Immunology Clinic*
[30]*Namık Kemal University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[31]*Akdeniz University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation Rheumatology Clinic*

OBJECTIVE: Familial Mediterranean Fever (FMF) is a chronic inflammatory disease affecting primarily the populations of Mediterranean origin including Non-Ashkenazi Jews, Armenians, Turks and Arabs. It is a lifelong disease with harmful effects on quality of life due to the presence of recurrent attacks and side effects of medical treatment. Familial Mediterranean Fever Quality of Life Scale (FMF-QoL), a new, valid and reliable scale, has been proposed as a disease specific QoL assessment tool. In this study, we aimed to evaluate the effectivity of FMF-QoL for the measurement of quality of life in patients with FMF and to perform correlations between related clinical variables in a national cohort.

MATERIALS-METHODS: A total of 974 FMF patients were included. Sociodemographic characteristics and clinical features, FMF-QoL, short form-36 (SF-36), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Health Assessment Questionnaire (HAQ) and Functional Assessment of Chronic Illness Therapy scale (FACIT) were recorded.

RESULTS: The median age was 35 (26-45) years, female/ male was 1.9. Median FMF-QoL score was 26. Higher FMF-QoL scores

were shown to be related with female sex, illiterate or primary education, monthly low income (<300 $), smoking, late onset FMF (>20 years), higher number of attacks per month (>1/month) and severe disease. FMF-QoL scores were correlated negatively with subscales of SF-36, and positively with HADS-anxiety and HADS-depression scores, HAQ and FACIT (Table 1 and 2).

CONCLUSION: Female gender, smoking, lower educational status, more severe disease, fatigue and functional impairment were associated with poor QoL. FMF-QoL was noted as a valid and simple patient reported outcome instrument and it was correlated with SF-36 scale.

KEYWORDS: Quality of life, Familial Mediterranean Fever

Table 1. FMF-QoL values of the study group based on the demographic and clinical features

Variable	**Median (min-max)**			
Age (year)	35 (26-45)			
Duration of FMF (year)	7 (4-12)			
Disease severity score	6 (4-8)			
PGA-VAS	7 (5-8)			
Variable	Subgroup	n (%)	FMF-QoL	p
Gender	Female	640 (65.7)	28 (15-40)	<0.001
	Male	334 (34.3)	20 (9-34)	
Educational status	Illiterate or primary	289 (29.7)	32 (17-45)	<0.001
	Secondary	515 (52.9)	24 (12-36)	
	University or higher	170 (17.5)	20 (8-36)	
Monthly income	<150 $	127 (15)	33.0 (19-44)	<0.001
	150-300 $	239 (28.3)	29.0 (15-42)	
	301-450 $	251 (29.8)	23.0 (12-37)	
	>450 $	228 (27)	19.0 (8-33)	
Status of employment	Employed	610 (63.7)	26.5 (12-39)	0.086
	Unemployed	348 (36.3)	24 (12.8-36)	
Smoking	Yes	243 (24.9)	28 (13-40)	0.029
	Ex-smoker	111 (11.4)	27 (11-37)	
	No	620 (63.7)	25 (12-37)	
Age of onset (year)	< 5 years	59 (6)	18 (9-32)	<0.001
	5-10 years	210 (21.5)	23 (10-36)	
	11-20 years	312 (32)	25 (11.8-38)	
	>20 years	395 (40.5)	28 (16-41)	
Number of attacks per month	<1	443 (45.4)	22 (11-35)	<0.001
	1-2	334 (34.2)	28 (14-39)	
	>2	199 (20.4)	29 (13-44)	
Disease severity	mild (<=5 points)	444 (45.5)	24 (11-36.3)	<0.001
	moderate (6-10 points)	476 (48.8)	26 (12-39.5)	
	severe (>=10 points)	56 (5.7)	34 (20-48.5)	

FMF: Familial Mediterranean fever, PGA-VAS: visual analog scale patient global assessment.

Table2. Association between FMF-QoL and other patient reported outcomes

		SF-36 physical	SF-36 mental	HADS-A	HADS-D	HAQ-S	FACIT
FMF-QoL	Sperman's correlation coefficient	-0.697	-0.644	0.530	0.626	0.521	0.715
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

DİĞERLERİ [SS-18] THE INCIDENCE OF RESIDUAL DISEASE ACTIVITY FOLLOWING DIVERSE DISEASE ACTIVITY MEASUREMENTS FOR PSORIATIC ARTHRITIS

Halise Hande Gezer[1], Didem Erdem Gürsoy[2], Sevtap Acer Kasman[1], Mehmet Tuncay Duruöz[1]
[1]*Marmara University School of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Rheumatology Division*
[2]*Adıyaman Training and Research Hospital, Rheumatology Clinic*

OBJECTIVE: Due to the complex nature of psoriatic arthritis (PsA), diverse disease activity measures have been developed, the most common of which include Disease Activity Score for Psoriatic Arthritis (DAPSA), Minimal Disease Activity (MDA) and Very Low Disease Activity (VLDA). Recently, new composite measures have been developed such as Psoriatic Arthritis Disease Activity Score (PASDAS) and GRACE index. Due to different domains and assessments, even though these measures may indicate remission or low disease activity, residual disease activity (RDA) may persist.
The aim of this study was to evaluate RDA in patients with PsA.

MATERIALS-METHODS: A total of 148 patients (105 female, 43 male; mean age 47.5 (SD:12.6) years) who met the CASPAR criteria for PsA were recruited. Demographic and clinical characteristics of patients were recorded, including pain visual analog scale (VAS), joint VAS, patient global VAS, and tender and swollen joint counts. Evaluations included the Leeds Enthesitis Index (LEI), Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQoL), Short-Form 36 Health Survey (SF-36) and Health Assessment Questionnaire (HAQ). Disease activity and remission were assessed using the DAPSA, MDA, VLDA, PASDAS and GRACE Index. MDA was calculated with 5 and 6 positivity criteria separately. Low disease activity (LDA) was defined as follows: DAPSA <=14, PASDAS <=3.2 and GRACE Index <= 2.3. RDA was defined as the presence of at least one of the following criteria despite remission or LDA: tender and/or swollen joints >1, dactylitis >1, LEI>1, HAQ>0.5, PASI>1, PtGA>20, physician VAS>20, or pain VAS>15.

RESULTS: The mean duration of disease was 68.2 (SD:80.2) months. DAPSA-LDA, PASDAS-LDA, GRACE-LDA, MDA and VLDA were observed in 48.6%, 14.6%, 14.9%, 23.6% and 2% of PsA patients, respectively. RDA as determined by at least one domain was identified in 91%, 95%, 86% and 86% of patients who were classified as having MDA, DAPSA-LDA, PASDAS-LDA and GRACE-LDA, respectively. Undetected RDA was most common with DAPSA, whereas VLDA completely ruled out RDA. PASDAS and GRACE resulted in similar rates of RDA (Table-1). With DAPSA-LDA, the incidence of RDA in the pain domain was significantly lower with older age ($p<0.05$). Female patients had higher rates of RDA with the LEI and HAQ ($p<0.05$).

CONCLUSION: VLDA was the most and DAPSA was the least sensitive method to detect remission/LDA. RDA should be kept in mind in patients with PsA when using current measures to assess remission or LDA.

KEYWORDS: Psoriatic arthritis, Residual activity, Remission, Low disease activity

Table-1: RDA in patients with LDA/Remission according to diverse activity scores, n (%)

RDA, n (%)	MDA-5 n:35	MDA-6 n:13	VLDA n:3	DAPSA_LDA n:72	PASDAS_LDA n:22	GRACE_LDA n:22
RDA_TJC	4 (11.4)	1 (7.7)	0	25 (34.7)	3 (13.6)	1 (4.5)
RDA_SJC	1 (2.9)	0	0	3 (4.2)	0	0
RDA_dactylitis	2 (5.7)	0	0	2 (2.8)	1 (4.5)	1 (4.5)
RDA_PASI	4 (11.4)	1 (7.7)	0	23 (31.9)	5 (22.7)	5 (22.7)
RDA_VAS Pain	23 (65.7)	3 (23.1)	0	56 (77.8)	13 (59.1)	13 (59.1)
RDA_VAS Global	21 (60)	4 (30.8)	0	56 (77.8)	10 (45.5)	11 (50)
RDA_VAS Physician	26 (83.9)	8 (61.5)	1 (33.3)	64 (88.9)	15 (71.4)	16 (72.7)
RDA_HAQ	1 (2.9)	1 (7.7)	0	16 (22.2)	1 (4.5)	0
RDA_LEI	1 (2.9)	1 (7.7)	0	24 (33.3)	3 (13.6)	2 (9.1)

RDA: residual disease activity, MDA: Minimal disease activity, VLDA:Very Low disease activity, LDA: Low disease activity, TJC:Tender joint count, SJC: Swollen joint count

DİĞERLERİ [SS-67] SUBCLINICAL INFLAMMATION AND RELATED PARAMETERS IN PATIENTS WITH FAMILIAL MEDITERRANEAN FEVER

Mehmet Tuncay Duruöz, Nuran Öz, Aygün Özer, Halise Hande Gezer, Didem Erdem, Sevtap Acer Kasman
Department of Physical Medicine and Rehabilitation,Division of Rheumatology,Marmara University School of Medicine, İstanbul, TURKEY

OBJECTIVE: In this study, we aimed to investigate the clinical, demographic and genotypic features that may be associated with subclinical inflammation in FMF and to determine the related parameters with subclinical inflammation.

MATERIALS-METHODS: FMF patients according to the Tel-Hashomer criteria were included into the study. The demographic characteristics of the patients, duration of the disease, concomitant diseases, MEFV genotype mutation, colchicine use and resistance were collected. Acute-phase reactants such as white blood cell count, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein levels during the attacks and attack-free periods were noted. Subclinical inflammation was defined as the continuation of the acute phase response (CRP) between episodes. We divided study population into two groups as; patients with or without subclinical inflammation (Group 1 and Group 2, respectively) and these group were compared with the parameters described above. Patients with infectious disease (viral or bacterial) in the past two months were excluded from the study

RESULTS: Eigthy patients (72.5% female) with mean age 37.1 SD 11.2 years were recruited into the study. Twenty-three (28.7%) patients were determined with subclinical inflammation. Group 1 had significantly higher rate of concomitant rheumatic disease(i.e spondyloarthropathy), erythrocyte sedimentation rate and MEFV homozygous mutation compared with Group 2 ($p<0.05$, for each). Disease duration, months PRASS score, FMF quality of life, age at onset of symptoms, family history of FMF, response to colchicine, attack time, attack in the last 6, delay in diagnosis parameters were not significantly different between groups ($p> 0.05$).

CONCLUSION: FMF patients whose elevated erythrocyte sedimentation rate and MEFV homozygous mutation should be closely monitored for subclinical inflammation even during attack-free periods. Concomitant disease should be detected in FMF patients with subclinical inflammation.

KEYWORDS: C-reactive protein, Familial Mediterranean Fever, subclinical inflammation, MEFV genotype mutation

Table 1 Demographic and clinical features of the patients with familial Mediterranean fever

	Without Subclinical inflamation n= (57)	With Subclinical inflamation n= (23)	P value
Age (years; mean SD)	37,78 SD 13,22	36,82 SD 10,49	0,987
Female, gender, n (%)	45(%78)	13(%56)	0,055
Disease duration (month; mean SD)	255,3 SD 195,1	180,2 SD 121,1	0,191
PRASS score (mean SD)	6,08 SD 2,15	5,36 SD 1,59	0,147
BMİ, kg/m2	26,33 SD 5,37	26,12 SD 4,8	0,996
Current smoking status (%)	17(%29)	3(%13)	0,067
Age at onset of symptoms (month; mean SD)	15,69 SD 9,41	17,28 SD 10,34	0,54
Family history of FMF(%)	37(%64)	18(%78)	0,295
Response to colchicine(%)	6(%10)	4(%17)	0,462
Attack time (day; mean SD)	1,9 SD 1,1	2,26 SD 1,4	0,523
Attack in the last 6 months (mean SD)	2,79 SD 3,1	4,56 SD 5,5	0,184
C-reactive protein, mg/L (mean SD)	3,23 SD 0,54	19,44 SD 16,01	<0,001
Erythrocyte sedimentation rate, mm/hr (mean SD)	22,75 SD 14,45	39,22 SD 23,12	0,003
FMF quality of life (mean SD)	31,5 SD 13,6	25.7 SD 16,4	0,130
Delay in diagnosis(month; mean SD)	12,29 SD 10,9	14,3 SD 14,9	0,840
MEFV mutation analysis(%)	50(%87,7)	18(%78,3)	0,311
MEFV homozygote mutation(%) (n=68)	11(%22)	12(%66,7)	0,001
Concomitant spondyloarthritis(%)	3(%5,3)	5(%21,7)	0,040

Continuous variables are presented as mean ± SD, nominal variables presented as frequency (%).BMI, body mass index; FMF, Familial Mediterranean Fever.

DİĞERLERİ [SS-72] PSÖRİYATİK ARTRİTTE ONLİNE SİTELERİN KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Akif Güler
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul

AMAÇ: Günümüzde farklı semptomlar ve hastalıklarda, hastaların ilk başvurduğu kaynakların başında internet gelmektedir. İnternetteki bilgilerin herhangi bir denetime tabi olmaması bu bilgilerin güvenilirliğinin ve uygunluğunun sorgulanmasına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı "psöriyatik artrit" konusunda hastaların öncelikli karşılarına çıkacak farklı internet sitelerinin tıbbi açıdan kalitesini incelemek ve karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 10 Ocak 2020 tarihinde internet (www.google.com) kullanılarak "psoriatic arthritis" aranak çıkan ilk 3 sayfadaki toplam 30 internet sitesi incelendi. İnternet siteleri özelliklerinde göre; ticari, devlet kaynaklı, sağlık portalı, kar amacı gütmeyen-dernek ve profesyonel olarak gruplandırıldı. İnternet sitelerdeki bilgilerin psöriyatik artrit açısından güvenilirliği ve kalitesi; tanım0, semptom, etiyoloji, prevelans, tanı, tedavi ve prognoz olarak sınıflandırıldı, puan ile 5 puan arasında skorlandı. Ayrıca internet sitelerindeki yazılı tıbbi bilgi kaynaklarının içeriğini hasta bazlı değerlendirilirken DISCERN anketi kullanıldı. Bilgi kaynaklarının güvenilirliği the Journal of the American Medical Association (JAMA) Skorlama sistemi ile değerlendirildi. İnternet sitelerinin teknik özellikleri, bilgi akışının hızı ve yazıların uygunluğu ayrıca değerlendirildi (www.sitechecker.pro). Sitelerinin güvenilirliğini ve uluslararası geçerliliği HONcode sertifikasyonu ile değerlendirildi.

BULGULAR: Bilimsel makaleler ve çift siteler dışlandığında toplamda 25 (83.3%) internet sitesi değerlendirildi. Site türü incelendiğinde çoğunluğu sağlık portalı (n=10,40%) idi. İnternet sitelerinin total puan ortalamaları, hastalık tanımı için 3.2±0.76, semptomlar 3.24±0.77, etiyoloji 2.92±0.86, prevalans için 2.68±0.98, tanı için 3.12±1.05, tedavi için 3.04±1.13 ve prognoz için 1.72±1.42 idi. İnternet sitelerinin DISCERN anket ortalamaları 45.64±9.59, JAMA skor ortalaması 7.36±2.85 olarak tespit edildi. İnternet sitelerinin sadece 8'i (32'si) HONcode sertifikasyonuna ve onaylanmış içeriğe sahipti.

SONUÇ: Bu çalışma günümüzde rahatlıkla ulaşılabilen internet ortamındaki bilgileri "psöriyatik artrit" açısından değerlendirmesi açısından önem taşımaktadır. Farklı semptomlar ve hastalıklar hakkında interneti güvenilir kılmak ve doğru bilgiler sağlamak, hastaların doğru bilgiye ulaşması açısından yararlı ve önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: İnternet, online öğrenme, psöriyatik artrit, sağlık bilgisi

DİĞERLERİ [SS-26] PRİMER SJOGREN SENDROMLU HASTALARDA OTOANTİKOR SIKLIĞI VE FOKUS SKORU İLE İLİŞKİSİ

Nedim Kaban, Ali Can Soylu, Umut Bakay, Gülcan Gürer
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Romatoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Primer sjogren sendromu (pSS), genel erişkin nüfusunun % 0.1-0.6'sini etkileyen, kadın / erkek oranı en az 9: 1 ve tanı yaşı ortalama 50 yıl olan yaygın bir hastalıktır. Anti-Ro ve / veya anti-La antikorları, genellikle ANA pozitifliği olan pSS hastalarının yaklaşık % 70'inde bulunur (1). Ayrıca; pSS, hastaların çoğunda (% 60-90) romatoid faktörün (RF) pozitif olduğu otoimmün hastalıklardan biridir (2). Biz de çalışmamızda, pSS hastalarımızdaki bu otoantikorların sıklığını ve minör tükrük bezi biyopsisi fokus skoru ile ilişkisini saptamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Retrospektif olarak planlanan çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR-Romatoloji Bilimdalı'nda 2016-2019 yılları arasında 2016 ACR/EULAR primer sjogren klasifikasyon kriterlerine göre pSS tanısı konulan 56 hasta alındı.

BULGULAR: Hastaların tamamı kadındı. Yaş ortalaması 53,71 ± 11,14 yıl 'idi. Hastalık süresi 32,02 ± 21,91 ay, hastalık başlangıcında ölçülen ESSPRI(EULAR Sjogren's Syndrome Patient Reported Index)=4,61 ± 0,8 ESSDAI(EULAR Sjögren's syndrome disease activity index)=2,45 ± 1,74 ve kompleman düzeyleri ise C3:126,22 ± 18 g/L, C4: 25,67 ± 9,15 g/L idi. Hastaların yaklaşık yarısında ek olarak (n=26, %46,4) fibromiyalji sendromu mevcuttu. Sikka semptom şiddeti (VAS=0-100) ortalaması 50,18±19,250 olup orta düzeydeydi. Bir hastada geçici transaminaz yükseliği dışında biyokimyasal parametlerde bozukluk saptanmadı. 25-(OH)-D vitamini düzeyleri 22,48± 8,87 ng/ml bulundu.

Hastaların % 35,7 (n=20)'sinde RF pozitifliği saptandı. Bu hastaların da %40 (n=8)'ında RF pozitifliği yüksek titredeydi. ANA (anti nükleer antikor) pozitifliği ise %73,2 (n=41) olup, titrasyonuna göre bakıldığında 1/100, 1/160, 1/320, 1/1000 titrasyonlardaki pozitiflik oranları sırasıyla % 26 (n=15), %19,6 (n=11), %12,5 (n=7) ve %14,3 (n=8) olarak tespit edildi. ANA pozitifliği olan hastalarda anti-Ro antikoru %70,7 (n=29) oranında saptandı.

Minör tükrük bezi biyopsisi yapılan 34 hastada fokus skorları beş evre olarak sınıflandı. Fokus skoru şiddeti artan düzeyde sırasıyla, evre 0=normal= % 14,3 (n=8), evre1=% 19,6 (n=11), evre 2=% 10,7 (n=6), evre 3=% 12,5 (n=7), evre 4=%3,6 (n=2) olarak tespit edildi. Fokus skoru ile RF pozitifliği, ANA titrasyon düzeyi ve Anti Ro pozitifliği arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı (sırasıyla anlamlılık düzeyleri; p>0.05).

SONUÇ: Çalışmamızda RF pozitiflik oranı literatüre göre daha düşük, anti-Ro pozitifliği oranı ise benzer bulunmuştur. 25-OH D vitamin düzeyleri (3) ve fibromyalji prevalansı literatüre göre daha yüksek saptanmıştır (4).Otoantikorlar ile fokus skoru evresi arasında herhangi bir korelasyon saptanmamasının nedeni ANA ve Anti Ro antikor pozitifliği olan hastaların tanı kriterlerini karşılaması nedeniyle minör tükrük bezi biyopsisi yapılmamasına bağlı olabilir. Çalışmamızdaki bu sonuçları destelemek için hasta sayısının daha fazla olduğu ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

(1) SJ Bowman. Primary Sjogren's syndrome. Lupus (2018) 27, 32–35.

(2) Maria Ma□li□ska et.al. Primary Sjögren's Syndrome and Autoantibodies. Open access peer-reviewed chapter. April 4th 2018

(3) Sandhya P et. al. Vitamin D Levels and Associations in Indian Patients with Primary Sjögren's Syndrome. J Clin Diagn Res. 2017 Sep;11(9):OC33-OC36.

(4) Byoong Yong et. al. Prevalence of Fibromyalgia Is Increased in Primary Sjögren's Syndrome Compared with SLE and Associated with Depression and Severe Vitamin D Deficiency. 2012 ACR/ARHP Annual Meeting

ANAHTAR KELİMELER: anti nükleer antikor, fibromyalji, romatoid faktör, Sjogren, vitamin d

DİĞERLERİ [SS-121] MİYELODİSPLASTİK SENDROM İLİŞKİLİ DİZDE MONOARTRİT OLGUSU

Gizem Suna, Şahika Burcu Karaca
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

AMAÇ: Miyelodisplastik sendromlu (MDS) hastaların yaklaşık %10-20'sinde romatoid artrit, kutanöz vaskülit, akut artrit, Sjogren sendromu, polimiyaljia romatika ve tekrarlayan polikondrit gibi çeşitli romatizmal bulgular tanımlanmıştır. Bu yazıda MDS ilişkili prednizolona dirençli tekrarlayan diz monoartritli olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: 70 yaşında MDS, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları olan erkek hasta polikliniğimize sol dizde 2 yıldır tekrarlayan ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın mevcut tedavisi kan transfüzyonu uygulamaları, Silodosin, Ranolazin, Defarosiroks, Klopidogrel, Asetilsalisilik asit, Doksazosin, Umeklidiniyum + vilanterol idi. Daha önce ortopedi bölümü tarafından eklem aspirasyonları yapılmış, Romatoloji polikliniği tarafından prednizolon 2 mg/gün başlanmış, ancak fayda görmemişti. Muayenesinde eklem hareket açıklığı normaldi, efuzyon ve hafif ısı arışı mevcuttu. Sağ ve sol diz arasında 2 cm çap farkı vardı. Laboratuvar testlerinde Eritrosit sedimantasyon hızı 3 mm/1. Saat, C-reaktif protein 5,02, WBC 4,75 10^3/uL (%57 nötrofil), HGB 8,5 g/dL, PLT 97.000uL, kreatinin 1,22 mg/dL idi. Karaciğer fonksiyon testleri ve ürik asit seviyesi normaldi. Anti-nükleer antikorlar, RF, Anti citrulline antikoru ve Brucella tüp agglutinasyon testi negatifti. Sol diz MR görüntülemesi suprapatellar bursada sıvı artışı ve sinovit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yapılan diz US larında suprapatellar reses ve diz eklem aralığında sıvı izlendi. Dizinden ultrason eşliğinde sinovyal sıvı aspirasyonu yapıldı, 20 mg triamsolon enjekte edildi. Hastaya prednol 20 mg/gün dozunda başlandı. 10 gün sonra kontrolde görülen hastanın ağrı şikayeti bir miktar azalmıştı, ancak sol dizde efuzyonu yeniden gelişmişti. Hidroksiklorokin 400 mg/gün dozunda başlandı. Prednol dozu haftalık periyotlarla azaltılarak kesildi. 2 hafta sonra kontrolde görülen hastanın her iki diz arasındaki çap farkı 1 cm'e gerilemişti ve VAS'ı 9'dan 5'e gerilemişti. 3 ay sonraki kontrolünde VAS değeri 3'e gerilemişti.

SONUÇ: MDS ile ilişkili görülen artrit sendromlarında hidroksiklorokin ve prednol kombinasyonunun sadece prednol tedavisine göre daha etkili bir tedavi olabileceğini düşünmekteyiz. Tedavi algoritması oluşturmak için bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER: Miyelodisplastik sendrom, monoartrit, hidroksiklorokin

AUTHORTOEDİTOR: Nadir bir olgu oldugu için dikkat çekeceğini düşünmekteyiz.

[SS-122] RELIABILITY OF INPATIENT INTRAVENOUS BIOLOGICAL AGENT THERAPIES DURING COVID-19 PANDEMIC

Melda Ulaş Güncan[1], Orhan Sezgin[2], Melek Sezgin[3]
[1]*Mersin Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Mersin*
[2]*Mersin Üniversitesi,Gastroenteroloji Bilim Dalı, Mersin*
[3]*Mersin Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Mersin*

OBJECTIVE: Several biological agents such as tumor necrosis factor-α (TNF-α) inhibitors, interleukin-6 (IL-6) receptor inhibitors and various monoclonal antibodies are being used in the treatment of many immune-mediated inflammatory diseases [1]. The aim of this study was to investigate the reliability and risk of intravenous biological therapy in the COVID-19 pandemic.

MATERIALS-METHODS: We evaluated patients with rheumatic diseases who were followed in Hospital of Mersin University, Departments of Physical Therapy and Rehabilitation and Gastroenterology and received intravenous biological agent therapy between 11, March 2020 (when first COVID-19 case was identified in Turkey) and 31, May 2020. In all patients, biological agent and diagnosis, treatment adherence, number of treatments, drug intervals, presentation to hospital with suspected COVID-19 and COVID-19 positivity were recorded.

RESULTS: During this period, 92 patients were given intravenous biological agent in the hospital. Two patients declined treatment due to anxiety and uncertainty. Of these patients, 49 (53.3%) were male and 43 (46.7%) were female. Mean age was 44.5 years ranging from 18 to 71 years. When the diagnoses were assessed, it was seen that there was 29 patients (31.5%) with ankylosing spondylitis, 21 patients (22.4%) with rheumatoid arthritis, 15 patients (16.3%) with ulcerative colitis, 14 patients (15.2%) with Crohn's disease, 7 patients (7.6%) with enteropathic arthritis, 3 patients (3.3%) with Behçet's disease, 2 patients (2.2%) with psoriatic arthritis and 1 patient (1.1%) with juvenile rheumatoid arthritis. Of the patients, 59 (64.1%) were receiving infliximab while 21 (22.8%) receiving vedolizumab, 10 (10.9%) receiving tocilizumab and 2 (2.2%) receiving rituximab (Table 1). Of the patients receiving infliximab, 76.3% (45 patients) were receiving original drug (Remicade) while 23.7% (14) were receiving biosimilar (Remsima). Ninety-one patients have been receiving biological agent therapy over 9 months while biological agent therapy was newly initiated in one patient. Forty-five patients (48.9%) received one session while 42 patients (45.7%) received 2 sessions and 5 patients (5.4%) received 3 sessions. All patients received 3 sessions were using tocilizumab therapy. During this period, symptoms suggestive for COVID-19 were seen in only one patient but PCR test was found to be negative. In remaining patients (n=91), no PCR testing was performed due to lack of any symptoms suggestive for COVID-19.

CONCLUSION: The effects of biological agents widely used in immune-mediated inflammatory diseases on prognosis of COVID-19 have become increasingly important in the management of these patients. Although risk for viral, bacterial and granulomatous infections is increased in patients receiving anti-TNF-α agents, tocilizumab, vedolizumab and rituximab, there is no evidence that indicates increased risk for COVID-19 [1-3].

The immunopathogenesis of COVID-19 disease was linked to cytokine storm. During cytokine storm, TNF-α plays role in pro-inflammatory activity by causing increased tissue damage, lung injury and shock via vascular leakage [4]. Although it was shown that TNF-α inhibitors are not effective in the treatment of septic shock, it is currently unclear whether cytokine blockade can be effective in COVID-19-related cytokine storm [5,6]. IL-6 is an important molecule in the pathophysiology of disseminated intravascular coagulation (DIC) and cytokine storm. There are ongoing randomized trials using tocilizumab (that inhibits IL-6 pathway) in the treatment of COVID-19. However, published studies suggest that these agents showed no clinical benefit [7,8]. Vedolizumab prevents memory T lymphocyte migration to inflamed gastrointestinal tissue along endothelium by blocking interaction of α4β7 integrin with mucosal cell adhesion molecule-1 selectively. This selective effect is linked to a lower risk for infection when compared to other biological agents [9]. This suggest that the risk for COVID-19 may be lower in vedolizumab when compared to other biologics but there is no study on this issue. Rituximab acts on CD20+ B cells and have a non-specific effect on antibody titers by inducing complement-mediated cytotoxicity [10]. To best of our knowledge, there is no study about its relationship with COVID-19.

Our study showed that no COVID-19 was detected in our patients receiving intravenous biological agent for different indications. Strict adherence to social isolation measures by patients, giving intravenous treatment at a distinct unit in the hospital and separation of staff working in COVID-19 unit can be considered as reasons for lack of COVID-19 in our patients. The treatments as day case in outpatient settings allowed close monitorization. In all patients, clinical, laboratory and contact status were questioned in details. However, routine PCR screening could not be performed due to administrative pandemic policy.

COVID-19 pandemic has rapidly spread worldwide, becoming life-threatening process. There is ongoing uncertainty regarding patients receiving biological agents with different approaches. Our observations support that intravenous biological agent treatment does not increase risk for COVID-19; thus, they can be used safely.

KEYWORDS: biological agents, COVID

DİĞERLERİ [SS-34] JUVENİL VE ERİŞKİN BAŞLANGIÇLI AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ TANILI HASTALARDA KLİNİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Didem Erdem Gürsoy, Halise Hande Gezer, Sevtap Acer Kasman, Nuran Öz, Aygün Özer, Mehmet Tuncay Duruöz
Maramara Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Çalışmanın amacı juvenil ve erişkin başlangıçlı Ailevi Akdeniz Ateşi tanılı hasta gruplarında klinik özelliklerin, yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumun karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Romatoloji polikliniğinde takipli, Livneh Tanı Kriterlerine göre Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tanısı konulmuş olan hastalar alınmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, semptom süresi, hastalık süresi, tanı yaşı, tanıda gecikme zamanı, eşlik eden hastalıkları ve aldıkları tedavi kaydedilmiştir. Semptomların başlama yaşı <= 20 olanlar juvenil başlangıçlı, >20 yaş olanlar erişkin başlangıçlı FMF olarak sınıflandırılmıştır.

Hastaların atak sıklığı, atak özellikleri, amiloidoz gelişip gelişmediği kaydedilmiştir. FMF hastalık aktivitesini değerlendirmede Pras hastalık şiddeti skorlaması, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde Ailevi Akdeniz Ateşi Yaşam Kalitesi Ölçeği (FMF-YK) ve SF-36, fonksiyonel durum değerlendirilmesinde Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire = HAQ) anketi kullanılmıştır.

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel analizde ortalama, ortanca, standart sapma, aralık ve yüzde dağılımlarla değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farkı değerlendirmede Ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun ortalamasını karşılaştırmada Mann Whitney-U testi 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 86 FMF tanılı hastanın (23 erkek, 63 kadın) yaş ortalaması 38.38 (SS: 12.13) olarak saptanmıştır. Hastaların %26.7'i juvenil başlangaçlı FMF grubunda yer almaktadır.

Juvenil ve erişkin başlangıçlı FMF grupları arasında cinsiyet dağılımı, atak sıklığı, atak süresi, ataklar arasında akut faz değerleri, kullanılan kolşisin dozu, kolşisin direnci varlığı, amiloidoz ve komorbid hastalık varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tanıda gecikme süresi erişkin başlangıçlı FMF grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0.005$).

PRAS hastalık aktivite skoru juvenil başlangıçlı FMF grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0.001$). SF-36 alt grupları, HAQ skorları ve FMF-YK skorları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p> 0.05$).

SONUÇ: Juvenil ve erişkin başlangıçlı FMF tanılı hasta grupları arasında yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum açısından anlamlı fark saptanmamışken, hastalık aktivitesi skorları juvenil başlangıçlı FMF grubunda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Erişkin başlangıçlı FMF hastalarında tanıda gecikme süresi daha yüksektir.

ANAHTAR KELİMELER: Ailevi Akdeniz Ateşi, fiziksel fonksiyon, hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi

DİĞERLERİ [SS-06] INVESTIGATION OF HLA-B POLYMORPHISM AND ITS RELATIONSHIP WITH CLINICAL FINDINGS IN PATIENTS WITH FAMILIAL MEDITERRANEAN FEVER

Rahime Merve Aktamış[1], Mehmet Kırnap[1], İsa Cüce[1], Türkan Patıroğlu[2]
[1]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, Erciyes University, Kayseri, Turkey*
[2]*Department of Pediatrics and Immunology, Faculty of Medicine, Erciyes University, Kayseri, Turkey*

BACKGROUND AND AIM: In recent years, the demonstration that the current MEFV mutation in patients with Familial Mediterranean Fever (FMF) provides limited benefit in predicting the severity and clinical presentation of the disease suggests that there are additional genetic and/or environmental factors affecting the pathogenesis of the disease. It is well known that Human Leukocyte Antigens (HLA) class I, and particularly its subgroup HLA-B alleles are associated with some autoimmune diseases, which have similar phenotypic properties with FMF and that it may vary depending on ethnicity. Therefore, we aimed to investigate the HLA-B polymorphism in FMF patients and its relationship with genetic (MEFV) and clinical findings.

MATERIALS-METHODS: In total, 117 Turkish FMF patients meeting the Tel Hashomer criteria and 118 healthy controls were included in study. Demographic and disease-related clinical data and laboratory findings, as well as MEFV gene mutations were recorded. Disease severity was evaluated with a scoring system suggested by Pras et al. HLA-B genotyping was performed using Luminex technology based on PCR-based sequence specific oligonucleotide probe (PCR-SSO) method from the venous blood sample of all participants.

RESULTS: In the analysis of HLA-B alleles, there was no significant difference between the patient and the healthy control groups. HLA-B*37, B*52 and B*80 were significantly higher in patients with colchicine resistance than in patients without colchicine resistance ($p<0.001$, $p = 0.007$ and $p<0.001$, respectively). HLA-B*07, B*41 and B*58 were significantly higher in patients with amyloidosis than in patients without amyloidosis ($p = 0.042$, $p = 0.039$ and $p = 0.039$, respectively). HLA-B*27 and B*49 were significantly higher in patients with sacroiliitis than in patients without sacroiliitis ($p = 0.001$ and $p = 0.013$, respectively). Finally,the HLA-B*13 was significantly higher in patients with moderate to severe disease course than in patients with mild disease course ($p = 0.015$).

CONCLUSION: Our study showed that HLA-B alleles were not different from the control group in FMF patients. However, it was concluded that HLA-B*37, B*52 and B*80 alleles may be related to colchicine resistance; HLA-B*07, B*41 and B*58 alleles may be related to amyloidosis; HLA-B*27 and B*49 alleles may be related to sacroiliitis and HLA-B*13 allele may be related to severity of the disease. To our knowledge, this is the first comprehensive study to investigate HLA-B alleles in Turkish patients with FMF. Our data, together with those previously obtained in very few studies, suggest that HLA-B alleles in FMF may affect the phenotype of the disease, which may differ according to ethnicity.

KEYWORDS: Familial Mediterrenean fever, major tissue-compatibility complex (MHC), human leukocyte antigens (HLA), MEFV

POSTER BİLDİRİLER

PS-01 POSTMENOPOZAL KADINLARDA PNF VE FRENKEL EGZERSİZLERİNİN DENGE, DÜŞME RİSKİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Samed Solak[1], Hilal Yesil[1], Ümit Dündar[1], Hasan Toktaş[1], Murat Yeşil[2], Murat Korkmaz[1]
[1]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Afyon*
[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Afyon*

AMAÇ: Postmenopozal kadınlarda PNF ve Frenkel egzersizlerinin denge, düşme riski ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya katılan 48 postmenopozal kadın blok randomizasyon yöntemi ile PNF (n=24) ve Frenkel (n=24) egzersiz gruplarına ayrıldı. PNF grubuna haftada 5 gün toplam 20 seans ve 30'ar dakika PNF (dinamik stabilizasyon, ritmik stabilizasyon, kombine izotonik kontraksiyonlar ve tut-gevşe aktif hareket teknikleri dört kalça paterninde) egzersiz programı uygulandı. Kontrol grubuna ise Frenkel koordinasyon egzersizleri ev egzersiz programı şeklinde haftada 5 gün 20 seans olarak verildi. Frenkel egzersizleri hastalara fizyoterapist tarafından bir kez gösterildi. Ardından ev broşürü şeklinde egzerizleri gösterir bilgilendirme föyü verildi. Tedavi öncesi ve sonrasında, hastaların el sıkma kas gücü Jamar el dinamometrisi ile, yaşam kalitesi SF-36 ile, düşme riski FROP-Com (Falls Risk of Older People-Community Setting) ile, denge durumları ise fonksiyonel uzanma testi, tek ayak üzerinde durma testi, zamanlı kalk ve yürü testi ve Berg denge ölçeği ile değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama yaşları 57.1±6.2 yıl olan hastaların 13'ünde (%27.1) son 6 ay ve son 12 ay içerisinde düşme öyküsü mevcuttu. Grup içi değerlendirmelere baktığımızda PNF grubunda tüm parametrelerde anlamlı iyileşme saptandı ($p<0.05$). Frenkel grubunda ise tek ayak üzerinde durma testi ($p=0.064$) ve SF-36 mental sağlık skoru ($p=0.057$) dışında anlamlı iyileşme sağlandığı belirlendi. Gruplar arasında; el sıkma kas gücü, FROP-COM, fonksiyonel uzanma testi ve zamanlı kalk ve yürü testi skorları açısından anlamlı farklılık tespit edilmedi (sırasıyla; $p=0.085$, $p=0.167$, $p=0.143$ ve $p=0.361$). Tek ayak üzerinde durma testi ve berg denge ölçeği skorlarındaki yüzde değişim miktarı ise PNF grubunda anlamlı olarak daha fazla idi (sırasıyla; $p=0.022$ ve $p= 0.002$). SF-36 fiziksel fonksiyon ve ağrı skorlarındaki yüzde değişim miktarı da PNF grubunda anlamlı olarak daha fazla idi (sırasıyla; $p=0.000$ ve $p=0.002$).

SONUÇ: Sonuç olarak çalışmamızda PNF ve Frenkel egzersiz programlarının postmenapozal kadınlarda denge parametreleri, düşme riski ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde anlamlı etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte Frenkel ev egzersiz programının daha ucuz ve daha kolay olması, daha az insan gücü gerektirmesi nedeniyle postmenapozal kadınlarda dengenin geliştirilebilmesi açısından daha çok tercih edilebileceğini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: Denge, egzersiz, postmenapozal kadın, yaşam kalitesi

PS-02 ERİTEMA MULTİFORME İLE BAŞVURAN SARKOİDOZ OLGUSU

Ayça Ayşe Aytekin, İlhan Sezer, Cahit Kaçar
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ: Sarkoidoz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, histopatolojik olarak non-kazeifiye granülamatöz inflamasyonla karakterize, birçok organ ve sistemi etkileyebilen, sistemik inflamatuar bir hastalıktır. Solunum sistemi, lenf nodları, kas iskelet sistemi, göz, karaciğer, dalak, cilt, kalp, santral sinir sistemi, periferik sinir sistemi ve böbrekler tutulan organ ve sistemler arasındadır. Cilt tutulumu %30 oranında görülür. Spesifik kutanöz lezyonlar viyolase veya hiperpigmente ciltten kabarık papül, plak veya nodüller şeklinde görülür. En sık görülenleri makulopapüler lezyonlar, subkutan nodüller, skar sarkoidozu, plaklar ve lupus perniodur. Non- spesifik lezyonlar içerinde eritema nodozum dışında sweet sendromu, eritema multiforme, pyoderma gangrenozum, clubbing, pruritus görülebilir. Spesifik lezyonların biyopsisinde granlomatöz inflamasyon görülürken, nonspesifik lezyonlar da görülmez. Nonspesifik lezyonlar çoğunlukla akut başlangıçlı ve benign seyirlidir. Biz de bu sunumumuzda ateş yüksekliği ve eritema multiforme ile başvuran sarkoidoz tanısı alarak takibe alınan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 59 yaşında kadın hasta; ateş yüksekliği, yaygın eklem ağrısı ve avuç içlerinde, bacak ön yüzünde ve ayaklarında döküntü ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hastanın şikayetlerinin yaklaşık 1 aydır olduğu, ateş yüksekliğinin evdeki ölçümlerinde yaklaşık 39 dereceyi bulduğu öğrenildi. Özgeçmişinde hipertansiyon ve astım nedeniyle takipli olduğu öğrenildi. Yaklaşık 1 yıl önce sol periferik fasial paralizi nedeniyle kulak burun boğaz bölümünce tedavi edildiği öğrenildi. Romatolojik sorgulamasında başka anlamlı bulgu saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde ateş 38,2, yaygın eklem hassasiyeti saptandı, eklem şişliği saptanmadı. Her iki el palmar yüzünde, ayak dorsumunda ve bacak ön yüzünde yaygın viyolase, eritematöz papül ve plaklar saptandı. Tetkiklerinde CRP 15,59 mg/dl, sedimentasyon 42 mm/saat, hemoglobin 13 g/dl, lökosit 11,03 bin/mm³, nötrofil 9,59 bin/ mm³, 448 bin/mm³ saptandı. Hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda, tam idrar tetkiki doğal saptandı. ANA, ENA profili, ANCA, RF negatif saptandı. Brucella tüp lam aglutinasyon ve immuncapture aglutinasyon testleri negatif saptandı. İstenen quantiferon testi sonucu indetermine olarak sonuçlandı. Hepatit B,C ve HIV serolojisi negatif saptandı. Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk saptanması nedeniyle toraks tomografisi istendi. Sonucunda mediasten penceresinde yapılan incelemede sağ - sol paratrakeal, subkarinal, prevasküler ve her iki hiler alanda en büyüğünün kısa aksı 2.5 cm ölçülen çok sayıda lenfadenopati izlendi; sol akciğer üst lob apikal segmentte, sağ akciğer orta lob lateral segmente ve sağ akciğer alt lob apikal segmentte en büyüğünün çapı 11 mm ölçülen pulmoner nodüller izlendi. Hasta cilt lezyonları ve mediastinal ve hiler lenfadenopatilere yönelik örnek alınması için dermatoloji ve göğüs hastalıkları bölümüne yönlendirildi. Endobronşial ultrason ile transbronşial iğne aspirasyonu uygulandı. Patolojik değerlendirme sonucu sarkoidoz ile uyumlu şeklinde raporlandı. Ayırıcı tanı için uygulanan histokimyasal EZN, GMS ve PAS boyaları ile spesifik mikroorganizma görülmedi. Tüberküloz kültürü sonucu üreme olmadı. Serum Anjiotensin Converting Enzim (ACE) düzeyleri, serum ve idrar kalsiyum düzeyleri, 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Hastanın kardiyak tutulum istenen EKG'sinde ve göz tutulumu açısından yapılan göz hastalıkları muayenesinde patoloji saptanmadı. Solunum fonksiyon testleri ve 6 dakika yürüme testi normal saptandı. Cilt biyopsisi sonucu eritema multiforme ile uyumlu olarak raporlandı. Dermatoloji bölümü tarafından oral steroid tedavisi başlandı. 1 haftalık tedavi sonrasında hastanın cilt lezyonları ve diğer klinik bulguları geriledi. Hastanın 3 ay aralıklarla tedavisiz izlemi önerildi.

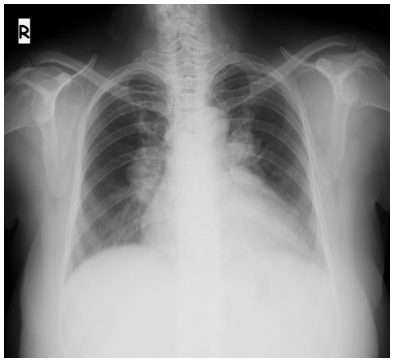
SONUÇ: Sarkoidozlu hastaların yaklaşık üçte birinde cilt tutulumu görülebilir ve cilt tutulumunda görülen lezyonlar değişik morfolojilerde olabilir. Deri lezyonları hastalığın herhangi bir döneminde ortaya çıkabileceği gibi genellikle başlangıcından itibaren bulunur. Sistemik hastalığa eşlik edebilir veya izole olarak ortaya çıkabilir. Bizim olgumuzda sarkoidoz ile ilişkili olduğu düşünülen eritema multiforme'nin bazı araştırmacılar tarafından nonspesifik bir sarkoidoz lezyonu olarak bildirilmesine rağmen, bu ilişki tartışmalıdır. Klinik ve histopatolojik olarak diğer nedenlerin eritema multiformesinden ayırt etmek güçtür. Bizim olgumuzda da bu lezyonlara yol açabilecek ilaç kullanımı, viral veya bakteriyel enfeksiyon öyküsünün bulunmaması nedeniyle sarkoidoz ile ilişkili olduğunu düşünülmüştür.

ANAHTAR KELİMELER: sarkoidoz, eritema multiforme

palmar viyolase papül ve plaklar



Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk ile uyumlu görünüm



PS-03 ROMATOİD ARTRİTLİ BİR HASTADA ETANERSEPT TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN NADİR BİR PARADOKSAL REAKSİYON;SKLERİT

Elif Bozkurt[1], Melek Genç[1], Gamze Kılıç[2], Erhan Çapkın[1], Murat Karkucak[1]
[1]*karadeniz teknik üniversitesi fiziksel tıp ve rehabilitasyon anabilim dalı*
[2]*karadeniz teknik üniversitesi romatoloji bilim dalı*

AMAÇ: Romatoid artrit (RA), sinovyal inflamasyon ve eklemlerin progresif hasarı ile karakterize kronik seyirli inflamatuar bir hastalıktır. Etanersept (ETA), konvansiyonel temel etkili ilaçlara dirençli RA'lı hastalarda hastalık aktivitesini kontrol etmekte ve inflamasyonu baskılamada etkili olan bir TNF inhibitörüdür. Literatürde günümüze kadar ETA tedavisi ile ilişkili olarak psoriazis, lupus, sarkoidoz gibi paradoksal reaksiyonların yanı sıra az sayıda bazı inflamatuar göz hastalıklarının (üveit, sklerit) gelişimi de rapor edilmiştir. Bu bildiride ETA kullanımı sonrası noduler sklerit gelişen seropozitif RA'lı bir hasta sunulmuştur.

OLGU: Seropozitif RA tanısı ile takipte olan 51 yaşında kadın hasta, her iki el bileklerinde, elin küçük eklemlerinde şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınmaları ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Medikal tedavi olarak tofasitinib 2□5 mgr/gün, prednizolon 5mg/gün, leflunomid 20 mg/gün ve tenofavir kullanmakta olan hastanın yakınmaları son iki aydır progresif olarak artış göstermişti. Özgeçmişinden hastanın, kronik hepatit B enfeksiyonu ve hipertansiyonu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde 2. ve 3. MKP eklemlerde ve her iki el bilekte aktif artriti mevcuttu. Ultrasonografide sağ el bilekte ekstansör tenosinovit ve radiokarpal eklemde efüzyon bulguları gözlendi. Laboratuvar incelemelerinde; CRP: 9,1 mg/dl, sedimentasyon:23 mm/saat, WBC:7000 m3 idi. DAS 28 değeri 4,7 olan hastada tedaviye yanıtsızlık düşünülerek ETA'e geçiş planlandı. ETA başlangıcından sonraki ilk değerlendirmede hastalık aktivitesinde belirgin gerileme sağlanmış olmasına karşın hastanın sağ gözünde ağrı ve kızarıklık yakınması gelişti. Göz bölümü tarafından değerlendirilen hastada sağ noduler sklerit tespit edildi. Hastanın hikayesinden poliklinik başvurusundan yaklaşık dört hafta önce göz kuruluğu nedeni ile göz bölümü tarafından değerlendirildiği ve herhangi bir patoloji saptanmadığı öğrenildi. ETA tedavisi öncesinde göz muayenesinde patoloji saptanmayan hastada gelişen sklerit etiyolojisinin ilaçla ilişkili olabileceği düşünüldü. Literatürde az sayıda olgu bildirisinde seropozitif RA'lı hastalarda ETA tedavisine başladıktan yaklaşık 7-28 ay sonra sklerit geliştiği rapor edilmiştir. Bu hastaların çoğunda lokal tedavi ile birlikte biyolojik tedaviye ara verildiğinde sklerit bulgularında remisyon sağlanırken, az sayıda vakada biyolojik kesilmesiyle semptomların daha da kötüleşmesiyle seyreden re-challange fenomeni geliştiği ve bunların agresif steroid tedavisi ile kontrol altına alındığı bildirilmiştir. Bizim hastamız literatürde bildirilen olgular ile karşılaştırıldığında ETA başlandıktan 6 hafta gibi kısa süre sonra sklerit gelişmesi açısından dikkat çekicidir. Hastaya, sklerit tedavisine yönelik göz bölümü tarafından lokal steroid tedavisi başlandı. ETA kesilerek RA tedavisine metotreksat ve prednizolon ile devam edilmesi kararlaştırıldı.

SONUÇ: ETA tedavisi başlanan hastaların nadir olarak görme kaybıyla sonuçlanabilecek sklerit ve benzeri ciddi paradoksal inflamatuar göz hastalıklarının gelişimi açısından yakın takip edilmeleri gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: etanersept, sklerit, paradoksal reaksiyon

PS-04 HER SAKROİLET OLGUSU SPONDİLOARTROPATİ MİDİR?

Derya Karacif, Nurcan Duran Taş, Nurhan Güven, Pınar Bora Karslı, Şebnem Ataman
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı, Ankara

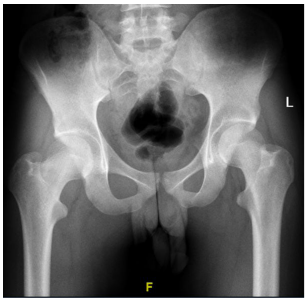
AMAÇ: Bruselloz, özellikle akdeniz ülkeleri olmak üzere dünya üzerinde yaygın dağılım gösteren brusella grubu bakterilerle oluşan, değişik organ ve sistemleri etkileyen zoonotik sistemik enfeksiyöz bir hastalıktır. Brusellozun en sık komplikasyonu kas iskelet sistemi tutulumudur. Sıklıkla sakroiliet, spondilit, osteomyelit, periferik artrit, bursit ve tenosinovit şeklinde görülür. Biz de sakroilet saptanan olgumuzda brusella tanı ve tedavisinde izlediğimiz yolu sunmayı amaçladık.

OLGU: 20 yaşında erkek hasta polikliniğimize şiddetli bel ve kalça ağrısı nedeniyle yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Ağrının 5 aydır istirahatte ve harekette devam ettiği, gece ve gündüz sürdüğü öğrenildi. Hasta bu 5 aylık süreçte 13 kg kaybetmiş, 4-5 sefer ateşi 40˚ye kadar yükselmiş, 3-4 gündür öksürük, yeşil renkli balgam çıkarma şikayeti mevcutmuş. Dış merkezde çekilen sakroiliak MR'da sağda daha belirgin olmak üzere bilateral aktif sakroilet bulguları olması üzerine Ankilozan Spondilit ön tanısı ile sülfasalazin ve Non steroit antiinflamatuvar ilaç (NSAID) başlanmış. NSAID karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma nedeniyle, sülfasalazin etkisizlik nedeniyle kesilmiş. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde ablada tüberküloz, amcasının kızında bruselloz öyküsü olduğu öğrenildi. Sistemik sorgulamasında ateş, kilo kaybı, halsizlik, iştahsızlık, öksürük, balgam şikayeti mevcuttu. Vital bulguları; ateş:36,2˚C, nabız:86, kan basıncı:110/75 mmg Hg ölçüldü. Sistemik muayenesinde patoloji saptanmadı. Hareket sistemi muayenesinde lomber eklem hareket açıklığı tüm yönlere limitli ve ağrılı idi. Bilateral kalça hareketleri açık sağ kalça fleksiyon ve abduksiyonu sırasında şiddetli ağrı mevcuttu. Düz bacak kaldırma testi bilateral negatif, FABER, Sakroiliak kompresyon testi, Mennel ve Gaenslen testi sağda pozitifti. Lomber bölgede spazm ve hassasiyet saptanmadı.Diğer periferik eklemlerde ağrı ve şişlik yoktu. Modifiye schober testi:18,5 cm ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde kan beyaz küre(wbc):11,86 K/uL (4,0- 10,2), hemoglobin: 14,0 g/dl (12-16,2), rutin biyokimya değerlerinde anormallik yoktu. Eritrosit sedimantasyon hızı (ESH): 21 mm/h, CRP:141,5 mg/L (0-5), quantiferon:pozitif, brucella rose bengal:kuvvetli pozitif saptandı. Balgam kültürü ve ARB incelemesinde patoloji saptanmadı. Brucella aglütinasyon testi:1/320 titre saptandı. Sakroiliak MR:Sağda yaygın aktif inflamasyon bulguları birliktelik gösteren sakroileit ile uyumlu MRG, sağ sakroiliak eklemde efüzyon ve kapsülit, sağ kalçada belirgin her iki kalça effüzyon saptandı. Bu sonuçlarla hastaya brusellaya bağlı sakroilet tanısı konuldu. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile Doksisiklin 2x100 mg oral(6 hafta), Rifampisin 1x600 mg oral (6 hafta aç karına) Streptomisin 1x1 gr IM (21 gün) başlanması önerildi. Hastanın medikal tedavisi önerilen şekilde düzenlendi. 1 ay sonra kontrole gelen hastanın ağrılarının tamamen geçtiği, desteksiz, bağımsız yürüdüğü görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde ESH:1 mm/h CRP:1,7 mg/L, WBC:5,83 K/uL saptandı. Hasta sonuçlarla birlikte enfeksiyon hastalıklarına tekrar danışıldı. Mevcut rifampisin+doksisiklin tedavisinin 3 aya tamamlanması önerildi.

SONUÇ: Bel ağrısı olan, sakroilet saptanan olgularda spondiloartropati tanısı konulmadan önce enfeksiyöz sebeplerin de göz önünde bulundurulması gereklidir.

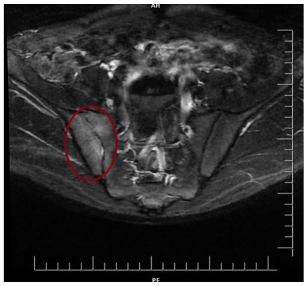
ANAHTAR KELİMELER: Bruselloz, sakroileit, spondiloartropati

Şekil 1



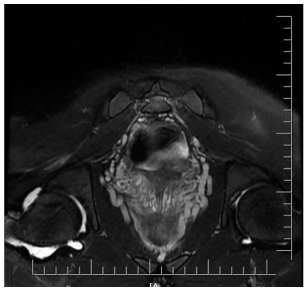
Pelvis grafisinde sakroiliak eklem ve bilateral koksofemoral eklemde patoloji saptanmadı.

Şekil 2



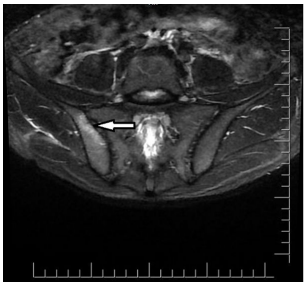
Koronal STIR görüntüde sağ sakroiliak eklemde karşılıklı kemik yapılarda ödemi düşündüren yüksek sinyal alanları

Şekil 3



Aksial yağ baskılı T2 ağırlıklı görüntüde sağ kalça ekleminde artmış efüzyon ve sinovial hipertrofi

Şekil 4



Aksiyel STIR sekansta sağ sakroiliak eklem iliak kanat düzeyinde sakroileti düşündüren ödem ile uyumlu sinyal artışı alanı

PS-05 SPONDİLOARTROPATİLİ BİR OLGUDA TORAKOLOMBER GEÇİŞ SENDROMU

Feyza Ünlü Özkan, İlknur Aktaş, Meryem Yılmaz Kaysın, Duygu Şilte Karamanlıoğlu
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Spondilartropatiler (SpA) aksiyel ve periferik iskeleti tutan, kronik inflamatuar romatizmal hastalık grubudur. SPA'da sinovitis ve entesitis ile karakterize, spinal ve oligoartiküler tutulumun görüldüğü ve genetik yatkınlığın söz konusu olduğu bilinmektedir. Bu hastalık grubunun medikal tedavisinde non-steroid antiinflamatuar ilaçlardan biyolojik tedavilere kadar bir çok tedavi seçeneği mevcuttur.

OLGU: 30 yaşında erkek hasta bel, sol kalça ve baldırda ağrı şikayetleri ile başvurduğu hekimler tarafından yapılan muayene ve Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de L4-5 ve L5-S1'de geniş tabanlı santral protrüzyon tespit edilmesi üzerine Lomber Disk Hernisi tanısı konularak tedavi edilmiş ancak şikayetlerinde değişiklik olmaması üzerine 7 yıl önce kliniğimize başvurmuştu. Yaklaşık 10 yıldır bu şikayetlerinin olduğunu ifade eden hastanın şikayetleri dinlenmekle rahatlamıyor, geceleri uykudan uyandırıyor ve ağrıya 1-2 saat süren sabah tutukluğu eşlik ediyordu. Fizik muayenesinde; Faber ve sakroiliak kompresyon testi solda pozitif, bel bölgesi eklem hareketleri ağrılı ve Schober: 6 cm idi. Nörolojik muayene normaldi. Hastadan sakroiliak ekleme yönelik MRG istendi. Her iki sakroiliak eklem inferior iliak yüzeylerde yağ baskılı sekanslarda ödem görülmesi üzerine spondiloartropati tanısı konuldu. HLA B-27 testi pozitif olan hasta, endol 150 mg/gün ve egzersiz tedavisi ile takip edildi. Yaklaşık 1 yıl sonra sol kalça hareketlerinde kısıtlanma ve şiddetli ağrı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayanesinde; sol kalça eklem hareketleri ileri derecede kısıtlı ve ağrılı idi. BASDAİ: 6,8 olan olguya Brufen 600 mg tb /3x1 başlandı. INH 300 mg/gün proflaksisi (PPD 10 mm) sonrası, Golimumab 50 mg subkütan(sk) olarak başlandı. Şikayetleri tedavi sonrası hafifleyen olgu 6. Ay kontrolünde sol kalçada şiddetli ağrı şikayeti olduğunu ifade etti. BASDAİ 6.4 olarak değerlendirildi. Sekonder yanıtsızlık veya immünojenisite olduğu düşünülerek tedavisi Etanercept 50 mg sk ile değiştirildi. Bir süre semptomsuz takip edilen hasta, yeni tedavi başlamasının 6. ayında şiddetli sol kalça ve kasık ağrısı ile tekrar geldi. Ağrısını Visual analog skalaya (VAS) göre 8 olarak tarif etmekteydi. Fizik muayenede; solda Faber testi pozitif idi. Hastadan istenen Kalça MRG'de patoloji gözlenmedi. Bunun üzerine daha detaylı yapılan fizik muayenede T12 spinöz proçes, T12-L1 sol faset, sol torokanter ve iliak krest palpasyonla ağrılı olması üzerine Torakolomber geçiş sendromu olabileceği düşünülerek T12 sol faset ekleme ultrason eşliğinde lokal anestezik enjeksiyonu (2 cc, %2 lidokain) yapıldı. Şikayetlerde belirgin azalma (VAS 8□3) olan olguya Torakolomber geçiş sendromu tanısı konuldu. Olgu, etanercet 50 mg sc/hf ile şifa ile takip edilmektedir.

SONUÇ: Spondiloartropatili hastalarda eklem ağrıları şikayetleri detaylı olarak değerlendirilmeli; özellikle biyolojik tedavi alan olgularda ilaca yanıtsızlık tanısı koymadan önce mekanik nedenler dışlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Spondiloartropati, Torakolomber geçis sendromu

POSTER BİLDİRİLER

PS-06 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA NÖROPATİK AĞRI PREVALANSI VE UYKU KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Seda Soma, Taciser Kaya, Şeniz Akçay, Neşe Gürel Kandemir
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Ankilozan spondilit (AS) kronisite gösteren, enflamatuar nitelikte ve nosiseptif ağrıyla karakterize bir romatolojik hastalıktır. Ankilozan spondilitli hastaların ağrısının nöropatik özellikler gösterebildiğine dair literatür bilgisi mevcuttur. Ancak ankilozan spondilitli hastalarda nöropatik ağrının uyku bozukluğu üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçlayan, uyku kalitesinin uykuyu değerlendiren bir ölçekle ölçüldüğü yayımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ankilozan spondilitte nöropatik ağrının prevalansını ve uyku kalitesi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla planlandı. Sekonder amaç ise yaşam kalitesi, yorgunluk ve hastalık aktivitesi ile ilişkisini araştırmaktır.
GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya modifiye NewYork kriterlerine göre ankilozan spondilit tanısı almış 38 hasta alındı. Hastaların spinal ağrısını VAS ile 10 üzerinden en az 2 olarak skorlaması şartı arandı. Diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, hipotiroidi, nöropatik ağrı (NA) nedeni olabilecek karpal tünel sendromu, postherpetik nevralji, spinal kord basısı, nöropatik ağrıya neden olabilecek nörolojik hastalıklar, fibromyalji, servikal ve lomber radikülopati, malignite, ağır kardiyak hastalık tanısı almış, gebe, fizik bakıda periferik sinir yaralanmasına işaret edebilecek kas gücü kaybı ya da hipoestezisi olan, son 3 ay içinde nöropati nedeni olabilecek ilaç kullanımı (kolşisin vb) olan, fibromyalji, depresyon ve anksiyete nedeniyle son 3 ay içinde ilaç kullanmış olan hastalar dışlandı. Spinal ağrının şiddeti vizüel analog skala (VAS), uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, nöropatik ağrı pain-detect sorgu formu, yaşam kalitesi ASQoL (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Index), yorgunluk Fatique Severity Scale (Yorgunluk Şiddet Skalası), hastalık aktivitesi ASDAS ve BASDAI, fonksiyonel durum BASFI ile değerlendirildi. Paindetect sorgu formuna göre skor 0-12 arasında ise ağrı nosiseptif, 13-18 arası belirsiz/olası nöropatik, 19-38 aralığında ise %90'dan fazla olasılıkla nöropatik olarak kabul edilir.
İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.
BULGULAR: Hastaların demografik verileri tablo 1.de görülmektedir. Paindetect skorlarına göre hastaların 19'unun (%50) spinal ağrılarını nosiseptif, 19'unun (%50) ise olası/kesin nöropatik ağrı olarak tanımladığı gözlendi. Spearman korelasyon analizi uygulandığında nöropatik ağrı skorları ile ağrı, yaşam kalitesi, yorgunluk şiddeti, hastalık aktivitesi ve fonksiyonel durum arasında pozitif korelasyon olduğu gözlendi (tablo 2). Nöropatik ağrı skorları ile uyku kalitesi arasında ilişki bulunmadı.
SONUÇ: Kronik ağrılı durumların birçoğunda ağrının nöropatik komponenti söz konusudur. AS de bu grup hastalıklar arasında yer almaktadır. AS'de gözlenen ağrının nöropatik özelliğini araştıran çalışmalarda hangi ağrının nöropatik özellik gösterdiğinin araştırıldığı belirtilmemektedir. AS'li hastalarda spinal ağrı, periferal eklemlerin ya da kök eklemlerinin ağrısı, entezeal ağrı ayrı ayrı ele alınmalıdır. Yaygın entezit varlığında bu durum yaygın ağrı varlığı olarak kabul edilmekte ve bu durum diğer kriterlerin de varlığında AS'ye eşlik eden fibromyalji tanısının koyulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda hastaların spinal ağrısı ile ilgilendiğimizi katlımcılara belirterek nöropatik ağrı skorlamasını buna göre yapmalarını vurguladık. Yüksek ağrı skorlarının NA ve yüksek hastalık aktivitesi ile birliktelik gösterdiği, yaşam kalitesinde bozulmayla ilişkili olduğu AS dışındaki birçok romatizmal hastalıkta da gözlenen bir bulgudur. Çalışmamızda da paindetect skorları ile VAS, BASDAI, ASDAS ve ASQoL arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir. Çalışmamız devam etmekte olup bu sonuçlar ön çalışma sonuçları olarak sunulmaktadır.
ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit, nöropatik ağrı, uyku

Tablo 1. Demografik ve hastalıkla ilişkili değişkenler

	N=38
Yas (yıl)	44.50
Vücuk Kütle İndeksi (kg/m2)	26.99
Tanı süresi (ay)	144.34
Sabah tutukluğu süresi (dakika)	39.74±39.39
CRP (g/dl)	10.51±15.19
Eritrosit Sedimentasyon Hızı(mm/saat)	17.47±13.49
BASDAI	4.65±1.99
ASDAS-SEDİM	2.79±0.80
ASDAS-CRP	2.94±0.80
BASFI	4.14±2.12
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	8.18±3.13
painDETECT	14.21±5.93
ASQoL	9.02±4.81
VAS (0-10)	4.48±1.90
Yorgunluk Şiddet Skalası	5.90±2.03

Tablo 2. Nöropatik ağrı ile sonuç ölçüm parametreleri arasındaki ilişki

	VAS	PUKİ	ASQoL	FSS	BASFI	BASDAI	ASDAS-SEDİM
painDETECT							
r	0.552**	0.269	0.619**	0.469**	0.584**	0.474**	0.419**
p	0.000	0.103	0.000	0.003	0.000	0.003	0.009

***Korelasyon p<0.01 düzeyinde anlamlıdır*

PS-07 CİDDİ BİR BRUSELLOZ KOMPLİKASYONU: SERVİKAL SPONDİLODİSKİT

Hilmi Umut Tatlı
Golbasi Devlet Hastanesi, FTR Klinigi

AMAÇ: Brusselloz, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri ya da enfekte hayvanlarla doğrudan temas ile bulaşan, brusella adlı gram negatif kokobasilin neden olduğu, dünya üzerinde bir çok ülkede görülebilen zoonotik bir enfeksiyondur. Brusellar servikal spondilodiskit ise, kalıcı nörolojik defisite sebep olabilen ciddi bir komplikasyonudur.

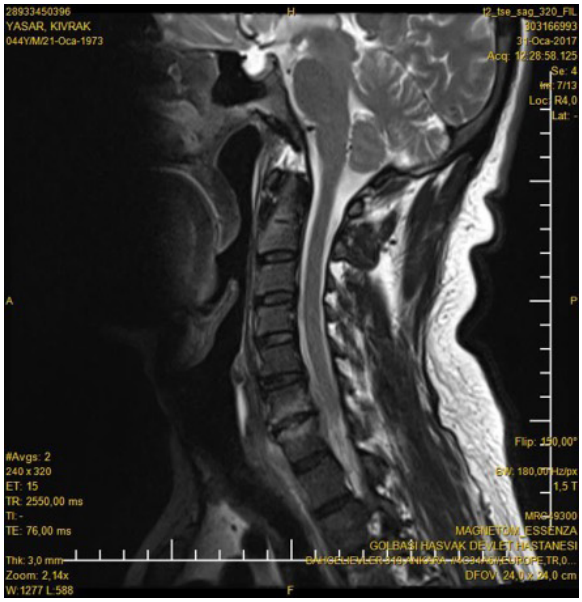
OLGU: 44 yaşında erkek hasta, yaklaşık 6 haftadır devam eden, boyun ve sırt ağrısı, ateş, kilo kaybı ve yorgunluk şikayetleri ile başvurdu. Ağrı başladığında beyin cerrahisi polikliniğinde muayene olduğunu, kas gevşetici ve ağrı kesici tedaviler kullandığını ancak ağrılarının gerilemediğini belirtti. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Hasta hayvancılıkla geçimini sürdürdüğünü ve uzun zamandır pastörize edilmemiş peynir tükettiğini belirtti. Fizik muayenede boyun romları açık, range sonlari ağrılı idi. Paravertebral spazm ile birlikte C6-C7 spinal proseslerde basmakla hassasiyet mevcuttu. Bilateral üst ve alt ekstremitelerde motor-duyu defisit saptanmadı. Üst ve alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri normoaktifti. Ateş 37,4 C° idi. Kan tetkiklerinde glukoz 332 mg/dl, CRP 17,83 mg/dl, sedimentasyon 85 mm/sa, WBC 10,18, Hgb 13,8, Brucella tüp agg. 1/160 pozitifti. Hastanın servikal MR'ında C6 ve C7 vertebralarda ödem, C6 ve C7 vertebraların end plate'lerinde kortikal düzensizlik ve C6-C7 disk aralığında daralma izlendi.

Hasta diyabetes mellitus (DM) ve brusselloz ön tanılarıyla dahiliye ve enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Medikal tedavisi düzenlendi. Brusselloz, bir çok organ ve sistemi tutabilen sistemik bir hastalıktır. Brusellozda osteoartiküler tutulum yaygın olmakla birlikte, en sık görüleni spondilodiskittir. Spondilodiskit ise en sık lumbar vertebralarda görülmekte, bunu sırasıyla torakal ve servikal vertebralar takip etmektedir. Spondilodiskit mevcudiyetinde ana semptomlar sırt ağrısı, halsizlik, ateş, iştahsızlık, kilo kaybı, artralji ve nörolojik defisittir.Brusellar spondilodiskitli hastalara en sık eşlik eden sistemik hastalık ise DM'tur. Bu durumun hipergliseminin nötrofil kemotaksisinde gecikmeye yol açarak, enfeksiyonlara yatkınlık sağlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

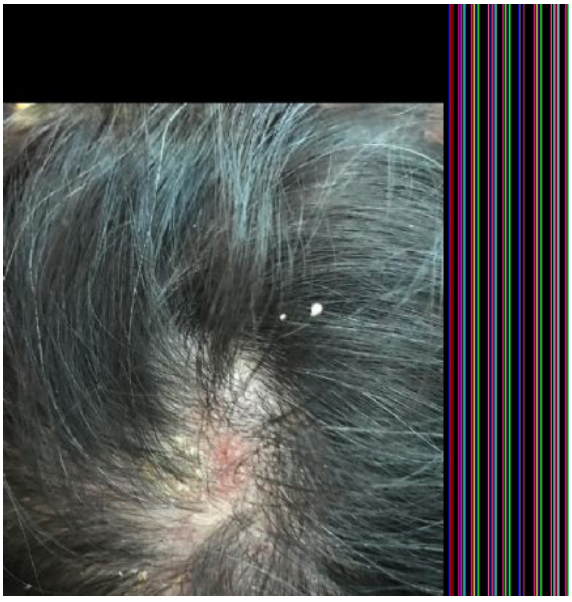
SONUÇ: Brusellar spondilodiskit klinik pratikte gözden kaçabilmektedir. Özellikle geçmeyen boyun, sırt, bel ağrısı ve DM gibi ek sistemik hastalığı olan hastalarda mutlaka akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: brusella, spondilodiskit

servikal mr



servikal mr2



PS-08 ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA ULTRASONOGRAFİ KULLANIMININ EŞLİK EDEN FİBROMYALJİ VARLIĞINDA TEDAVİ SEÇİMİNDE ETKİSİ

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

AMAÇ: Romatoid artrtitli hastalarda ultrasongrafi kullanımının fibromyalji sendromu(FS) varlığında tedavi seçimindeki etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğinde takipli 1987 American College of Rheumatology (ACR)ve 2010 ACR/EULAR klasifikasyon kriterlerine göre Romatoid Artrit(R.A) tanısı konan 102 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcıların sosyodemografik verileri, R.A tanısının zamanı, almakta olduğu tedaviler ve diğer hastalıklar ile ilgili bilgiler kaydedildi. Hastaların fizik muayenesi yapılarak hassas ve şiş eklemleri kaydedildi. R.A hastalık aktivite derecesi DAS 28 skoru, Klinik Hastalık aktivite indeksi(CDAI) ve basit hastalık aktivite indeksi(SDAI) kullanılarak belirlendi. Eşlik eden Fibromiyalji Sendromu varlığı ACR 1990 ve 2010 tanı kriterleri kullanılarak değerlendirildi. Fibromyalji varlığı saptanan hastalar(FRA) kendi içinde US+FRA ve US-FRA olarak, Fibromyalji saptanmayan hastalarda(RA) US+RA ve US-RA olarak kendi içlerinde rastgele iki ayrı gruba ayrıldı. US+FRA ve US+RA Hastaların Ultrasonografik değerlendirmesi gri-skala yedi eklem skoru(GS-US7) ve power- Doppler yedi eklem skoru(PD-US7) kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: FS eşlik ettiği RA hastalarında DAS28, SDAI ve CDAI skoları daha yüksek olup GS-US7 ve PD-US7 skorları benzerdi. GS-US7, FS olan ve olmayan hastalarda DAS28, SDAI ve CDAI ile korelasyon gösterirken(r = 0.31-0.47), PD-US7, yanlız FS olmayan hastalarda klinik skorlarla korelasyon gösterdi (r = 0.33-0.39). US+RA ve US-RA grupları arasında tedavi değişikliği oranı benzer iken(p:0,38) US-FRA grubunda tedavi değişikliği US+FRA grubundan daha yüksek bulundu.(p:0,041)

SONUÇ: : Ultrasonografi, romatoid artritli hastalarının tanı ve takibinde sıklıkla kullanılmaktadır. Zaman tasarrufu için US7 gibi protokoller kullanılarak sınırlı sayıda eklem değerlendirilse de uzun zaman alması nedeniyle yoğun çalışan kliniklerde kullanımını kısıtlamaktadır. Ancak fibromiyalji semptomlarının tedavi seçimini etkileyebileceği göz önünde bulundurularak fibromyalji sendromunun eşlik ettiği romatoid artritli hastalarda kullanılması ayrıca önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Fibromyalji Sendromu, Romatoid Artrit, Ultrasonografi

PS-09 BEHÇET HASTALIĞININ BAŞLANGIÇ BULGUSU OLARAK ASEPTİK MENENJİT

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

AMAÇ: Nöro-Behçet sendromunda demans, psikiyatrik semptomlar, kraniyal sinir felci, serebellar ataksi ve piramidal sistem bulguları gibi pek çok farkı klinik tablo izlenebilir. Burada Nöro-Behçet sendromunun başlangıç semptomu olarak nadir görülen aseptik menenjit kliniğine sahip bir olgu sunulacaktır.

OLGU: 20 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 aydır olan, son 1 gündür şiddetlenen zonklayıcı karakterde baş ağrısı, bulantı-kusma ve ateş şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın acil servis muayenesinde bilinci açık, kooperasyonu ve oryantasyonu tamdı. Vücut sıcaklığı 39.2, kalp tepe atımı 122/dk, kan basıncı 110/75 olarak ölçüldü. Motor ve duyu muayenesi doğal, derin tendon refleksileri normaktif bulundu. Patolojik refleks saptanmadı. Kernig ve Brudzinski testleri pozitif saptandı. Çekilen kranial MR incelemesinde sağda daha belirgin olmak üzere her iki serebellar hemisferde ödem ile uyumlu diffüz parankimal patolojik sinyal değişiklikleri, infra ve supratentorial düzlemlerde, beyin parankim alanlarında, İV. kontrast madde enjeksiyonu sonrası heterojen kontrast tutulumu gösteren yaygın pial-araknoidal ve leptomeningeal patolojik kontrast tutulumu, solda belirgin bilateral mastoidit saptandı. MR Anjiografi incelemesinde sağda transvers sinüs ile süperior sagittal sinüs 2/3 posterior kesiminde tromboze görünüm izlendi. Labaratuar incelemelerinde böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, lökosit 14086 (%80 Nötrofil), CRP 26,3 mg/L (Üst sınır 6 mg/L), Sedimantasyon 23 mm/Saat (Üst sınır 15 mm/Saat) saptandı. Sinüs ven trombozu olması nedeniyle lomber ponksiyon yapılmadı. Ön planda mastoidite sekonder sinüs ven trombozu ve leptomeninjit tanısı düşünülerek nöroloji servisinde takip edilen hastaya Meropenem 3*2 gr, Linezolid 2*600 mg antibioterapisi başlandı. Etyolojiye yönelik yapılan trombofili panali normal bulundu. Viral panelde patoloji izlenmedi. PPD 4 mm bulundu. Brusella tüp aglütinasyon testi, sfilize yönelik VDRL-TPH testleri, vaskülit markerları negatif saptandı. Kan, idrar, balgam kültürlerinde üreme olmadı. Antibiyoterapi altında ateşi devam eden hastaya paranteral asiklovir tedavisi başlandı. Hastanın takbinde oral aft ortaya çıkması üzerine bakılan skrotum muayenesinde skar dokusu izlendi. HLA B51 testi pozitif bulundu. Hastanın kontrol muayenesinde aktif genital ülser izlendi. Hastanın mevcut klinik ve labaratuar bulguları eşliğinde nörobehçet tanısı konularak 3 gün pulse steroid, takibinde metil prednizolon ve azatioprin tedavisi başlandı. Ateş ve baş ağrısı şikayetleri gerileyen, CRP 1,15 mg/L' ye düşen hasta metil prednizolon ve azatioprin tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Akut aseptik menenjit, Nöro-Behçet olguları arasında nadir olarak bildirilmiş olsa da aseptik menenjit vakalarının ayırıcı tanısında özellikle genç erkek hastalarda akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Aseptik Menenjit, Nöro-Behçet, Nedeni Bilinmeyen Ateş

PS-10 ARTRİT VE KUTANÖZ VASKÜLİT BULGULARI İLE GELEN SUBAKUT BAKTERİAL ENDOKARDİT OLGUSU

Hasan Ulusoy, Cemal Gürbüz
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, FTR Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Endokard ve kalp kapaklarının infeksiyonu olarak tanımlanan infektif endokardit yıllık insidansı yüzbin kişide 3-10 olan nadir bir hastalıktır. Ancak ilk altı ayda mortalite hızı %30 olan, sağ kalan hastalarda da önemli morbidite nedeni olan ciddi bir hastalıktır. Dolaşımda sürekli bakteri varlığı nedeniyle hümoral ve hücresel immünitenin uyarıldığı bu hastalarda romatolojik inflamatuar hastalıklarla karışan çeşitli klinik ve laboatuar bulgular ortaya çıkmaktadır. Amacımız bu konuda farkındalığın artması, tanı ve tedavide gecikmeden kaynaklanabilecek mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır.

OLGU: 23 yaşında erkek hasta el bilekleri ve parmaklarında ağrı, dizlerde ve ayak bileklerinde ağrı ve şişme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden hastanın spondiloartropati tanısıyla 2 aydır Sulfosalazin 2x1 gr/gün, Prednisolon 1x5 mg/gün, Asemetazin 1x90 mg/gün kullandığı ancak ağrılarının devam ettiği öğrenildi. Son haftalarda halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayeti de eklenmişti Sistemik muayenede genel durum iyi, vücut ısısı 36.9 °C, kan basıncı 110/70 mmHg tespit edildi. Kalp ve akciğer sesleri normaldi. Abdominal hassasiyet ve defans yoktu. Solda daha fazla olmak üzere her iki dizde artrit ile uyumlu ağrı şişlik, ısı artışı ve effüzyon tespit edildi. Cilt ve ekleri doğal, periferik nabızlar açık ve simetrik olarak palpe edildi. Geliş laboratuvar testlerinde eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 84 mm/h, C-reactive protein (CRP) 92 mg/dL (normal aralık 0-5), lökosit 7800/mm3, hemoglobin 12 g/dL, platelet 234.000/mm3, total protein/albümin oranı 6.8/3.3 g/dL olarak bulundu. Rutin biyokimya ve idrar analizi normal sınırlardaydı. Romatoid faktör 56 IU/L, anti-CCP antikoru negatif, ANA 1/320 pozitif, ds-DNA negatifti. Hastaya sol diz ekleminden yapılan artrosentez, gram boyama ve eklem sıvısı kültürlerinde mikroorganizma tespit edilmedi. Brusella tüp aglütinasyon testi negatif sonuçlandı. Akciğer grafisi ve sakroiliak eklem grafisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Bu veriler ışığında hasta seropozitif romatoid artrit kabul edilerek metotreksat 15 mg/hafta, prednisolon 30 mg/gün, meloksikam 15 mg/gün tedavisi başlandı. Onbeş gün sonraki kontrode hastanın dizlerinde artrit bulgusu yoktu, eklem ağrıları azalmıştı, ESR 58 mm/h, CRP 32 mg/dL olarak bulundu. Bunun üzerine prednisolon dozu haftada 5 mg azaltılarak hasta 1 ay sonra kontrole çağırıldı. Ancak 2 hafta sonra ateş, karın ağrısı ve bacaklarda döküntü şikayetleri ile acil servise gelen hastanın ateşi 39.0 °C ölçüldü, alt ekstremitelerde vasküliti düşündüren makülopapüler döküntüler (Resim 1) görüldü. Hasta vaskülit ve ateş etyolojisi araştırılmak üzere hospitalize edildi. Toraks BT ve boyun BT normaldi. Abdomen BT'de splenomegali (Dalak 138 mm) tespit edildi. Üç set halinde kan kültürleri alınan hastanın ekokardiyografik değerlendirilmesinde ikinci derece mitral yetmezlik, mitral kapakta vejetasyon, apse formasyonu ve perikardial effüzyon tespit edilmesi üzerine romatoid artrit tedavisi kesildi, ampirik olarak vankomisin tedavisine başlandı. Kan kültürü sonucunda stafilakokus aureus üreyen hastaya mitral kapak replasmanı uygulandı. Cerrahi sonrası vankomisin tedavisine 6 hafta daha devam edildi. Antibiyoterapi sonrası takiplerde hastanın akut faz reaktanları normal seviyeye dönerken ateş, döküntü ve artrit atağı olmadı. Hasta 2 yıldır sağlıklı olarak izlenmektedir.

SONUÇ: İnfektif endokarditli hastalar nedeni bilinmeyen ateş, akut faz yüksekliği, periferik artrit, vaskülit, dijital ülser ve nekroz, glomerulonefrit, retinal kanama ve retinal vaskülit, hipergamaglobülinemi, RF, ANA, p-ANCA ve c-ANCA pozitifliği gibi klinik ve laboratuar bulgularla presente olarak, romatoloji pratiğinde ayırıcı tanıda önemli sorunlara neden olabilir. Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi ile uğraşan klinisyenlerin bu konuda bilgi ve farkındalıklarının artması tanıda gecikme ve telafisi mümkün olmayan komplikasyonların önlenmesi için zorunluluktur.

ANAHTAR KELİMELER: Artrit, Ayırıcı tanı, Bakterial, Endokardit, Vaskülit

Resim 1



Alt ekstremitede makülopapüler döküntüler

PS-101 ANKİLOZAN SPONDİLİT TANISI İLE TAKİP EDİLEN HASTADA SEKUKİNUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA GELİŞEN DİSKOİD LUPUS ERİTEMATOZUS

Nurçe Çilesizoğlu Yavuz
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Giresun

AMAÇ: Spondiloartropatiler (SpA) başlıca aksiyel iskeleti tutan kronik inflamatuar romatizmal hastalıklardır. SpA grubu hastalıklar arasında ankilozan spondilit (AS) önemli bir yer tutmaktadır. AS tedavisinde biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç tedavileri (DMARD) sıklıkla kullanılmaktadır. Biyolojik DMARD tedavisinde özellikle anti-TNF tedaviler yaygın olarak kullanılmaktadır ve bu ilaçların uzun dönem takiplerinde paradoksal olarak anti-TNF ilişkili otoimmun hastalıkların artan sayılarda bildirileri olmaktadır. Bu bildiride AS tanısı ile takip edilen hastada biyolojik DMARD tedavileri içerisinde yer alan IL-17 inhibitörü sekukinumab tedavisi sırasında gelişen diskoid lupus eritematozus vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: 58 yaşında kadın hasta saç dökülmesi ve saçlı deride yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta 5 yıl önce AS tanısı almış ve yaklaşık 3 yıl süre boyunca adalimumab tedavisi kullanmış. Hastanın adalimumab tedavisi altında kliniği iyiyken psöriazis tablosu gelişmesi sebebi ile sertolizumab pegol tedavisine geçilmiş. Sertolizumab pegol tedavisi ile yeterli klinik yanıt alınamamış ve sekukinumab tedavisine geçilmiş. Hastanın yaklaşık 1 yıldır sekukinumab tedavisi ile kliniği iyiyken son bir aydır saç dökülmesi ve saçlı deride yaralar şeklinde şikayeti başlamış. Hastanın romatolojik sorgulamasında üveit öyküsü pozitifti ve anti-TNF tedavi sırasında gelişen psöriazis öyküsü mevcuttu. İnflamatuar barsak hastalığı öyküsü yoktu, fotosensitivite, oral ve genital aft, kuru göz, kuru ağız, raynaud tariflemiyordu. AS dışında kronik bir hastalığı yoktu ve sekukinumab tedavisi dışında düzenli kullandığı bir ilaç bulunmamaktaydı. Soygeçmişinde özelik yoktu. Fizik muayenede bilateral sakroiliak kompresyon testleri pozitifti. Saçlı deride yer yer kepeklenme, saçta dökülme ve ciltten kabarık yaralar olduğu gözlendi. Hastanın çekilen sakroiliak MR ında sakroileiti vardı, HLA B27 testi negatifti. Hastadan saçlı derideki lezyonlarının değerlendirilmesi için dermatoloji konsültasyonu istendi. Dermatoloji tarafından değerlendirilen hastanın saçlı derisindeki lezyondan biyopsi örnekleri alındı. Alınan örneğin patoloji sonucu diskoid lupus eritematozus ile uyumlu geldi. Hastadan ANA, anti-ds DNA ve ENA tetkikleri istendi ve sonuçları negatif geldi. Hastanın ankilozan spondilit için verilen tedavisinde herhangi bir değişiklik yapılmadı, diskoid lupus eritematozus tanısı için topikal tedaviler başlandı. Hastada gelişebilecek otoimmun hastalıklar açısından sık aralıklarla kontrol muayeneleri yapılması planlandı.

SONUÇ: Ankilozan spondilit ve diğer romatolojik hastalıkların tedavisinde biyolojik ilaçlar oldukça sık kullanılmaktadır. Klinik deneyimlerimiz ile bu ilaçların kullanımı sırasında karşılaşabileceğimiz olası durumlar hakkında bilgilerimiz de her geçen gün artmaktadır. Daha önceki yayınlardan anti-TNF ilaçlara bağlı lupus benzeri hastalıkların gelişebileceğini bilmekteyiz. Biz vakamızda bir IL-17 inhibitörü ilaç olan sekukinumab tedavisi altında diskoid lupus eritematozus gelişen hastayı tanımladık ve bu tedaviyi alan hastaların da gelişebilecek olan diğer otoimmun hastalıklar açısından sıkı takip edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit, diskoid lupus eritematozus, sekukinumab

Saçlı derideki diskoid lupus eritematozis lezyonu



PS-103 LUPUS PERNİO VE SARKOİD ARTROPATİLİ HASTANIN İNFLİKSİMAB TEDAVİSİ İLE ALDIĞIMIZ SONUÇ

Hidayet Sarı, Bilge Çakır, Nuri Tuğbay Yıldıran
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Lupus pernio, sarkoidozun cilt tutulumuna bağlı yanaklarda, burun ucunda ve dudakta telenjiaktezi şeklinde kızarıklık ve şişlikle kendini ortaya koyan bir tablodur. Sarkoidoz hastalığı ise bilinmeyen bir nedenle ortaya çıkan granülamatoz iltihapla seyreden multisistemik tutulumlu bir hastalıktır. Lupus pernio görünüm itirabiryle Lupus eritematozu andırması nedeniyle sistemik lupus eritematozus (SLE) ile karışabilir. Kronik sarkoid artropatisi ise artrit, daktilit, miyozit, tendinit gibi bulgular nedeniyle de Romatoid Artrit ve spondiloartrit (özellikle Psöriyatik artrit ile) karışabilir. Kronik sarkoid artropatisi nadir görülen bir durum olup burada temel tedavi romatoid artrit (RA) gibi önce metotreksat ve steroid tedavisi ile başlamak gerekir. Ancak son dönemlerde anti tnf tedavilerden özellikle infliksimab ile iyi netice alındığı bildiren olgu sunumları mevcuttur. Biz bu olgu sunumuzda 15 yıl süreyle simetrik el parmak tutulumlu RA teşhisi ile steroid, hidroksiklorokin ve sülfasalazin tedavisi gören ancak netice alınmayan olguda cilt biyopsisi ile sarkoidoz saptanan ve yaygın cilt tutulumu, lupus pernio, daktilik, miyozit ve artrit bulguları olan günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorluk çeken hastamızda metotreksat, steroid tedavisinden sonra infliksimab eklenmesiyle 6 ay – 1 yıl içinde lupus pernio'da hem de sarkoid artropisi ve cilt bulgularnda belirgin düzelme olan nadir bir olguyu sunmak istiyoruz

OLGU: 40 yaş kadın olgu her ön kol, el ve parmaklarda ağrı şişlik kızarıklık hareket zorluğu, her iki bacak ve baldırda deri döküntüsü kızarıklık ve sertlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 15 yıl önce şikayetlerinin başlamış olup, önce el parmaklarında şişlik kızarıklık daha sonra ise üst ve alt ekstremitelerinde yaygın şişlik ve kızarıklıkların tariflemekteydi. RA teşhisi ile steroid, hidroksiklorokin ve sülfasalazin tedavilerinin uygulanmış olduğunu fakat fayda görmediğini belirtti. Muayene bulgularında Her iki yanak ve burun ucunda ve burun kanatlarında şişlik ve kızarıklık mevcuttu. Her iki ön kol, dirsek ekstansyor yüzlerde deri döküntüleri, miyozit, sert subkutan deri lezyonları mevcuttu. Tüm el parmaklarında proksimal interfalageal eklem(PİP) ve distal interfalangeal eklemlerde (DİP) dahil artrit ve sinovit mevcuttu. Daktilit tablosu mevuttu. Her iki olekranonda bursit saptandı. Her iki cruriste ekstansor yüzlerde şişlik kızarıklık ve subkutan sertlik, her iki dizde artrit, ayak parmaklarında artrit ve sinovit bulgusu mevcuttu. Laborauar tetkiklerinde Romatoid Faktör(RF) negatif, Anti Siklik Sitrüline (Sitrüllenmiş) Peptit Antikor (Anti-CCP) negatif, anti nükleer antikor(ANA) negatif, anti-double stranded DNA (anti ds DNA) negatif olması sebebiyle RA ve SLE'deb uzaklaşıldı. Gut hastalığı açısından ürik asit bakılarak normal bulundu. Böbrek fonksiyon testleri normal geldi. Olgunun cildiye konsültasyonu sonucunda yüzdeki lezyonların lupus pernio olduğu deri lezyonlarının da sarkoidozun kutanöz tutulumu olduğu düşünüldü. Biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu ile sarkoidoz tanısı aldı. Hastaya verilen hidroksiklorokin ve sülfasalazin tedavisi kesildi. Deltacortril 10 mg, metotreksat 15 mg oral tedavisi verildi. Yeterli yanıt alınamayınca literatür araştırmasına göre infliksimab tedavisine geçildi. 1 ayda yeterli yanıt alınmaya başlandı. Cilt lezyonları, daktilit ve artrit belirgin şekilde geriledi. 4 aydır infliksimab tedavisi ile hasta deri, miyozit ve eklem lezyonlarında yüzde 80 gerileme gösterdi. Parmaklarında daktilit oldukça geriledi.

SONUÇ: Kronik sarkoidoz, cilt tutulumu ve deri lezyonları nedeniyle SLE'yi taklit ederken simetrik poliartrit ve daktilit nedeniyle de RA ve PSA'yı taklit edebildiği anlaşılmaktadır. Bu hastalarda uzun süre geçmesine rağmen infliksimab tedavine 4-5 ay gibi kısa sürede olumlu cevap vermesi nedeniyle biyolojik tedavilerinde RA ve SPA dışında kronik sarkoid artropatisinde faydalı olduğu anlaşılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: lupus pernio, sarkoidoz

PS-106 RİTUXİMAB TEDAVİSİNİN İNDÜKLEDİĞİ ÜLSERATİF KOLİT OLGUSU

Umut Bakay[1], Nedim Kaban[1], Ali Can Soylu[1], Gülcan Gürer[1], Özge Sevil Karstarlı Bakay[2]
[1]*ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP REHABİLİTASYON ROMATOLOJİ BİLİM DALI*
[2]*AYDIN DEVLET HASTANESİ DERMATOLOJİ KLİNİĞİ*

AMAÇ: B hücre deplesyonu için geliştirilmiş ilk CD20 monoklonal antikoru olan rituximab bir füzyon proteini olup murin bazlı immünoglobulin G1 monoklonal antikorudur. Romatoid artrit tedavisinde kullanılmasının yanı sıra standart tedavilere dirençli bazı SLE, Sjögren sendromu (Sjs), inflamatuvar miyozit ve benzeri bağ dokusu hastalıklarında da kullanılmaktadır. RTX tedavisi sonrası görülen en sık yan etkiler ise infüzyon reaksiyonları, enfeksiyonlar, progresif multifokal lökoensefalopati, hepatit B ve hepatit C reaktivasyonu, fulminan hepatit olup bunun yanı sıra nadir de olsa vaka tabanlı çalışmalarda rituksimab tedavisi ile ilişkili inflamatuar bağırsak hastalığı (İBD) olguları bildirilmiştir. Rituximab tedavisi sonrası gelişen gastrointestinal semptomlar genelde karın ağrısı, diare, halsizlik şeklinde non-spesifik başlar ve nadir olarak bu semptomlar sonrası İBD gelişir. Biz burada Sjs'lu bir olguda rituksimab tedavisi sırasında gelişen ülseratif kolit vakasını sunduk.

OLGU: 50 yaşında kadın hasta, 2009 yılında başlayan poliartralji, ağız, göz kuruluğu ve cilt kuruluğu şikayetleriyle başvurduğu romatoloji polİkilniğinde yapılan klinik, labaratuvar (Sedimantasyon: 42 (0-20) mm/sa, crp: 1.42 (0-5)mg/L, ANA: 1/320 + nükleolar patern, ANA profil: anti Ro 52 +, RF: 65 (8-13) IU/mL, CCP: 0.5 (0-5) U/mL, HGB: 13.4 gr/Dl, lökosit: 7,48x10^3 mKrL, trombosit: 336 x10^3 mKrL, kreatin: 1.07 (13-43) mg/dL, üre: 25 (13-43) mg/dL) ve patalojik (minör tükrük bezi biyopsisi fokus skoru: +3) değerlendirme sonucunda Sjs tanısı konulup hidroksiklorokin ve metilprednisolon tedavisi veriliyor, 6 ay sonra kontrollerde nefes darlığı, kuru öksürük şikayeti olan hastadan istenilen akciğer BT de sjögrene bağlı gelişen lenfositik intertisyel pnömoni tanısı konulup tedaviye azatiopürin ekleniyor. Sjögren tanısıyla hidroksiklorokin, azatiopürin ve düşük doz steroid tedavisi altındaki hasta 2013 yılında da progresif ilerleyen dismetri, ataksi ve dizartri şikayetleriyle başvurduğu romatoloji polikiliniğinde beyin BT görüntülemesi (non spesifik serebellumda intensite artışı ve atrofi bulguları) sonrası sjögrene bağlı SSS tutulumu nedeniyle pulse steroid daha sonra sırasıyla siklofosfamid ve IVIG tedavileri veriliyor, tedaviler sonrası akciğer ve SSS sistemi bulguları gerilemeyen hastaya 2015 yılında rituximab tedavisi başlanıyor ve 5 yıl boyunca rituximab tedavisiyle remisyon sağlanıyor. Son 6 aydır da başlayan tedaviye dirençli karın ağrısı, mukuslu diare, kramp şikâyetleri sonrası yapılan kolonoskopik ve patalojik incelemelerde hastaya ülseratif kolit tanısı konulduktan sonra rituximab tedavisi kesiliyor.

SONUÇ: Rituksimab bir anti-CD20 monoklonal antikoru olduğundan, B hücrelerinin sistematik olarak ve GİS yolunda tükenmesine neden olur ve kolite karşı koruyucu bir rol oynadığı öne sürülen CD20 + lenfositleri tükenir. Bunların sonucunda Rituximabın bağırsak üzerindeki uzun süreli olumsuz etkileri tipik olarak graft-host hastalığına veya enfeksiyona ikincil olduğu varsayılır. Önceki yapılan çalışmalarda vurgulandığı gibi rituximab tedavisinin indüklediği kolit semptomları uzun süre kullanımda ortaya çıkmaktadır (en az 8 ay kullanım sonrası). Nadir olmasına rağmen rituximabın indüklediği kolit kolonik perforasyona neden olacak kadar ağır olabilir ve yoğun bakım ve muhtemelen cerrahiyi gerektirebilir. Bu nedenle uzun süreli rituximab tedavisi altındaki hastalarda yeni başlayan dirençli karın ağrısı, tekrarlayan diare, kramp gibi semptomlar varlığında rituximab koliti akla gelmeli ve diğer etiyolojileri dışlayabilmek için endoskopik değerlendirme yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Rituximab, ülseratif kolit

PS-107 SEKUKİNUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA PARADOKSAL PSÖRİYAZİS GELİŞEN ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTASI

Elem Yorulmaz, Duygu Geler Külcü
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul

AMAÇ: Anti-TNF tedavisi ile gelişen yeni başlangıçlı psöriyatik cilt lezyonlarına veya mevcut psöriyazis varlığında psöriyatik cilt lezyonlarında kötüleşmeye paradoksal psöriyazis denir ve tedavisinde anti-TNF ajanın değiştirilmesi önerilmektedir. Hatta sekukinumab ile başarılı şekilde tedavi edildiğini bildiren vakalar mevcuttur. Burada ise sekukinumab tedavisi sırasında psöriyazis benzeri cilt lezyonları gelişen ankilozan spondilit vakası sunulmuştur.

OLGU: 35 yaşında kadın hasta 3.5 senedir ankilozan spondilit tanısı ile takip edilmektedir. Tedavi sürecinde 1 sene infliximab, 1,5 sene etanercept ve 6 ay golimumab tedavisi almasına rağmen şikayetleri gerilemeyen hastanın C-reaktif protein (CRP):2,1 mg/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR):45 mm/sa, BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) skoru:5,3 olarak değerlendirildi, remisyon sağlanamayan hastaya sekukinumab tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında şikayetleri azalan hastanın BASDAI skoru: 3,4, CRP:1,30 mg/dl, ESR: 28 mm/sa olarak gerilemişti. Ancak el ve ayaklarında eritematöz plaklar üzerinde açılmış püstüller oluşması üzerine dermatolog tarafından değerlendirilen hastadan biyopsi planlandı, ilaca devam edilmesi önerildi. Tedavinin devamı ile cilt lezyonları artan hastada mevcut psöriyazis benzeri lezyonların ilaca bağlı geliştiğine karar verildi ve sekukinumab tedavisi kesilerek adalimumab tedavisine geçildi.

SONUÇ: Literatürde anti-TNF tedavi sırasında gelişen paradoksal psöriyazis ile ilgili pek çok vaka mevcuttur. Ancak sekukinumab tedavisi ile ilişkilendirilen vaka bildirimi nadirdir ve tamamı psöriyazis tanısı olan hastalarda lezyonların kötüleşmesi veya lezyon olmayan alanlarda lezyon görülmesi şeklinde olmuştur. Burada ise öyküsünde cilt lezyonları olmayan, soy geçmişinde psöriyazis bulunmayan; ankilozan spondilit nedeni ile aldığı sekukinumab tedavisi sırasında psöriyatik cilt lezyonları gelişen bir vaka sunulmuştur. Dolayısı ile psöriyazisli hastalarda olduğu gibi sekukinumab tedavisi alan ankilozan spondilitli hastalarda da paradoksal psöriyazis gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Paradoksal psöriyazis, sekukinumab

PS-108 DİRSEK VE DİZ ARTRİTLİ İKİ BRUSELLA OLGUSU

Filiz Meryem Sertpoyraz[1], Şükran Köse[2]
[1]*Sağlık Bilimleri Universitesi Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Klinigi,Izmir*
[2]*Sağlık Bilimleri Universitesi Izmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastaliklari Klinigi*

Brusellozis, brusella gurubu bakterilerin oluşlturduğu, enfeksiyöz

bir hastalık olup bir çok organı özellikle de kas iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem ve merkezi sinir sistemini etkileyerek ciddi komplikasyonlara neden olabilir.Osteoartriküler

tutulum en sık komplikasyon olmakla birlikte spesifik olmayan bulgularla seyrettiginden tanı konulması zordur. Biz brucella artriti tanısı koydugumuz iki olgumuzu paylasmak istedik.

OLGU 1: 35 yaşinda,erkek hasta her iki dirsekte ağrı ve sislik yakinmasiyla poliklinigimize basvurdu.Halsizlik, yorgunluk eslik ediyordu.Ailede romatizmal hastalik oykusu yoktu.Muayenesinde bilateral dirsek eklemlerinde sislik, agri ve hafif isi artisi mevcuttu,eklem hareket acikliginda kisitlilik yoktu.Laboratuarinda C-Reaktif Protein ve sedimantasyon yuksek ve brucella aglitinasyon testleri pozitifti. Diger romatizmal testler negatifti.Enfeksiyon hastaliklari ile konsulte edilen hastaya doksisiklin ve rifampisin tedavisi başlandı. Dort hafta sonraki kontrollerde klinik sikayetler azalmis ve crp ve sedimasyon degerleri normal duzeylere gerilemisti.

OLGU 2: 44 yasinda, kadin hasta kalcalarda agri ve sol dizde sislik ve agri yakinmasi ile poliklinigimize basvurdu.Yaklasik bir yildir sikayetlerinin oldugunu gittigi saglik kuruluslarinda NSAI kullanmasi onerildigini belirtti.Ağrıya halsizlik, terleme ve hafif ates eşlik ettigini ifade eden hastanin muayenesinde antaljik yurume paterni vardi, sakroiliak eklemler palpasyonla agrılı,bilateral FABERE agriliydi.

Sol dizde suprapatellar bölgede ve diz ekleminde şişlik ve agri mevcuttu,hafif isi artişi eslik ediyordu.Laboratuar incelemede sedimantasyon ve CRP yuksek,romatizmal testleri menfi ve brucella aglitinasyon testleri pozitifti. Sakroiliak MR: Bilateral sakroiliak eklemde sakroileitis bulgusu saptandi.Enfeksiyon hastaliklari konsultasyonu sonrasinda brusella sakroileitis tanisi konan hastaya doksisiklin ve rifampisin tedavisi sonrasi 3. ve 6.hafta kontrollerde agri yakinmasi ve sedimantasyon,CRP duzeyleri norrmal duzeylere geriledi.

Bruselloz vücutta pek çok sistemi tutabilmekte ve endemik olan bölgelerde osteoartiküler bulguları olan hastalarda mutlaka ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Brusella, artrit, sakroileit

PS-11 ROMATOİD ARTRİTLİ BİR HASTADA ATLANTOOKSİPİTAL EKLEM TUTULUMLU BAŞ VE BOYUN AĞRISI

Murat Karkucak, Vildan Gültekin, Cemil Güner, Erhan Çapkın, Gamze Kılıç
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

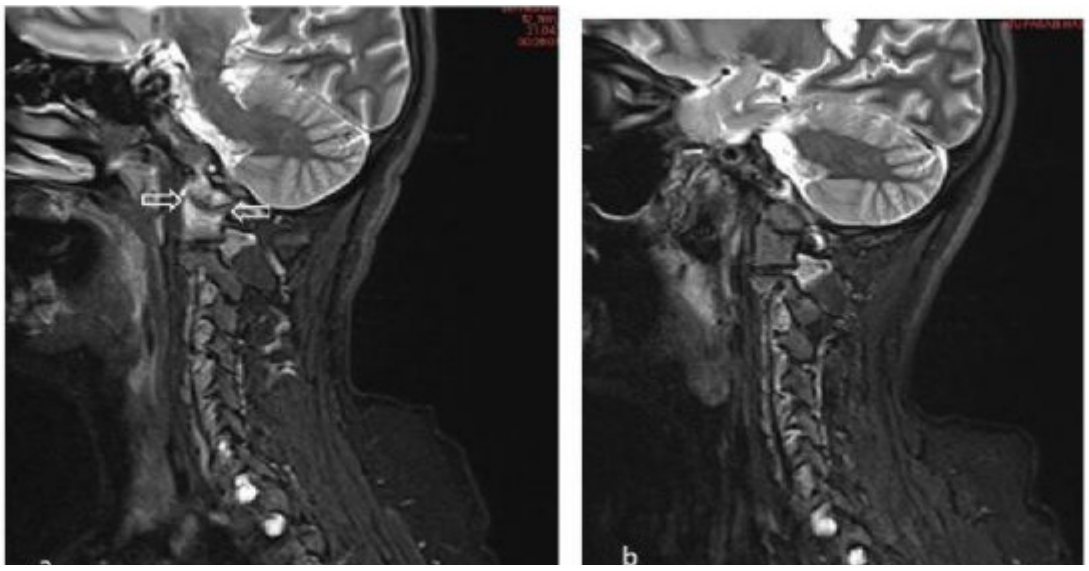
AMAÇ: Atlantooksipital (AO) eklemden kaynaklı ağrılar klinikte sık görülmez. AO eklem atlas'ın lateralinde yerleşim gösteren konkav eklem yüzleri ile oksipital kemiğin kondilleri arasında oluşmuş, kondiler tipte bir eklemdir. AO patolojisi olan hastalar genellikle ipsilateral yayılan oksipital ve suboksipital ağrıyla genel boyun ağrısından şikayet ederler(1). Romatoid artrit (RA) servikal tutulum yapabilen kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Servikal tutulum genellikle atlantoaksiyel tutulumla karakterizedir (2).

OLGU: 53 yaşında bayan hasta 7 aydır giderek artan baş ve boyun ağrısı şikayeti mevcuttu. Travma öyküsü yoktu. Boyun hareketleri özellikle fleksiyon ve ekstansiyon ağrılı idi. Palpasyonla sağ tarafta occipital kemik seviyesinde tetik noktası bulunmaktaydı. Fizik muayenede nörolojik muayenesi normal sınırlarda idi. Özgeçmişte; 4 yıldır romatoid artrit ve 10 yıldır astım hastalığı bulunmaktaydı. Astım nedeniyle inhaler tedavi almaktaydı. Hasta RA tanısıyla 4 yıldır metotreksat 10 mg sc, hidroksiklorokin 200 mg 1x1 kullanmaktaydı. Son 2 yıldır değişen dozlarda prednizolon 5 mg kullanımı mevcuttu. Travma öyküsü yoktu. 3 ay önce servikal bölegeden konvansiyonel fizik tedavi programı almış ve fayda görmemişti. Kliniğimize başvurusunda hastaya tanısal amaçlı çekilen servikal MR sonucunda C1 vertebra sağ kesiminde STIR sekansta ödem ve kontrastlanma izlendi (Şekil 1a). C1 vertebra sol kesiminde normal olarak raporlandı. (Şekil 1b) Olası kırık ekartasyonu açısından çekilen servikal BT'de ise C1 vertebra sağ kesiminde AO eklem aralığı daralmış olup dejenerasyona sekonder değişiklikler izlendi. Sonuçta hastanın sağ taraf tutulumluu nadir izlenen AO dejenerasyonu tespit edildi. RA'ya bağlı visseral organ tutulumu saptanmayan hastalık aktivite skoru (DAS 28) düşük hastalık aktivitesi ile uyumlu idi. Sekonder AO eklem dejenerasyonu düşünülen hastanın tedavisinde sağ suboksipital bölgedeki tetik noktalara lokal enjeksiyon uygulandı. Ardından hasta tekrar tarafımızca boyun bölgesinden fizik tedavi programı (kısa dalga diatermi, hot pack, TENS, izometrik boyun egzersizleri) başlandı. Uygulanan tedaviden kısmen fayda gören hasta fizik tedavi poliklinik takiplerine devam etmekte olup klinik olarak stabil seyretmektedir.

SONUÇ: Servikal omurga RA'lı hastalarda eroziv hastalığın ortaya çıkması için bir hedef alandır. En sık tutulum bölgesi atlantoaksiyel tutulumdur. Manyetik rezonans görüntüleme erken romatoid artritte erozyonların gelişmesinde öncül olduğu düşünülen kemik iliği ödemini gösterebilir (3). RA servikal omurga tutulum vakalarının çoğunluğu konservatif olarak tedavi edilebilir, ancak bazılarında cerrahi seçenek olabilir. Servikal omurga tutulumunun RA hastalarının sağkalımı üzerinde olumsuz bir etkisi vardır, ancak bunun öncelikle hastalık şiddeti ile ilişkili olduğu görülmektedir (4). Biz vaka takdimi ile boyun ağrısı ile başvuran RA'li hastalarda sık görülen yumuşak doku patolojilerinin dışında AO dejenerasyona bağlı servikal omurga tutulumunu sunmayı ve farkındalığını hatırlatmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Romatoid artrit, Atlantooksipital eklem

a. C 1 vertebra sağ atlantooksipital eklemde T 2 sekanslarda kemik ödemi (oklar) b. Normal taraf



PS-112 AYNI AİLEDEN İKİ PAGET HASTALIĞI OLGUSU: VAKA SUNUMU

Feride Sabırlı, Hüsnüye Balkan, Nazlı Derya Buğdaycı
İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ: Paget hastalığı ileri yaş grubunda osteoporozdan sonra en sık görülen kemik hastalığıdır. Genellikle kemiklerin kronik ve bölgesel bir hastalığıdır ve iskelet sistemini yaygın tutan formları da mevcuttur. 55 yaş ve üzerindeki bireylerde prevalansı %1-3 civarında iken, 80 yaş üzerinde bu oran %8'e kadar çıkmaktadır (1). Erkeklerde daha sık görülür. Bu olgu sunumunda kalça ağrısı yakınması ile başvuran, kliniğimizde paget hastalığı tanısı konularak tedavi edilen aynı aileden iki olguyu tartışmayı amaçladık.

Olgu 1 (Z.K): Uzun süredir devam eden sağ kalça ağrısı ile başvuran 67 yaşındaerkek hastanın ağrısı hareketle ve yük vermekle artıyor, istirahatle ve analjeziklerle azalıyordu. Gece ağrısı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sağ kalça fleksiyonu 80 derecede ROM limitli ve ağrılıydı. FABER testi sağ kalçada pozitifti. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı 6 mm/sa (1-20); ALP 301 I U/L (30-120); parathormon30,1 pg/ml (12-88); kreatinin 1,14 mg/dL (0,67-1,17); 25-hidroksi vitamin D 20,9 ng/ml (20-50) olarak saptandı. Lumbosakral radyografide dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Pelvis grafisinde sağ femur, asetabulum, iliak kanatta skleroz artışı ve sağ femurda kortikal kalınlaşma saptandı (Resim 2). Tüm vücut kemik sintigrafisinde her iki sakroiliak eklemde, sol hemipelviste, sakrumda, sol femur ½ proksimalde diffüz artmış aktivite tutulumu saptandı (Resim 3). Sağ kalça ve sakrum manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sakrum düzeyinde sakrokoksigeal bileşkeye kadar uzanım gösteren kemik iliği sinyal intensitesinde belirgin heterojenite T1 ve T2 A serilerde hipointens - hiperintens kemik iliği değişikliği, her iki sakroiliak ekleme komşu yüzlerde düzensizlik alanları,sol femur başında subkortikal dejeneratif kistik değişiklikler izlenmiş olup, asetabuler yüzde eşlik eden kemik iliği ödemi mevcuttu(Resim1). Hastaya mevcut klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla paget hastalığı tanısı konularak zoledronik asit 5 mg/100 mL IV infüzyon tedavisi uygulandı.

Olgu 2 (E.K): 2. olgu ilk olgunun küçük erkek kardeşi idi. Uzun süredir devam eden bel ağrısı ile başvuran 64 yaşında erkek hastanın ağrısı hareketle artıyor, istirahatle ve analjeziklerle azalıyordu. Gece ağrısı yoktu. Hastanın fizik muayenesinde bel hareketleri ağrılı fakat açıktı. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı 9 mm/sa (1-20); ALP 172I U/L (30-120); parathormon42,9 pg/ml (19,8-74,9); kreatinin 1,01 mg/dL (0,67-1,17); 25-hidroksi vitamin D 22,9 ng/ml (20-50) olarak saptandı. Lumbosakral radyografide dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Çekilen lomber MR'da L3 vertebra korpusunda ve sakrumda hipo ve hiperintens alanlar içeren heterojen nonspesifik tutulum görüldü (Resim 4 ve 5). Bu nedenle istenen tüm vücut kemik sintigrafisinde T8 ve L3 vertebralarda, her iki sakroiliak eklemde ve sakrumda diffüz tarzda yoğun artmış aktivite bulguları Paget Hastalığı ile uyumlu geldi (Resim 6). Hastaya mevcut klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla Paget Hastalığı tanısı konularak zoledronik asit 5 mg/100 mL IV infüzyon tedavisi önerildi.

SONUÇ: Paget hastalığı ileri yaşı etkileyen tedavi edilebilen bir hastalıktır. Hastalık etiyolojisinde çevresel ve genetik faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (2). Hastalık ile ilişkilendirilen en önemli gen SQSTM1'dir (3). Kızamık virüsü SQSTM1 gen mutasyonu ile birlikte artmış osteoklast aktivitesine katkıda bulunduğu gösterilmiştir (4; 5). Paget hastalığı kemik döngüsünde fokal artışların olduğu, deformitelere, kırıklara ve ikincil osteoartrit gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabilen progresif bir hastalıktır. Patofizyolojisi halen çok iyi bilinmemesine karşın primer lezyonda anormal osteoklast aktivasyon artışı söz konusudur (6; 7). İskelette her bölgede tutulum olabilmekle birlikte pelvis, aksiyel iskelet, kafatası ve ağırlık taşıyan uzun kemikler daha sık etkilenir. Bizim hastalarımızda kafatası tutulumu yoktu. İlk tanı esnasında hastaların yaklaşık %14'ü asemptomatiktir. Tanı sıklıkla başka hastalıkların radyolojik incelemeleri sırasında tesadüfi olarak veya beklenmeyen serum alkalen fosfataz (ALP) yüksekliği ile konur (1). Klinikte en sık rastlanan başvuru şikayeti kemik ağrısıdır. Ağrı özellikle periost tutulumu, artmış vaskülariteye bağlı intramedüller basınç artışı, kemiğin genişlemesi veya mikrofraktürlere bağlı gelişebilir (2; 8). Hastaların %15-20'sinde aile öyküsü mevcuttur. Hastalığın ailesel sıklığı ve buna neden olan çevresel ve genetik faktörler literatürde belirtilmiş ve bununla ilgili çalışmalar yapılmıştır (2). Hastaların birinci derecede yakınlarında hastalık görülme olasılığı 7 kat artar (9). Başlangıçta DQW1 ve DR2 (Class II HLA) antijenlerinin sıklığında artış tanımlanmıştır. Daha sonraki çalışmalarda ise bu veri desteklenmemiş çok değişik gen lokusları tanımlanmıştır(6p21.3 (PDB 1), 18q21-22 (PDB 2), SQSMT1 5q35 (PDB 3), 5q31 (PDB 4), 2q36 (PDB 5), 10p13 (PDB 6) ve18q23) (2; 3).

Tedavide bifosfonatlar ve kalsiyum + D vitamini kullanılır. Hastalar 3 ayda bir ALP ölçümü ile takip edilir ve ALP normal düzeye gelince tedavi kesilir.

Hastaların birinci derece yakınları erken için kemik ağrısı, diğer duyma kaybı gibi diğer sistem etkilenme bulgularında klinik şüphe duyulmalı ve bu hastalar tanı ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla periyodik olarak taranmalıdır.

Etik

Hastadan onam alındı.

KAYNAKLAR

1.Seton M. Paget disease of bone: Diagnosis and drug therapy. Cleve Clin J Med 2013;7:452-62.
2.Walsh JP. Paget's disease of bone. Med J Aust 2004;181:262–5.
3. Hocking LJ, Lucas GJ, Daroszewska A, Mangion J, Olavesen M, Cundy T, et al. Domain-specific mutations in sequestosome 1 (SQSTM1) cause familial and sporadic Paget's disease. Hum Mol Genet 2002; 11:2735-9.
4. Kurihara N, Hiruma Y, Yamana K, Michou L, Rousseau C, Morissette J, et al. Contributions of the measles virus nucleocapsid gene and the SQSTM1/p62(P392L) mutation to Paget's disease. Cell Metab 2011;13:23-34.
5. Ralston SH, Albagha OM. Genetic determinants of Paget's disease of bone. Ann NY Acad Sci 2011; 1240:53-60.
6. Ralston SH, Langston AL, Reid IR. Pathogenesis and management of Paget's disease of bone. Lancet 2008;372:155-63.
7. Galson DL, Roodman GD. Pathobiology of Paget'sDisease of Bone. J Bone Metab 2014;21:85-98.
8. Adam M, Mete G, Yıldız Z, Leblebici B, Demir Ş. Kemiğin Paget hastalığı: Bir Olgu Sunumu. Türk Fiz Tıp RehabDerg 2008; 54:184-6.
9. Siris ES, Otaman R, Flaster E, Kelsey JL. Familial aggregation of Paget's disease of bone. J Bone Miner Res 1991;6;495.

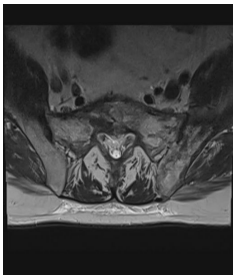
ANAHTAR KELİMELER: paget hastalığı

Resim 3



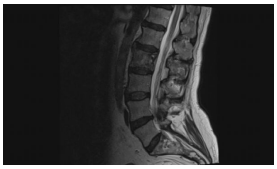
Resim 3: Olgu 1 Tüm Vücut kemik sintigrafisi

Resim 4



Resim 4: Olgu 2 sakrum MR

Resim 5



Resim 5: Olgu 2 Lomber MR Sagittal kesit

resim 6



Resim6: Olgu 2 Tüm Vücut kemik sintigrafisi

resim1



Resim 1: Olgu 1 Lomber vertebra Sagittal kesit.

resim2



Resim 2: Olgu 1 pelvis grafisi

PS-114 ADVANCED STAGE DIABETIC CHEIROARTHROPATHY: A CASE REPORT

Tuba Baykal, Meliha Nur Köfkeci
department of physical therapy and rehabilitation, suleyman demirel university, ısparta, turkey

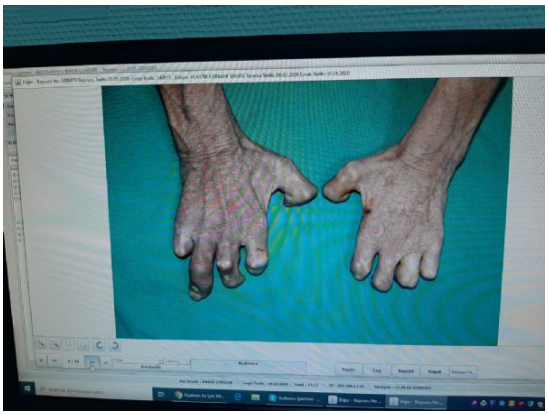
OBJECTIVE: To raise awareness for a not rare but rather limiting and quality of life decreasing complication of Diabetes Mellitus; Diabetic Cheiroarthropathy

CASE: Diabetic cheiroarthropathy (DCA), also known as diabetic stiff hand syndrome or limited joint mobility syndrome, has been reported 8-50 % of all patients with type 1 diabetes and can also be seen in type 2 diabetic patients. It's one of the rheumatologic manifestations of especially insuline dependent diabetes. This restrictive complication of diabetes mellitus associates with disease duration and vascular complications of which late referral and late conservative and surgical management strategies can be more likely unsatisfactory than early recognition and treatment. A-55-year old man referred to Süleyman Demirel University, Department of Plastic and Reconstructive Surgery with unhealing foot ulcers and eschar. Because of an extensive and infectious wound, he had to undergo below knee amputation surgery of right leg. Throughout the procedure he was diagnosed with diabetes mellitus with a high concentration of fasting and postprandial blood glucose levels and HbA1c (7,2 %) levels. After using one month of insuline and oral antidiabetic drugs –the first control time after discharged from hospital-, he was consulted to our department (Department of Physical Medicine and Rehabilitation) with stiffness, limitations of fingers due to flexor contractures of metacarpophalangeal and ınterphalangeal joints of both hands. He has a 4-year history of progressive impairment of hand function. On physical examination the features of DCA were demonstrated such as stiffness of the skin, prayers sign and he was unable to flatten his hands (table top sign) completely. On USG imaging, we demonstrated the skin and flexor tendon sheath thickening. From the onset of the limiting symptoms –process of 4 years- he had referred many times to different departments for painless limitations of his hands, he had been investigated for many rheumatologic disorders and he had not been diagnosed with a certain disorder.

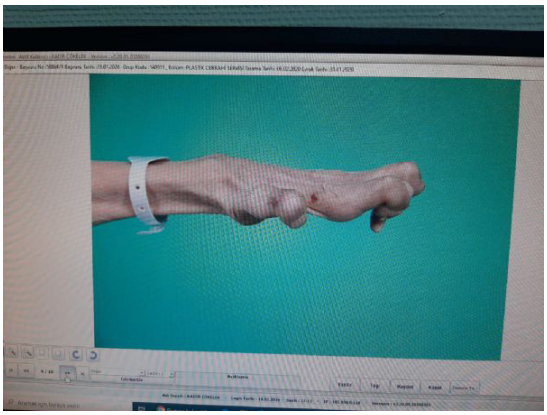
CONCLUSION: DCA is thought to be caused by damaging effects of hyperglycemia on collagen and microvascular abnormalities, which can lead to tissue hypoxia. Early recognition is important, because cheiroartropathy represents a marker of other diabetic microvascular complications, such as in our case.

KEYWORDS: Keywords: diabetic cheiroarthropathy, limited joint mobility, microvascular complication

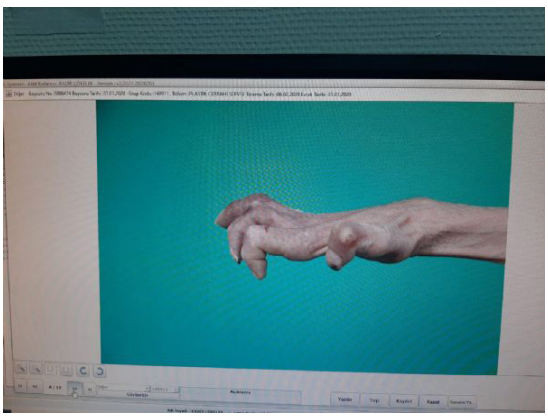
photograph



photograph



photograph



photograph



contracted hand photograph

PS-118 MC CUNE-ALBRİGHT SENDROMLU BİR OLGU SUNUMU VE REHABİLİTASYON YAKLAŞIMI

Sefa Gümrük Aslan, Kutay Tezel, N.kutay Ordu Gökkaya
S.B.Ü Gaziler fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitim ve araştırma hastanesi

AMAÇ: Mc-Cune Albright Sendromu (MAS), endokrin organların aşırı çalışması ile giden patogenezinde uyarıcı G protein alfa alt biriminde aktive edici mutasyonların sorumlu olduğu nadir görülen bir sendromdur. Hastalığın üç ana bulgusu, deride hiperpigmente café au lait lekeleri, fibroz displazi (FD) ve endokrin fonksiyonlarda artış ile karakterizedir. En sık puberte prekoks görülmekle birlikte, büyüme hormonun aşırı salınımı etkilenmiş olguların %21'de görülmektedir. Bunun yanında hipertiroidi, hiperkortizolemi, akromegali, hiperprolaktinemiyi içeren multipl endokrin anormallikler de görülebilir. Erişkinlerde hipertiroidi ve akromegali en yaygın görülen endokrin anormalliklerdir.

MAS'da kas-iskelet sisteminde; Fibröz displazi ekstremitelerin uzun kemiklerinde, kostalarda ve kraniyofasiyal kemiklerde sıklıkla meydana gelen ailesel olmayan benign lokal kemik lezyonlarıdır. FD lezyonları aseptomatik olabilir veya kemikte ağrı, kırık, deformite ve kraniyal sinir kompresyonuna neden olabilir. Bu olgumuzda nadir görülen bir hastalık olan Mc cune Albright sendromlu bir hastanın takibi ve rehabilitasyon takipleri ile ilgili görüşlerimizi sunmak istedik.

OLGU: 15 yaşındaki erkek hasta uzun süredir mevcut kemik ve eklem ağrıları büyüme ağrıları olarak takip edilirken düşük enerjili bir travma sonrasında gelişen sol femur başı fraktürü nedeniyle ile araştırmalar sonucunda Mc- Cune Albright sendromu tanısı almış. Hastanın öyküsünde düşük enerjili non travmatik sol femur ve her iki tarafta tibia şaft kırığı öyküsü olduğu öğrenildi.
Hasta ve ailesi, merkezimize başvurduğunda geçirmiş olduğu kırıklar nedeniyle tekrar düşme ve kırık geçirme korkusuna bağlı olarak belirgin düzeyde hareket etme-mobilizasyondan kaçınma korkusuna sahip idi. Hasta iki kişinin maksimum desteği ile kısa süreli sabit vertikalize olabiliyormuş, ambulasyonunu sağlamak için son iki yıldır devamlı tekerlekli sandalye kullanıyormuş. Daha önce aktif fizik tedavi programı almayan hasta eklem ağrıları, kısıtlılıkları ve mobilizasyonun tekrar değerlendirilmesi amacıyla merkezimize başvurdu.

Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde Alkalen fosfataz: 700 IU/L (38-126), Ca: 9,2 mg/dL (8,9-10,3), P: 3,7 mg/dL (2,4-4,7), GH: 1875 mIU/ml (0-20), FSH:29,43 µIU/mL (3,5-12,5) TSH: 2,14 µIU/mL (0,35-5,33), serbest T3: 3,14pg/mL (1,71- 3,71), serbest T4: 0,7 ng/dL (0,70-1,48), PTH: 21,4 pg/mL (12-88), 25OHD3: 32,26 ng/mL, Kortizol: 8,82 µg/dL (6,2-19,4), LH: 6,13 µIU/ml (1,27-19,26), E2: 33,13 pg/ml (12,5-166), Prolaktin: 10,56 µIU/ml (2,64-13,13), DHEA-SO4: 80 µg/dL (33,9-340), spot idrar Ca: 15,9 ng/ml (20-50) olarak bulundu. DEXA'da L1-4 vertebra T skoru: -2,5,Z skoru:-0,3 femur boynu T skoru: -2 Z skoru:-1,2 olarak ölçüldü. Hasta pamidronat 90 mg/gün, kalsiyum 1200 mg/gün ve vitamin d 1000 IU/gün takviyesi kullanıyordu. Hastanın çekilen tüm vücut 3 fazlı kemik sintigrafisi multipl artmış aktivite tutulumları "poliostatik fibröz displazi odakları" ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Hastanın yapılan işitme testi normal sınırlarda olarak değerlendirilmiştir. Hastanın mevcut kinezyofobi düzeyini değerlendirmek için yapılan Tampa kinezyofobi değerlendirme ölçeği puanı 52 olarak saptandı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sırtının ve boynunun sol tarafında hastalığın bulgularından sınırları düzensiz cafe au lekelleri görüldü. Hastanın üst ekstremite kas gücü proksimali 5/5 distali 3/5, alt ekstremite kas gücü muayenesinde kas güçleri bilateral ayak bileği dorsifleksiyonları 3/5 diğer kas güçleri 5-/5 idi. Alt ve üst ekstremite derin tendon refleksleri normoaktif ve duyu muayenesi normoestezikti. Hastada hafif bilateral genu valgum deformitesi mevcuttu. Dirsek, kalça ve diz çevresinde kontraktürleri olmamakla birlikte eklem hareket açıklığı (EHA) sonları minimal kısıtlı idi. Mevcut osteoporozu ve multiple kemik fibröz displazilerinin tekrar olası bir kırığa yol açıp açmayacağına dair karar verme aşamasında pediatrik endokrinoloji ve ortopediden görüş alınarak aktif rehabilitasyon programının başlanmasına karar verildi. Hasta için ilk iki hafta için alt ve üst ekstremite güçlendirme, EHA germe egzersizleri, bilateral ayak bileği dorsifleksörlerine yönelik Fonksiyonel Elektrik Stimülasyonu (FES), su içi egzersizleri de içeren kapsamlı bir rehabilitasyon programı başlatıldı. Hasta ikinci haftanın sonunda tekrar değerlendirilerek ağırlık eliminasyonlu yürüyüş bandında kademeli olarak artan vücut ağırlığı ile yürüyüş, denge-koordinasyon ve propriyosepsiyon egzerizleri eklendi. Hastanın rehabilitasyon programı sonrası yeniden değerlendirilen Tampa kinezyofobi ölçeği değerlendirme puanı 20 olarak saptandı. Hastanın hareket etme ve düşme konusundaki kaygılarında önemli oranda azalma sağlandı. İki ay süren rehabilitasyon süreci sonunda olgu desteksiz ayakta durur ve kişi gözetimli orta mesafe ambulasyonun sağlanması ile günlük yaşam aktivitelerinde, okul ve sosyal hayatında bağımsızlık düzeyi belirgin düzeldi.

SONUÇ: McCune-Albright sendromu klasik olarak kas iskelet sisteminde FD, ciltte "cafe´-au-lait" lekeleri ve erken puberte triadı ile karakterizedir. İlk kez McCune tarafından 1936 yılında tanımlanmış ve kısa bir süre sonra da Albright ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. FD'li hastaların %70'i tek kemik lezyonuna sahipken %30'unda multipl kemik lezyonları vardır. FD lezyonları medullar kaviteden köken alır ve etrafında kortikal kemik olacak şekilde dışa doğru genişler. Çoğu hasta semptomsuz ya da çok az semptomu vardır. İlk semptomlar sıklıkla çocukluk çağında, %80'inde 15 yaşından önce ortaya çıkar. Kemik ağrısı ya da kırıklar 3-5. dekatta görülebilir. Tutulan kemiklerin hepsinde kırık gözlenebilir. Hafif kemik ağrılarında parasetamol gibi antiinflamatuvar ilaçlar, ağır kemik ağrılarında narkotik analjezikler kulanılabilirse de bu ilaçlar hastalığın gidişini kontrol altına almaz. Bisfosfanatlar hastalığın kontrol altına alınmasında kullanılan güçlü antirezorptif ajanlardır. Hastalığının kontrol altına alınması yanında hastaların yaşam kalitelerinde ciddi anlamda iyileşme sağlayan çok kapsamlı rehabilitasyon programlarına ihtiyacı olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. McCune-Albright sendromu nadir görülen bir hastalık olsa da multidispliner çalışmayı gerektiren gözden kaçırılmaması gereken bir hastalıktır.

ANAHTAR KELİMELER: Mc cune Albright sendromu; kinezyofobi; rehabilitasyon; osteoporoz

PS-12 HIV ENFEKSİYONUNA SEKONDER OLİGOARTRİT OLGUSU

Zeynep Candan, Fatma Serenay Vardar, Selin Duran, Emre Ata, Figen Yılmaz
SBÜ Sultan Abdülhamid Han SUAM,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,İstanbul

GİRİŞ:İnsan immun yetmezlik virüsünün (HIV), kas iskelet sistemi ile ilgili belirtileri global HIV salgının başlangıcından beri tanımlanmıştır. Bulgular tanıdan sonra ilk 3 yıl içinde ortaya çıkmaya başlar. Burada HIV + olup bilateral ayakbileğinde ısı artışı ve şişlik ile enfeksiyon hastalıkları kliniğinden tarafımıza konsulte edilen olgu sunulmuştur.

OLGU: HİV 'e bağlı edinsel immun yetmezlik tanısı ile enfeksiyon hastalıkları kliniğinde takipli ve 2 ay önce antiretroviral tedavisi başlanan 28 yaşında erkek hasta bilateral ayak bileğinde şişlik ve ısı artışı nedeniyle konsulte edildi. Yapılan muayenede el küçük eklemlerinde, el bileğinde, dirseklerde, diz ekleminde aktif artrit bulguları yoktu. Ayak bileğinde sağda daha fazla olmak üzere bilateral ısı artışı ve şişlik mevcut idi. Entezit bulgusu yoktu. Psöriatik cilt döküntüsü, üveit,inflamatuar bağırsak hastalığı bulgusu ve öyküsü yoktu. İnflamatuar ağrı tariflememekteydi. Ultrasonografik görüntülemede her iki ayak bileği dorsumunda ekstansör tendonların çevresinde ödem ve tendon kalınlaşması tespit edildi. Hastanın sedimantasyon değeri 116, crp değeri 113 idi. Hemogramında anemi ve trombositopeni tablosu hakimdi. RF, CCP, ANA değerleri negatifti. Akut fazların yüksekliği mevcut hastalığına bağlandı. Ultrasonografik incelemenin yardımıyla hastada HİV'e sekonder tenosinovit düşünüldü. Bisitopeni tablosu nedeniyle hastaya sistemik steroid olmayan antiinflamatuvar tedavi (SOAİ) başlanamadı. Topikal SOAİ ve soğuk uygulama önerildi. Şikayetleri 2 hafta içinde geriledi.

SONUÇ: HIV'e bağlı edinsel immun yetmezlik hastalarında romatolojik hadiselere artmış bir yatkınlık gözlenir. Bunlar; HİV ile ilişkili artropati, seronegatif spondiloartropati (SPA) (reaktif artrit,psöriatik artrit ve undiferansiye SPA),romatoid artrit (RA) ve ağrılı artiküler sendromlar şeklinde sıralanabilir. Karşılaşabileceğimiz diğer artiküler olmayan romatolojik durumlar ise osteonekroz, vaskülit, tendinit ve miyozittir. Bu bulgular hastalığın herhangi bir evresinde ortaya çıkabilir. Her zaman RF, CCP, ANA, HLAB27 pozitifliği gözlenmeyebilir. Tedavide birinci seçenek oral SOAİ' dir. Bunun dışında hidroksiklorokin, sulfasalazin,biyolojik DMARD'lar da kullanılabilmekle birlikte hastanın immun supresif olduğu ve diğer bulguları da unutulmamalıdır. Anti viral tedavi ile de artrit benzeri semptomlarının gerileyebildiği gözlenmiştir. İyi bir anamnez, muayene ve uygun görüntüleme yöntemi ile ile HİV pozitif hastalarda artrit veya tendinit gibi romatolojik veya romatolojik olmayan ek semptomlar göz ardı edilmeden incelenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: artrit, edinsel immun yetmezlik, hiv, tendinit

PS-120 AKUT SERVİKAL SPİNAL KORD HASARI SONRASI GELİŞEN DİABETES İNSİPİTUS: BİR OLGU SUNUMU

Sefa Gümrük Aslan, Kutay Tezel, Mitat Cebeci, N.kutay Ordu Gökkaya
Gaziler fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitim ve araştırma hastanesi

AMAÇ: Spinal kord yaralanması sonrası ortaya çıkan lezyonlar motor, duyu kayıplarına ve otonomik bozukluklar gibi, hastaları morbidite ve mortaliteyi etkileyen bir çok problemle karşı karşıya bırakmaktadır. yol açar. Omurilik yaralanması sonrasında gelişen pleji tablosunda hastalar; ekstremitelerin, mesane, bağırsak ve cinsel fonksiyonların kontrolünü içeren pek çok vücut fonksiyonlarını kaybetmişlerdir.

Santral Diyabetes İnsipidus (SDI), arginin vazopressin peptid (AVP)'in hipotalamusda sentezi veya transportu ile ilgili bir kusur, salgılanmasını uyaran osmo- baroreseptör duyarsızlığı ya da salınan hormonun enzim ya da antikorlarla yıkımı sonucu ortaya çıkan ve klinik olarak poliüri ve polidipsi ile seyreden bir hastalıktır. Dİ etiyolojik nedenleri arasında kranioserebral travmalar, histiyositoz gibi inflamatuvar nedenler, enfeksiyonlar, neoplastik hastalıklar, otoimmun nedenler veya ailevi kalıtsal nedenler sayılabilirse de nadir olarak spinal kord yaralanmaları sonrası da gelişebilir. Omurilik yaralanmalı hastalarda takiplerde gelişen poliüri ve polidipsi semptomları varlığında Santral Dİ tanısı gözden kaçırılmamalıdır.

Bu olgumuzda akut servikal spinal yaralanması sonrası gelişen santral diabetes insipitus olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: 25 yaşındaki erkek hasta ateşli silah yaralanması sonrası acil serviste yapılan servikal bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde servikal (C)5 vertebra korpusunda kurşun ve C6'da sol laminada kırık saptanmıştır. Beyin, toraks ve batın BT'sinde akut kanama saptanmayan hasta beyin cerrahi tarafından opere edilmiş ve operasyonda C5 de bulunan kurşun çıkarılmış, sol C6 laminektomi yapılmış. Hasta travma sonrası tetrapleji ön tanısıyla 1.ayda rehabilitasyon amacıyla servisimize kabul edildi. Hastanın öyküsünde operasyon sonrası gelişen cok su içme, ağzı kuruluğu şikayeti için sorgulandığında hastaya dış merkezdeki yapılan tetkikleri sonucunda Diabetes insipitus tanısı koyulduğu ve Desmopressin asetat 120 mcg/gün başlanıldığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık, kooperasyon oryantasyon tamdı. Motor muayenesinde omuz elevasyonu:5/5 Omuz Abd: 2/2 C5:3/1+, C6 ve distali aktif kas hareketi mevcut değildi. Derin tendon refleksleri hipoaktifti, duyu muayenesinde C5 distali anestezikti. Hastanın kısa ve uzun oturma dengesi mevcut değildi. Derin anal basınç hissi ve internal anal kontraksiyonu olmayan hasta C4 ASİA A olarak değerlendirildi. Hasta takipleri sırasında aldığı sıvı miktarı 3000- 4000 ml civarında iken idrar çıkışı 6400 ile 7400 mL arasında değişiyordu. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde serum sodyumu 134 mEq /L, eGFR testi 162 mL/dk/1.73 m2, Kreatinin:0.42 mg/dL, Fosfor:5.1 mg/dL, Cl:100 mmol/L Ca:9.9 mg/dL idrar özgül ağırlığı 1.010 olarak değerlendirildi. Hastanın mevcut poliürisi ve sıvı açığı takibi açısından karar verme aşamasında dahiliye ve nefrolojiden görüş alınarak hastanın takiplerinde Desmopressin asetat dozu kademeli olarak artırılarak 240 mcg/gün dozuna çıkarıldı. Hastanın iki haftalık yakın sıvı takibi ve idrar takibi sonrasında laboratuvar bulguları idrar özgül ağırlık 1.020-1.030, idrar osmolalitesi 184 mOsm / L, serum osmolalitesi 285 mOsm / L ve günlük idrar çıkışı 2250– 3000 ml olarak tespit edildi. Hastanın desmopressin asetat dozu 240 mcg/gün olarak ayarlandı. Hastanın takipleri devam ederken ek olarak, hastaya günde iki kez alt, üst ekstremiteye pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri, solunum egzersizleri, postural drenaj ve kademeli tilt masasında mobilizasyon programlarını içeren aktif rehabilitasyon programı uygulanmaya başlandı.

SONUÇ: Spinal kord yaralanmasından sonra ve spinal şok döneminde sempatik tonusta azalma ve vazodilatasyon bağlı hipotansiyon görülme ihtimali sıktır. Santral Dİ sıklıkla kranioserebral bir travma sonrası gelişsede nadir olarak spinal kord travması sonrası nöro-hipofizdeki hipoperfüzyon ve hipoksiye bağlı olarak da gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: spinal kord yaralanması, poliüri, polidipsi, diyabetes insipitus, desmopressin

PS-122 ORTA SEREBRAL ARTER ENFARKTI SONRASI GELİŞEN SAĞ İHMAL OLGUSU

Sefa Gümrük Aslan, Mitat Cebeci, Kutay Tezel, N.kutay Ordu Gökkaya
S.B.Ü Gaziler fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitim ve araştırma hastanesi

AMAÇ: İnme geçiren hastalarda, akut ve kronik dönemde birçok komplikasyon gelişebilmektedir. İnme hastalığının akut aşamasından sonra, hastaların yaklaşık yarısında yüksek serebral disfonksiyon gelişebilmektedir.Bir tarafı ihmal etme, beyin lezyonun karşı tarafından gelen herhangi bir uyarana karşı, mevcut duyusal ve motor defektlerle açıklanamayan, kayıtsızlık veya tepkisizlik olarak tanımlanmaktadır.Bir tarafı ihmal etme, sağ hemisfer lezyonu olan hastalarda sol hemisfer lezyonu olan hastalara göre daha sık ve şiddetli olarak görülmektedir. İnmeli hastalarda, ihmal görülme insidansı sağ hemisfer strokunu takiben %10-82 arasında, sol hemisfer strokunu takibenise %15-65 arasındadır.Bu çalışmada, sol hemisfer lezyon etkilenimi sonrası sağ ihmali gelişen bir hastada ayrıntılı muayene ve görüntüleme yöntemleri ile tanımlanabilen bir sağ ihmal olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Bilinen esansiyel primer hipertansiyon ve diyabet tanısı olan, 73 yaşındaki erkek hasta sağ vücut yarımında güçsüzlük,konuşmada bozukluk nedeniyle dış merkez acil servise başvurmuş. Çekilen kranial diffüzyon mr da bilateral temporal-sağ occipital-sol talamik diffüzyon kısıtlaması izlenmesi üzerine nöroloji servisi tarafından takip edilmiş. Bilateral karotis vertebral arter Doppler ultrasonografisinde sağ vertebral arter hipoplazik-occlude olarak raporlanmış.Kardiyoloji tarafından değerlendirilen holter ekg sonucuna göre hastada Atrial fibrilasyon saptanmış ve daha önce başlanan asetilsalisilik asit kesilerek yerine antikoagülan olarak edoxaban başlanması önerilmiş.

Hemipleji tablosu sonrası ikinci ayda rehabilitasyon amacıyla servisimize kabul edilen olgunun muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık, kooperasyon oryantasyon normaldi. Yapılan muayenesinde Brunnstrom sağ üst: 4 el:5 alt:5 olarak değerlendirildi. Bir kişinin sürekli desteği ile kısa mesafe ambule olabilen hastanın spastisite ve eklem hareket açıklığında bir kısıtlılık yoktu. Hastanın konuşması akıcılığı bozuk olmakla birlikte korunuyordu. Derin tendon refleksleri normoaktifti, kranial sinir muayenesi normal olarak değerlendildi. İhmal değerlendirilmesi için yıldız silme testinde hasta sol yarıyı işaretleyebilmiş, testin sağ yarısında işaretleme yapmamıştır. Yapılan nöropsikolojik değerlendirme de hastanın sağ ihmali ve sağ hemipleji nedeniyle dominant olan sağ elini kullanamaması nedeniyle görsel testler ve hastanın kalem kullanması gereken testler uygulanamamıştır. Wechsler Memory Scale ile değerlendirilen hastanın kişisel, aktüel bilgilerde ve oryantasyon işlevleri bozuktu. Hastanın basit dikkati korunmakla beraber çalışma belleğinde daralma saptandı.Hikaye izleme testinde hastanın kendiliğinden anlık hatırlama miktarı normalin çok altında olup, hastanın dikkati sürdürme zorluğu mevcuttu. Boston adlandırma testine göre hastanın dil işlevlerinden konfrontasyon adlandırma becerisi bozuk olarak tespit edildi.Bu bulgular eşliğinde hastanın hemipleji rehabilitasyonu ve sağ ihmal tedavisi için bireysel olarak hazırlanmış görsel tarama egzersizleri ve geri bildirim stratejilerini de içeren bir rehabilitasyon programından yararlanılmıştır.

SONUÇ: İhmal varlığı inmeli hastalarda fonksiyonel gelişimi ve rehabilitasyon sonuçlarını olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Bireyselleştirilmiş tedavi yöntemleri ile ihmalin rehabilitasyonu inmeli hastaların günlük yaşam aktivitelerine geri dönüşleri ve fonksiyonel bağımsızlıklarını da olumlu etkilenmektedir. Bu nedenle sağ serebral hemisfer lezyon sonrasında sol ihmal insidansı daha yüksek ve seyri daha şiddetli olsa da sol serebral hemisfer lezyonu sonrasında gelişebilecek sağ ihmal varlığının da araştırılıp, mevcut ise buna yönelik tedavi yaklaşımlarının uygulanması hastaların rehabilitasyondan daha etkili olarak yararlanmaları açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: hemipleji; sağ ihmal; inme rehabilitasyonu

PS-123 OSTEOPETROZİS TARDA'LI TİPİK BİR OLGU

Ayhan Kamanlı, Kemal Nas, İbrahim Tekeoğlu, Mine Kantar, Emre Uzun, Merve Baykul
Sakarya Üniversitesi Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi FTR AD. Romatoloji BD

AMAÇ:B u olgu sunumumda tipik klinik ve radyolojik özellikleri olan Osteopetrozis tanılı bir hastamız sunulmaktadır

OLGU SUNUMU: Osteopetrozis çok nadir görülen, kalıtsal bir hastalıktır. Etiyolojisinde net olmamakla birlikte; osteoblastlar ile osteoklastlar arasındaki dengenin bozulması, osteoklast fonksiyonundaki bozukluk sorumlu tutulmaktadır. Bu nedenle yeterli olgun kemik oluşamamakta, kortikal ve lameller kemikte kalınlaşma görülmektedir (1,2).

İlk olarak 1904 yılında Albers-Schönberg hastalığı olarak tanımlanmış ve 1922 yılında Karschner tarafından osteopetrozis olarak isimlendirilmiştir (3,4). Literatürde "taş kemik" veya "mermer kemik" hastalığı olarakta geçmektedir. Prevelansı 1/100000-1/500000 olarak bildirilmiştir.

Tanı genellikle başka amaçlarla yapılan radyolojik incelemeler sırasında konulmaktadır. En önemli bulgu iskeletin diffüz sklerozu ve eşlik eden patolojik kırıklardır.

Osteopetrozis prenatal tanı alıp hayatı tehdit edebileceği gibi 75 yaşında radyografilerde insidental olarak da saptanabilir (6). Dört tipi tanımlanmıştır.

Otozomal resesif letal tip: Klinik olarak hepatosplenomegali, hidrosefali, görme bozuklukları, işitme problemleri gibi kranial sinir disfonksiyonları görülebilmektedir. Kemik iliği kavitesinin obliterasyonu, anemi, trombositopeni, enfeksiyonlara yatkınlık ve erken dönemde ölüm görülmektedir. Kemiğin yeniden yapılanması yetersizdir ve radyografilerde yaygın osteoskleroz görülür. İnfantlarda raşitik benzeri oluşumlar gözlenebilir. Yaygın olmasa da "Kemik içinde kemik" karakteristiktir. Periostit ve iyileşebilen kırıklar görülebilmektedir. Kafa kaidesi sıklıkla ve şiddetli tutulmakta, sinüsler etkilenebilmektedir. Vertebralarda belirgin üniform dansite artışı görülmektedir.

İntermediate resesif tip: Bulgular orta derecededir. Kısa boy, patolojik kırıklar, anemi ve hepatomegali görülebilmektedir. Radyolojik bulgular karakterize, özelikle kafa tabanında olan, yaygın osteoskleroz, "kemik içinde kemik" ve yüz kemiklerinde tutulum görülebilmektedir.

Otozomal dominant tip: Bu tip "Albers Schönberg hastalığı" olarakta bilinmektedir. Etkilenen kişiler genellikle asemptomatiktir. Hastaların bazıları patolojik kırıklar, anemi, diş çekimi sonrasında gelişen problemler veya kranyal sinir palsileri sonrası teşhis edilirler. Radyolojik bulgular resesif olanlara benzer ancak daha hafif şiddettedir. Yaygın osteoskleroz, yetersiz tubulasyon, kortekste kalınlaşma, vertebralarda sandviç görünümü görülmektedir. Yine bu tipte kemik içinde kemik, diafiz sonlarında radyolusen bandlar görülmektedir.

Tübüler asidozisli resesif tip: Bu hastalık "mermer kafa" olarak ta adlandırılmaktadır. Osteopetrozis, renal tübüler asidoz ve serebral kalsifikasyonlarda oluşan bir tablodur. Otozomal resesiftir. Hastaların çoğu mental retardedir. Bazı hastalarda karbonik anhidraz eksikliği tespit edilmiştir. Kas güçsüzlüğü, ve hipotoni renal tübüler asidozla ilişkilidir. Radygrafik bulgular osteoskleroz, medüller kavite obliterasyonı ve patolojik kırıklardır. Radyografik anormalliklerin hızlı iyileşmesi karekteristiktir.

Osteopetrozis tanılı, 48 yaşında bayan hasta. Evli 4 çocuklu. 4 yıl önce menapoz. Yedi yıl önce osteopetrozis tanısı konulmuş. 2018 de anormal uterin kanamalar nedeniyle TAH+BSO yapılmış. Son aylarda artan yaygın eklem ağrıları yaygın şikayetiyle başvuran hastanın FM de: VKİ:24,9, vücut yapısı endo-ektomorf yapıda idi. Topuklarda ağrı, gece ve istirahatle artan bel ağrısı, Servikal bölge EHA açık, rotasyon sonları ağrılı, omuz EHA son açılarda ağrılı, trapez kasta ağrılı tetik noktalar, Kalça ekleminde rotasyon sonları tutuk, ağrılı fabere ve fadir hafif tutuk idi. Bilateral genu valgus, diz ekleminde hareketlerle palpasyonla iyi lokalize edilemeyen ağrı ancak EHA açık bulundu. DBK testi 70 derecede sağda pozitif, femoral germe testi bilateral pozitif bulundu. Bel muayanesinde bilateral PVS mevcuttu, EHA açık ektansiyon ağrılıydı. DTR normoaktif, motor defisit yoktu, duyu muayenesi normal bulundu. Patolojik refleks alınmadı.

LABORATUAR İNCELEMELERİNDE

Tam kan sayımı hafif nötrofili, KCFT, BFT normal, TİT normal, ESH 14 mm/h, CRP negatif. 25-OH Vit D: 6,86 PTH: 32,5 ng/L, Anti-CCP negatif, RF: 12,5 IU/ml, vit B12: 188 ng/L, CK:N, Ca: 10 mg/dl, P:4,1 mg/dl. Alkalen fosfataz:100U/L normal olarak bulundu.

Kemik dansitesi (DEXA, hologic): L1-L4; 1,492 g/cm2, T skor: 3,4, Z skor: 4 ve Femur boyun:1,630 g/cm2, T skor: 6,2, Z skor: 6,9 ile Femur Toplam 1,247 g/cm2, T skor: 1,5, Z skor: 1,7 olarak ölçüldü.

RADYOGRAFİLERDE: yaygın osteoskleroz, vertebralarda sandviç görünümü, yer yer kemik içinde kemik görünümü, kortekslerde kalınlaşma dikkati çekmekteydi (Şekil 1-6). Kraniayal BT de kafa kemiklerinde kortekste belirgin kalınlaşma dikkati çekmektedir.
Usg incelemelerinde: memede fibroadenom, batın USG' de histeroktomize diğer alanlar normal, alt ekstremite doppler USG normal olarak değerlendirildi. Ekokardiografisi normal olarak değerlendirilmiştir
Halen kliniğimizce takip edilmekte olan hasta zaman zaman NSAİİ ilaç almaktadır. Tipik grafileri nedeniyle sunulmuştur.

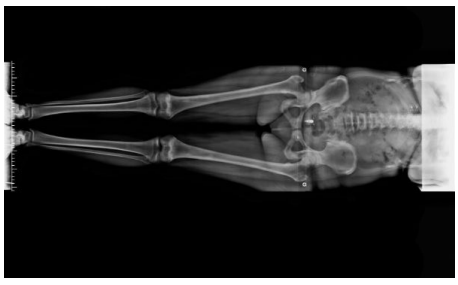
TARTIŞMA: Osteopetrozis nadir görülen herediter bir kemik anomalisidir. Tanı çoğunlukla başka nedenlerle takip edilen hastaların radyografik incelemeleri sırasında konulmaktadır. Giriş kısmında belirtildiği gibi 4 farklı klinik şeklinde görülmekte, sunduğumuz hasta bu gruptan daha çok "Albers Schönberg hastalığı" olarakta bilinen otozomal dominat geçiş gösteren tipe uymaktadır. Hastamız 7 yıl önce başka nedenlerle takip edilirken, çekilen radyografiler ve kemik dansitometresi sonrası osteopetrozis tanısı konulmuştur. Bu tip osteopetrozis hastaları genellikle asemptomatik bir seyir göstermektedir. Resesif geçişli olan tipleri klinik olarak daha farklı bulgularala daha önce tanınabilmekte, otozomal dominat tip başka genellikle bir sağlık problemi taraması sırasınad farkedilmektedir

Takiplerin anormal uterin kanamalar nedeniyle histerektomi ve bilateral salpingoooferektomi yapılmış olup, ayrıca memede fibroadenom nedeniylede genel cerrahi kliniği tarafından da takip edilmektedir. Hastanın yaygın eklem ağrıları ve bel ağrısı bulunmakta olup NSAİİ lardan fayda görmektedir.

SONUÇ: Osteopetrozis nadir görülen herediter bir kemik anomalisidir. Sıra dışı osteosklerozu olan ve kemik dansitometresinde dansite artışı olan hastaların dikkatle incelenmesi gereklidir.

ANAHTAR KELİMELER: Osteopetrozis, DEXA

Osteopetrozisli hastada alt ekstremitelerde yaygın osteoskleroz, kortekslerde kalınlaşma



Osteopetrozisli hastada DEXA sonuçları



S.B. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RADYOLOJİ BÖLÜMÜ

Faks :

Değerli Meslektaşım,

Merkezimize gelen _____ isimli hastanın BMD ölçümü DMS Stratos DR cihazında gerçekleştirilmiştir.

Hasta:

İsim:		Boy:	152 cm
Soyadı:		Kilo:	64 kg
Doğum Tarihi:	23/07/1971	Ölçüm Tarihi:	28/03/2019
Cinsiyet:	Kadın	BMD Cihazı:	DMS / Stratos DR

Sonuçlar:

Ölçüm Tipi	Bölge	Ölçüm Tarihi	Age	BMD	T-Skor	Z-Skor
Sol Femur	Toplam Kalça	28/03/2019	47	1.247 g/cm²	1.5	1.7
Spine	L1-L4	28/03/2019	47	1.492 g/cm²	3.4	4.0

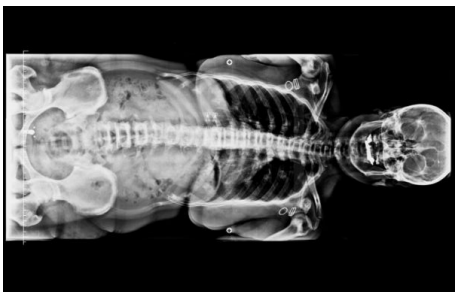
Sol Femur / Toplam Kalça bölgesinde ölçülen BMD 1.247 g/cm² dir. 1.5(121%)'lik bir T-Skor normaldir.

1.7'lik bir Z-Skor ile, kemik kaybı olsuşa bile, bu hastanın BMD'si yaşına ve cinsiyetine göre normal sınırlar içerisindedir.

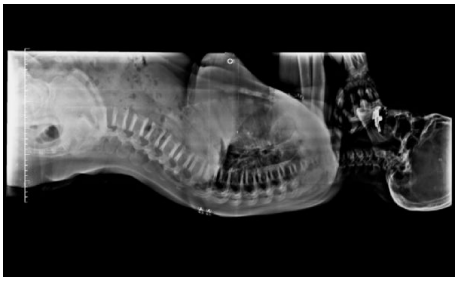
Saygılarımla;

Dr. .....

Osteopetrozisli hastada yaygın osteoskleroz, vertebralarda sandviç görünümü 1



Osteopetrozisli hastada yaygın osteoskleroz, vertebralarda sandviç görünümü 2



PS-124 DÜŞÜK AYAK İLE PREZENTE OLAN MERKEZİ SİNİR SİSTEMİNE METASTAZ YAPMIŞ AKCİĞERİN KÜÇÜK HÜCRE DIŞI KANSERİ: BİR OLGU SUNUMU

Ayşe Gülşen Doğan, Mehmet Zafer Boyacıoğlu
Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Çorum

GİRİŞ: Düşük ayak, ayak bileği ve ayak baş parmağı dorsifleksiyonun ileri derecede güçsüzlüğüdür. Düşük ayak en sık L4-5 radikülopati veya fibula başında peroneal sinir tuzaklanması sonucu görülmektedir (1). Genellikle periferik sinir sisteminin lezyonlarında görülse de nadiren üst motor nöron lezyonlarında da rapor edilmiştir (2). Bu olgu sunumunda, beyin metastazı yapan küçük hücre dışı akciğer kanserinin neden olduğu düşük ayak semptomu ile gelen bir olguyu literatürleri gözden geçirerek sunmayı amaçladık.

OLGU: 59 yaşındaki erkek hasta bir aydır sağ ayakta başlayan kuvvet kaybı ve yürüme güçlüğü şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde daha önceden bilinen bir sistemik hastalığı olmayan hastanın alınan ayrıntılı anamnezinde, bel ağrısı olmadığı, yaklaşık iki aydır gece terlemesi, kilo kaybı ve iştahsızlık semptomları olduğu öğrenildi. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde bilinen özellik yoktu. Stepaj yürüyüşü mevcut olan hastanın yapılan nöromuskuler sistem muayenesinde bilateral üst ekstremite, kalça, diz ve sol ayak bileği eklemlerinin kas gücü normal iken, sağ ayak bileği dorsifleksiyonu 2/5, sağ ayak başparmak ekstansiyonu 2/5, sağ ayak eversiyonu 2/5 kas gücünde idi. Duyu muayenesi doğal, derin tendon refleksleri sağ alt ekstremitede hiperaktif, sağ ayak taban cildi refleksi plantar yanıt ve klonus pozitif saptandı. Hemogram, biyokimya, sedim ve CRP değerleri normal olan hastanın düşük ayak nedenini açıklamak için yapılan elektrofizyolojik değerlendirmesinde; bilateral tibial- peroneal sinir amplitüd ve ileti hızları normal sınırlarda olup iğne EMG çalışmasında F yanıt gecikmesi, sağ tibialis anterior ve gastrokinemus kasında seyrelme saptanmıştır. Lomber, torakal, servikal MRG'de hafif dejeneratif değişiklikler dışında ek patolojiye rastlanmadı. Periferik sinir sistemine ait lezyonu saptanmayan hastanın çekilen beyin MRG incelemesinde sol posteior parietal bölgede, paramedian orta hatta 11*17*23 mm boyutlarında heterojen tarzda kontrastlanan çevresel ödem etkisine sahip kitle lezyonu (metastaz) mevcuttu (Resim). Hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile onkoloji bölümüne devredildi. Yapılan tetkiklerde hastanın toraks BT incelemesinde sağ akciğer alt loba giden segmenter arter dalı komşuluğunda 48*41mm boyutunda kitle lezyon saptandı. Biyopsi sonucu akciğerin non small cell ca ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA: Düşük ayak, ayak ve ayak bileği dorsifleksiyonunun ileri derecede güçsüzlüğüdür. Tibialis anterior, ekstansor digitorum longus, ekstansor hallucis longus kasları, ayak ve ayak bileğinin dorsifleksiyonunu sağlarlar ve L4-L5-S1' den innerve olurlar. Bu sinirler presantral gyrusta yer alan primer motor korteks (Broadmanın 4. alanı) tarafından kontrol altındadır. Primer motor korteks, hemisferin dorsomedial yüzeyinde en geniş olduğu yerdir ve buradan presantral sulkus inferolateral yüzeyine ince bir bant olarak devam eder (1, 2, 3). Düşük ayak, genellikle L4-L5 disk herniasyonu veya fibula başı peroneal sinir hasarı sonucu görülse de üst motor nöron lezyonlarında da meydana gelebilmektedir (4). Santral nedenlere bağlı olarak ise yoğunlaşan üst motor nöron traktusları, interhemisferik motor korteks homunkulus alanı, korona radiata, internal kapsül, serebral pedinkül, medulla ve spinal kord piramidal traktus lezyonlarında görülmektedir (5, 6). Santral orijinli düşük ayakta Babinski bulgusu, hiperrefleksi ve klonus gibi üst motor nöron bulguları düşük ayağa eşlk edebilir (4). Baysefer ve ark. parasagital yerleşimli beyin tümörüne bağlı düşük ayak olgusu bildirmişlerdir (7). Eskandary ve ark.yapmış oldukları parasagital yerleşimli menengiom, beyin abse, astrositom, periventriküler demyelinizan plak ve deprese parietal fraktür olan hastalarda gelişen düşük ayak olgu sunumlarında cerrahi sonrası düşük ayağın gerilediğini sunmuşlardır (3, 8). Bizim olgumuzda hastadan alınan anamnezde kilo kaybı, iştahsızlık,gece terlemesi ve yapılan fizik muayenede Babinski bulgusu,derin tendon reflekslerinde canlılık ve klonus pozitifliği bizi öncelikle santral orjinli bir nedene yönlendirdi. Yapılan EMG çalışması ve lomber, torakal, servikal MRG sonuçları bulgumuzu destekler nitelikteydi. Periferik patoloji saptanmayan olgumuzun yapılan beyin MRG'de saptanan metastatik lezyon tanı konmasını kolaylaştırdı.

SONUÇ: Düşük ayak, genellikle L4-L5 disk herniasyonu veya fibula başı peroneal sinir hasarı sonucu görülse de üst motor nöron lezyonlarında da meydana gelebilmektedir. Hastadan alınan ayrıntılı öykü, fizik muayene, EMG ve MRG yöntemleri düşük ayak etyolojisini bulabilmek için önemli yöntemlerdir. Düşük ayak etyolojisi daha çok periferal lezyonlara bağlı olsa da santral kaynaklı nedenler unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Öktem NB, Tari R, Kotil K, Bilge T. Cerebral Contusion as a Rare Cause of Foot Drop: Case Report. Turkish neurosurgery, 2012, 22.1: 99-101.

2. Ku BD, Lee EJ, Kim H. Cerebral infarction producing sudden isolated foot drop. Journal of Clinical Neurology, 2007; 3.1: 67-69.

3. Dolev A, Robinson D, Yassin M. A Central Nervous System Tumor Mimicking a Lumbar Spine Pathology Causing Acute Foot Drop: A Case Report. Journal of orthopaedic case reports, 2018; 8(5): 78.

4. Tural S, Konya D, Sun IH, et al. Foot drop:the first sign of an intracranial tumor ? J Clin Neurosci, 2007; 14(5): 490-492.

5. Westhout FD, Pare LS, Linskey ME. Central causes of foot drop: rare and underappreciated differential diagnoses. The journal of spinal cord medicine, 2007; 30(1): 62-66.

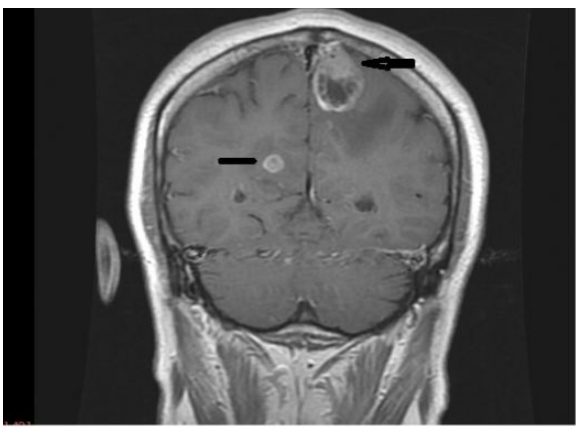
6. Carolus AE, Becker M, Cuny J, et al. The interdisciplinary management of foot drop. Deutsches Arzteblatt International, 2019; 116(20): 347-354.

7. Baysefer A, Erdoğan E, Sali A, Sirin S, Seber N. Foot drop following brain tumors. min-Minimally Invasive Neurosurgery, 1998; 41(02): 97-98.

8. Eskandary H, Hamzei A, Yasamy MT. Foot drop following brain lesion. Surgical neurology, 1995; 43(1): 89-90.

ANAHTAR KELİMELER: Düşük ayak, santral sinir sitemi, beyin tümörü

Beyin MRG: sol posteior parietal bölgede, paramedian orta hatta 11*17*23 mm boyutlarında heterojen tarzda kontrastlanan çevresel ödem etkisine sahip kitle lezyonu (metastaz)



PS-125 İLERİ EVRE ANKİLOZAN SPONDİLİT'Lİ HASTADA RS3PE SENDROMU GELİŞİMİ

Hidayet Sarı, Bilge Çakır, Hasan Hüseyin Sarı
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: RS3PE sendromu el ve ayaklarda simetrik olarak gode bırakan tenosinovit ile karakterize daha çok yaşlı hastalarda ortaya çıkan bir romatolojik bulgudur. Bu bulguların altında altta yatan bir romatizmal hastalık özellikle romatoid artrit(RA) başlangıcı veya paraneoplastik sendrom olarak karşımıza çıkabilir. Biz bu olgu sunumumuzda ileri evde AS'li (ankilozan spondilit) bir hastada el ve ayaklarda gode bırakan ödemle RS3PE sendromu gelişimi ve medikal tedaviye verdiği cevabı tartışmak üzere sunmaya uygun bulduk.

OLGU: 59 yaş, Kadın olgu

ŞİKAYET: Belden her 2 bacağa yayılan,solda daha fazla olmak üzere ağrı, boyun ağrısı, sağ el bileğinde şişlik, sol ayak bileğinde şişlik ve ağrı, sağ omuzda ağrı, sol kasıkta ağrı üzerine basmakta zorluk. Boyun sırt ve belde öne doğru bükülme, hareketlerde kısıtlılık. Ayakta durma, yol yürüme, eğilip kalkmakta zorluk.

HİKAYESİ: 17 yıldır, boyun,sırt,bel ve kalçalarda ağrı olup gittikçe ilerlemiş. Eğilip kalkması zorlaşmış.AS tanısıyla çeşitli defalar yatarak fizik tedavi uygulanmış, NSAİD kullanmış. Hasta bu tedavilerle kontrol altındayken,5 yıl önce trafik kazası sonrası boyun ağrıları başlamış, hastaya hastalık alevlenmesi nedeniyle etanercept 50 mg,haftada bir başlanmış, şikayeteleri azalmış. 1 yıl önce hastanın şikayetleri gerilediği için ilaç kesilmiş.Kesilmesiyle beraber hastanın 8-9 ay boyunca hastanın şikayetleri olmamış.1-2 aydır boyun,sırt,bel ve kalçada şikayetler şiddetlenmiş,15 gündür sağ el bileğinde sol ayak bileğinde şişlik oluşmuş,elini ve bacağını kullanamaz hale gelmiş.

Muayene bulguları: Hastada serviko-dorso-lomber bir ileri derecede kifoz gelişimi sonucu,hasta iki büklüm bir pozisyonda ayakta durabiliyor. Destekle ayağa kalkıyor. Boyun hareketleri tüm yönlerde 3-4. derecede kısıtlı ve ağrılı. Bel hareketleri tüm yönlerde tam kısıtlı. Lomber schöeber 1cm, göğüs genliği 0,5 cm. Sağ el bileğinde ve bütün el sırtında gode bırakan ödem,sol ayak bileğinde ve ayak sırtında gode bırakan ödemli sinovit mevcut.Sağ el bileği ve sol ayak bileği hareketleri kısıtlı ve ağrılı.

LABORATUAR: Sedimentasyon 76 mm/saat. Hemoglobin 9.6 gr/dl Hct %30.5, RBC: 4.310.000, PLT: 555.000, CRP: 102.57

SONUÇ: Hastaya kronik sekel AS hastalığının anti-TNF tedavinin bırakılması sonucu omurgada alevlenme, periferik eklemlerde RS3PE sendromu düşünüldü. Hastaya ilk önce steroid ve NSAİD tedavi verildi. Hasta klinik olarak hızla düzeldi. Hastada periferik tutulum olması nedeniyle sulfasalaziin ve yüksek hastalık aktivitesi ve AFR yüksekliği nedeniyle Anti_TNF tedavi başlandı. Hastanın hem omurga ağrıları geçti. Periferik sinovit düzeldi. Bu da bize kronik as olgularında hastalığın hala aktif seyredebileceği ve bu hastalarda RS3PE sendromu gelişebileceğini göstermektedir. Bu olgularda önce RS3PE açısından steroid ile tedavisini ardından da sulfasalazin ve anti-TNF ile omurga tutulumunun tedavi edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: ANKİLOZAN SPONDİLİT, RS3PE

PS-129 MULLIGAN

Sinan Bağçacı[1], Bayram Sönmez Ünüvar[2], Hasan Gerçek[2], İbrahim Uğurlu[3], Özlem Sert[2], Kamil Yılmaz[2]
[1]*Karatay University Physical Theraphy Department, Konya Medicana Hospital Physical Medicine and Rehabilitation Department/ Konya/Turkey*
[2]*Karatay University Physical Theraphy Department/Konya/Turkey*
[3]*Karatay University Medical Imaging Techniques Department/Konya/Turkey*

OBJECTIVE: The aim of our study is to compare the acute effects of Mobilization with Movement (MWM) and Muscle Energy Technique (MET) on pain, grip strength and functionality in patients with diagnosis of lateral epicondylitis.

MATERIALS-METHODS: 36 individuals diagnosed with lateral epicondylitis between the ages of 18-30 were included in the study. The patients were divided into 3 groups randomly. Stretching and strengthening exercises for wrist muscles were given to the first group as a home program for 4 weeks. MWM technique was applied to the second group a total of 12 times over 4 weeks in addition to the home program. MET was applied to the third group for a total of 12 times over 4 weeks in addition to the home program. Pain severity of the participants was assessed with the Visual Pain Scale, hand grip strength with a dynamometer, finger grip strength with a pinchmeter and functionality level with the Patient-Based Tennis Elbow Questionnaire - Turkish. The assessments of the individuals were made before and after 4 weeks of treatment.

RESULTS: At the end of our study, when the MWM and MET groups were compared with the control group, a statistically significant difference was observed in terms of pain, grip strength, finger strength and functionality ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between MWM and MET groups ($p > 0.05$).

CONCLUSION: It was observed that MWM and MET had a statistically positive effect on pain, grip strength, finger strength and functionality in patients with lateral epicondylitis, but they did not have any superity with each other. This study shows that MWM and MET applications, which are applied in addition to exercise, can be used to reduce pain, increase grip strength, finger strength and functionality.

KEYWORDS: Lateral Epicondylitis, Mobilization with Movement, Muscle Energy Technique

PS-13 AYAK MEDİALİNDE GÖZDEN KAÇABİLECEK BİR AĞRI SEBEBİ: AKSESUAR NAVİKÜLER KEMİK

Selin Duran, Tuğba Ozsoy Unubol, Zeynep Candan, Emre Ata, Fıgen Yılmaz
SBÜ Sultan [2]. Abdülhamid Han SUAM, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Ayağın aksesuar kemikleri fraktür ile karışabilmesi açısından önemlidir. Aksesuar naviküler kemik (ANK) ayakta en sık görülen aksesuar kemiklerden biridir. ANK genellikle asemptomatik ve X-ray'de insidental olarak tespit edilmesine rağmen, travma ile tetiklenebilen ve ayak medialinde ağrıya sebep olabilen klinik bir durumdur. Burada ayak medialinde ağrı ile polikliniğimize başvuran ve ANK tanısı konulan iki olgu sunulmuştur.

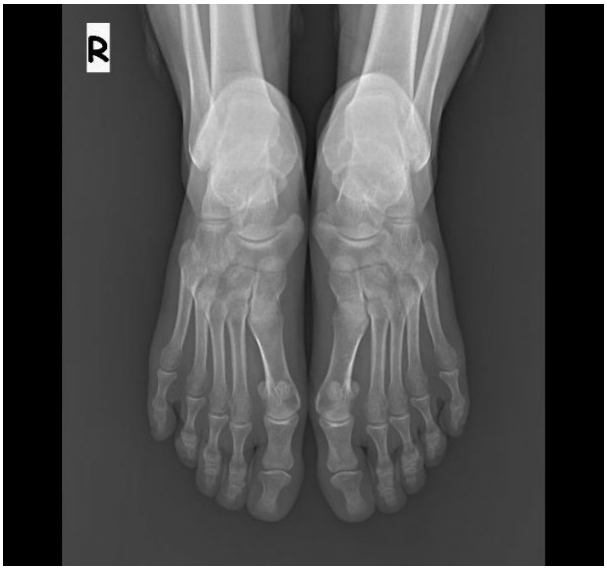
OLGU: OLGU-1: 23 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 haftadır devam eden sol ayak medialinde ağrı ile başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Ağrısı ayakta durmakla ve yürümekle artan, istirahatle azalan karakterdeydi. Muayenede ayak bileğinde eklem hareketi açıktı, ısı artışı ve şişlik yoktu. Palpasyonla ayak dorsumunun medialinde hassasiyet mevcuttu. X-ray' de naviküler kemikte fraktür düşündüren hat izlendi. Naviküler fraktür ayırıcı tanısı amacıyla ortopedi bölümüne konsülte edilen hastaya ANK tanısı konuldu. İstirahat, soğuk uygulama, tabanlık, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç (SOAİ) tedavileri sonrası 3.hafta kontrolünde ağrısı büyük oranda azaldı.

OLGU-2: 50 yaşında kadın hasta 3 aydır yürümekle artan, istirahat ile azalan sağ ayak medialinde ağrı ile başvurdu. Travma öyküsü yoktu. Muayenede ayak bileğinde eklem hareketi açıktı, ısı artışı ve şişlik yoktu. İnversiyon ile ve palpasyonla ağrısı artmaktaydı. X-ray'de ANK ile uyumlu görünüm mevcuttu. İstirahat, soğuk uygulama, tabanlık, SOAİ tedavileri sonrası 3.hafta kontrolünde ağrısı %50 oranında azaldı.

SONUÇ: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniklerine çok sayıda ayak ağrılı hasta başvurmaktadır. Ayak medialinde ağrı ile başvuran hastalarda ANK da ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve fraktür ile karışabileceği unutulmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: aksesuar naviküler kemik, medial ayak ağrısı, naviküler fraktür

olgu-1



olgu-2



PS-130 COMPARISON OF THE LOW-POWER LASER AND KINESIO TAPING IN THE TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME: A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY

Gürkan Akgöl[1], Muhammet Şahin Elbastı[1], Arif Gülkesen[1], Gökhan Alkan[1], Arzu Kaya[1], Hasan Ulusoy[2]
[1]*Division of Rheumatology, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Firat University, Faculty of Medicine, Elazig / Turkey*
[2]*Division of Rheumatology, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ondokuz Mayis University, Faculty of Medicine, Samsun / Turkey*

OBJECTIVE: To investigate and compare the effectiveness of low power laser therapy (LPLT) and kinesio taping (KT) in the treatment of carpal tunnel syndrome (CTS).

MATERIALS-METHODS: Sixty patients with mild to moderate CTS were included in this study. The patients were randomized into two groups. Each group was consisted of 30 cases (60 hands). The first group received 15 sessions of KT and the second group received 15 sessions of LPLT within three weeks. To evaluate the effectiveness of both treatments, all patients were assessed clinically and electrophysiologically before and one month after the treatment. Symptomatic and functional evaluations of the patients were made with hand grip strength (HGS), Visual Analogue Scale (VAS)-pain, Douleur Neuropathique-4 (DN4) score, and Boston Questionnaire (BQ).

RESULTS: The mean age and gender distribution was not different between the groups (p=0.125 and p=0.754, respectively). At the beginning of the study, all clinical and electrophysiological parameters assessed were similar between the groups. After the treatment, both groups significantly improved in terms of HGS, VAS-pain, DN4, BQ. But, there was a significant difference between the groups with respect to HGS, VAS-pain, DN4, BQ in favour of LPLT group. Electrophysiological findings, such as median nerve Motor Distal Latency and median nerve Sensory Conduction Velocity values, improved significantly after the treatment in both groups, but the improvement was significantly higher in the LPLT group.

CONCLUSION: In patients with mild to moderate CTS, both LPLT and KT were found to be effective in one month period after the treatment, but the improvement with LPLT was significantly higher than with KT.

KEYWORDS: Carpal tunnel syndrome, Kinesio taping, Laser therapy, Low power laser, Treatment

Table 1. Comparisons of the clinic and electrodiagnostic parameters in the kinesio taping (KT) and low power laser therapy (LPLT) groups before and after treatment.

		Before Treatment			After Treatment	
Parameters	KT	LPLT	P	KT	LPLT	P
HGS-Left (kg)	28.20±9.14 (18-60)	29.63±7.10 (18-50)	0.501	29.26±9.37 (20-62)	34.06±8.54 (22-54)	0.043
HGS-Right (kg)	29.50±9.87 (18-60)	30.76±8.70 (18-54)	0.439	30.60±9.78 (20-60)	35.53±9.24 (22-60)	<0.001
VAS-Pain	7.26±1.65 (3-10)	7.06±1.41 (4-10)	0.416	4.36±1.93 (0-9)	2.63±1.51 (0-8)	<0.001
DN4	4.56±1.50 (2-8)	4.63±1.29 (2-7)	0.700	3.90±1.21 (1-7)	2.63±1.15 (1-4)	<0.001
Boston-FSS	2.56±0.81 (1.25-4.38)	2.42±0.74 (1-4,25)	0.558	2.25±0.72 (1-3.88)	1.53±0.37 (1-2,38)	<0.001
Boston-SSS	2.69±0.61 (1.36-4.36)	2.71±0.42 (1.81-3.54)	0.903	2.20±0.55 (1±3.45)	1.59±0.35 (1-2.38)	<0.001
mMDL-Left	3.66±0.72 (2.75-5.40)	3.41±0.45 (2.70-4.5)	0.128	3.48±0.65 (2.40-5)	3.08±0.30 (2.40-3.5)	<0.001
mMDL- Right	3.66±0.69 (2.50-5.40)	3.42±0.43 (2.70-4.40	0.103	3.51±0.74 (2.30-5.50)	3.12±0.34 (2.50-4)	0.011
mMA-Left	8.34±1.98 (5.60-12.20)	8.88±2.40 (5.10-15.50)	0.347	8.58±2.03 (5.50-12.50)	9.31±2.14 (6-15.40)	0.180
mMA-Right	8.62±1.75 (5.90-12.20)	9.74±3.14 (5.20-16.40)	0.093	8.87±1.71 (6-12.90)	9.84±2.72 (6.10-16.60)	0.106
mMCV-Left	56.35±3.87 (50.30-63.90)	56.94±5.54 (50-69.10)	0.639	57.19±4.43 (51-68.60)	61.33±4.08 (53.40-69.20)	<0.001
mMCV-Right	57.88±4,48 (50-65.30)	57.53±4.21 (50-67.10)	0.756	58.56±4.25 (48-67.70)	61.03±3.84 (53-69.10)	0.022
mSCV-Left	41.55±5.45 (30-48.20)	42.57±4.26 (31.30-48.7)	0.422	44.29±4.92 (32-51.70)	56.55±6.88 (40.60-68.20)	<0.001
mSCV-Right	41.76±4.26 (33.80-48.20)	42.18±4.88 (30-48.20)	0.722	45.37±3.43 (39.40-52.40)	55.15±8.09 (31.80-69.10)	<0.001

PS-132 SKLERODERMA HASTALARININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ TEK MERKEZ DENEYİMİ

Dilek Tezcan
Selçuk üniversitesi Tıp Fakültesİ İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Sistemik skleroz (SSc), obliteratif vaskülopatinin yanı sıra, deri ve visseral organların fibrozu ile karakterize, sistemik otoimmün bir hastalıktır. SSc, klinik olarak heterojen bir hastalıktır ve cilt tutulumunun ciddiyetine bağlı olarak sınırlı kutanöz (lcSSc), yaygın kutanöz(dcSSc) ve "sinüs skleroderma olarak 3 ayrı subfenotibe ayrılır SS için spesifik otoantikorlar, farklı klinik özelliklerle ilişkilendirilmiştir. Belirli hastalık alt grupları ve otoantikorlar gelecekteki organ tutulumu riskini tahmin etmede yardımcı olabilir. SSc, romatizmal hastalıklar arasında hastalığa bağlı ölüm oranı yüksek bir hastalıktır. Ölümlerin çoğu pulmoner fibroz, pulmoner arter hipertansiyonu ile ilişkilidir.Bu çalışmamızda romatoloji kliniğimizde takipli olan ve kliniğimizde SSc, tanısı almış hastalarda, demografik ve klinik özelliklerin belirlenmesi, hastalığa özgü diğer otoantikor parametrelerin hastalık şiddeti, tutulum özelliği ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışma retrospektif olarak Ocak 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında Romatoloji Bilim Dalında yapıldı. Çalışmaya ocak 2016, haziran 2019 arasında Romatoloji Bilim Dalında 2013 ACR / EULAR sınıflandırma kriterlerini skleroderma tanısı konulan 18 yaş üstü 130 hasta ve 129 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hastaların epidemiyolojik, klinik, laboratuar ve radyolojik bulguları ve tedavi bilgileri, retrospektif olarak dosya kayıtları incelenerek elde edildi.

BULGULAR: SSc'li hastaların demografik, klinik ve immünolojik özellikleri Tablo 1'de sunulmaktadır. Ortalama yaş (sırasıyla 52 ± 15'e karşı 52 ± 3), cinsiyet (sırasıyla 123 kadın, 7 erkek ve 121 kadın, 8 erkek) açısından SSc ve kontrol grupları arasında anlamlı fark yoktu. Hastaların% 52,7'sinde lcSSc ve % 47,3'ünde dcSSc vardı. Hastalarda sıklık sırasına ANA (n = 125,% 96.2), anti-Scl70 (49,% 37.7), ACA (43,% 33.1), anti-Ro52 (17,% 13.2), RF (12,% 9.3), anti-PM / Scl (8,% 6.2), pozitiflikleri saptandı. Hastaların hiçbirinde böbrek yetmezliği saptanmadı ve en sık organ tutulumu gastrointestinal tutulum(% 63,1), İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) (% 48,8), dijital ülser (% 20,8) ve eklem tutulumu (% 15,4) idi. Hastaların% 13,2'sinde pulmoner arteriyel hipertansiyon(PAH) tespit edildi. Raynaund fenomeni, SSc en sık görülen periferik vasküler tutulumdu

İAH olan 63 hastanın 54'ünde nefes darlığı varken, sadece 9'u asemptomatikti. Dispne içermeyen İAH olan tüm hastaların HRCT'de sınırlı buzlu cam görünümü vardı. Yaş (> 50 yaş), ESR (> 20 mm / saat), CRP (> 4,5 mg / l) ANA titresi (> 1/320), Anti-Scl-70 (+), ACA (-) parametrelerinin dcSS ile ilişkili olduğu bulundu. SSc-IAH'lı hastalarda GIS tutulumunun anlamlı olarak arttığı bulundu. ANA titrelerinin aksine, ACA'nın yokluğu artmış IAH riski ile ilişkiliydi Ayrıca yaş (> 50 yaş), ESR (> 25 mm / saat), hemoglobin (<=13.0 g / dl), Lenfosit (<=1.9 109 / l), MPV (<=8.0 fl) ayrı ayrı değerlendirildi ve istatistiksel olarak IAH riskini tahmin etmede anlamlı sonuçlar elde edildi. Yaygın deri tutulumunda İAH riski 6,52,PAH riski 5,78 kat arttı. Anormal kapilloroskobi bulgusu olan hastaların daha yüksek PAH riski olduğunu bulduk (Tablo.2).

SONUÇ: SSC, hem klinik hem de serolojik özelliklerde büyük bir heterojenite sergiler. Bu çeşitlilik birçok durumda tahmin edilmesi zor olan hastalığın seyrini ifade eder. Ayrıca, hastalığın seyrini değerlendirirken, serolojik belirteçlerin hastalığın klinik semptomları ve ciddiyeti üzerindeki etkileride önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: İnterstisyel akciğer hastalığı, Pulmoner hipertansiyon, Sistemik skleroz

Tablo 1

SSc ortalama yaş (yıl)	52 (± 15)
Cinsiyet Kadın/Erkek	123 / 7
Kutanöz altkümeler, dcSSc / lcSSc	% 47,3 / %52,7
ANA/ anti-Scl70 / ACA / anti-Ro52 / RF/ anti-PM - Scl	(n = 125,% 96.2) / (49,% 37.7) / (43,% 33.1) / (17,% 13.2) / (12,% 9.3)/ (8,% 6.2),
Dijital ülserler	% 20,8
Skleroderma böbrek krizi	0
İnterstisyel akciğer hastalığı	% 48,8
Pulmoner arter hipertansiyonu	% 13,2
Kas-iskelet sistemi hastalığı	% 15,4
Sindirim sistemi tutulumu	% 63,1

SSc'li hastaların demografik, klinik ve immünolojik özellikleri

Tablo 2

Tek değişkenli lojistik regresyon analiz	βi	OR	95% CI Alt	95% CI Üst	WR	P-değeri
Yaygın Cilt Tutulumu (N: 61/129)						
Yaş> 50 years	0,61	2,84	0,91	3,71	2,91	0,088
ESR > 20 mm/s	0,77	2,16	1,16	4,41	4,47	0.035
CRP > 4,5 mg/l	0,71	2.02	0,99	4,13	3,74	0.053
RDW (%)	0,13	1,13	0,97	1,33	2,42	0,119
ANA > 1/320 (+)	0,87	2,38	0,96	5,89	3,54	0.060
Scl-70 (+)	0,85	2,34	1,13	4,85	5,19	0.023
ACA (-)	1,07	2,92	1,34	6,34	7.27	0.007
Interstisyel Akciğer Hastalığı (N: 63/129)						
Age > 50 years	0,73	2,07	1,03	4,19	4,13	0,042
Yaygın Cilt Tulumu	1,88	6,52	3,01	14,17	22,67	<0.001
Dispne (+)	5,97	390	47,8	3176.1	31.08	<0.001
Hemoglobin <= 13.0 g/dl	0,87	2,39	1,15	4,95	5,51	0.019
ESR > 25 mm/s	1,28	3,06	1,62	8	9,88	0.002
RDW (%)	0,07	1,07	0,92	1,24	0,8	0.372
Lenfosit <= 1.9 109/l	0,72	2,06	1,02	4,16	4,08	0.043
MPV <= 8.0 fl	0,79	2,20	1,08	4,48	4,72	0.030
ACA (-)	1,67	5,3	2,31	12,6	15,5	<0.001
Pulmoner Hipertansiyon (N: 17/129)						
Yaygın Cilt Tulumu	1,78	5,78	1,56	21,41	6,86	0.009
ESR > 20 mm/s	1,08	2,94	1,01	8,54	3,94	0.047
CRP > 6 mg/l	1,31	3,73	1,31	10,68	6,04	0.014
Lenfosit<= 1.4 109/l	1,91	6,72	2,25	20,04	11,69	0.001
Kapilloroskobi (+)	1,13	3,09	1,08	8,85	4,43	0.035

Başlık: Organ tutulumu ile ilişkili faktörlerin tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Açıklamaβi - Regresyon katsayısı; CI - güven aralığı; MPV - ortalama trombosit hacmi; RDW - kırmızı hücre dağılım genişliği; ESR - eritrosit sedimantasyon hızı; CRP - C-reaktif protein; ANA - anti nükleer antikor; Scl-70 - anti-topoizomeraz I antikoru; ACA - anti-sentromer antikor Önemli değerler kalın olarak gösterilmiştir

PS-133 ROMATOİD ELDE NÖROPATİK AĞRI VARLIĞI VE UYKU KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

Taciser Kaya, Fikriye Elif Saka, Elçin Ergez, Şeniz Akçay
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İzmir

AMAÇ: Romatoid artritte başlıca yakınma el eklemlerindeki ağrıdır. El eklemi tutulumu tanı kriterleri içerisinde diğer eklemlere göre daha yüksek skor değeri taşımaktadır. Hastalık kronik inflamatuar bir hastalık olması ve başlıca yakınmanın ağrı olması nedeniyle "kronik ağrı" kapsamında değerlendirilmektedir. Kronik ağrılı durumlar ağrının başlangıçta nosiseptif olması durumunda bile ilerleyen dönemde nöropatik karakter kazanabilirler. Romatoid artritteki el ağrısının nöropatik özelliklerinin saptanması, hastalık aktivitesinin doğru değerlendirilmesinde ve tedavi planlanmasında büyük değer taşır. Bu çalışmada romatoid artritli hastalarda nöropatik el ağrısının sıklığını ve uyku kalitesi üzerindeki etkileri ile hastalık süresi ve aktivitesi, ağrı şiddeti, fonksiyonel durum ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya romatoloji polikliniğimizde romatoid artrit tanısı ile izlenmekte olan ve el eklemi ağrısını VAS ile 10 üzerinden en az 3 olarak skorlayan 58 hasta dahil edildi. Nöropatik ağrı varlığı; pain-Detect sorgu formu, uyku kalitesi düzeyi; Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), hastalık aktivitesi; DAS28-ESH ve klinik hastalık aktivite indeksi (CDAI), fonksiyonel durum; Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) ile değerlendirildi. Diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, hipotiroidi, elde nöropatik ağrı nedeni olabilecek karpal tünel sendromu, servikal spinal kord basısı gibi durumlar, elde ortopedik özür ya da ağrı nedeni olabilecek hastalık, nöropatik ağrıya neden olabilecek nörolojik hastalık, fibromyalji, malignite, gebelik (KTS nedeni), elde 4/5'ten daha az kas gücü ya da 1. motor nöron lezyonu bulgusu varlığı, son 3 ay içinde nöropati nedeni olabilecek ilaç kullanımı (kolşisin vb), fibromyalji, depresyon ve anksiyete nedeniyle son 3 ay içinde ilaç kullanımı olan hastalar dışlandı. İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların demografik verileri tablo 1.de görülmektedir. Nöropatik ağrı (painDetect) skorlarına göre hastaların 34'ü (%58.62, grup 1) el ağrılarını nosiseptif, 24'ü (%41.38, grup 2) ise olası/kesin nöropatik olarak tanımladı. Grup 2'de VKİ (vücut kütle indeksi) daha yüksek, sabah tutukluğu süresi daha uzun, DAS 28 ve CDAI ile ölçülen hastalık aktivitesi daha yüksek, uyku kalitesi daha düşük ve VAS ile ölçülen ağrı şiddeti daha yüksek idi (tablo 2, t-test). Spearman korelasyon analizi uygulandığında nöropatik ağrı şiddeti ile bozulmuş uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptandı. Nöropatik ağrı skoru, bunun dışında ağrı şiddeti (VAS), CDAI ve DAS28 (hastalık aktivitesi) ve VKİ ile pozitif korelasyon gösterdi (tablo 3).

SONUÇ: Hastalarımızın %41'i olası/kesin nöropatik el ağrısı bildirmişlerdir. Bu sonuç, hastalık aktivitesinin ve romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçların gerçek etkinliğinin ortaya çıkması için nöropatik ağrının dikkate alınmasının gereğine işaret etmektedir. Nöropatik el ağrısı bildiren grupta sadece ağrı şiddeti, uyku kalitesi gibi öznel değişkenlerde değil, DAS28 ve sabah tutukluğu süresi gibi nesnel olarak ölçülebilen değişkenlerde de diğer gruba göre daha fazla bozulma saptanmıştır. Buna dayanarak, hastalığın etkin bir tedavisi ile hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması ve ağrı şiddetinin azaltılmasının nöropatik ağrı gelişimini önleyerek nöropatik ağrıya yönelik ek bir tedaviye olan gereksinimi azaltabileceğini söyleyebiliriz. Romatizmal hastalıklarda yaygın bir sorun olan uyku kalitesindeki bozulmanın giderilmesi, buna yol açan etkenlerin saptanması ve tedavisi ile mümkün olacaktır. Çalışma grubumuzda ortalama PUKİ skorunun 5'ten yüksek olması bozulmuş uyku kalitesini göstermektedir. Nöropatik ağrı skorları bozulmuş uyku kalitesi ile anlamlı ilişki göstermiştir ve el ağrısının nöropatik özellik gösterdiği hastaların uyku kalitesi nosiseptif el ağrısı olan hastalara göre daha düşüktür (tablo 2). Romatoid artritli hastalarda nöropatik ağrının önlenmesi ya da tedavisi yeterli uyku kalitesi sağlamanın bir yolu olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Romatoid artrit, nöropatik ağrı, uyku kalitesi

Demografik ve hastalıkla ilişkili değişkenler

	N=58
Yaş (yıl) (Ort.±SS)	55.40±10.70
Cinsiyet N (%) Kadın Erkek	 46 (79.3) 12 (20.7)
Vücut Kütle İndeksi (kg/m2) (Ort.±SS)	27.28±4.33
Tanı süresi (ay) (Ort.±SS)	132.40±122.96
Sabah tutukluğu süresi (dakika) (Ort.±SS)	51.20±90.92
CRP (g/dl) (Ort.±SS)	13.61±18.64
Eritrosit Sedimentasyon Hızı(mm/saat) (Ort.±SS)	30.75±21.32
VAS (0-10) (Ort.±SS)	4.52±1.73
DAS28-ESH (Ort.±SS)	3.49±1.10
CDAI (Ort.±SS)	10.56±8.13
HAQ (Ort.±SS)	0.62±2.48
PUKİ (Ort.±SS)	8.48±4.87
painDETECT (Ort.±SS)	12.01±8.25

Nöropatik ağrısı olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

	VKİ	STS	VAS	CDAI	DAS28	PUKİ
Grup 1 (n=34)	26.32±4.32	27.64±37.15	3.95±1.08	7.73±5.17	3.12±0.92	6.67±3.47
Grup 2 (n=24)	28.63±4.05	84.58±128.54	5.33±2.14	14.58±9.83	4.02±1.13	11.04±5.46
p	0.043	0.045	0.007	0.004	0.002	0.001

VKİ: Vücut kütle indeksi, STS: Sabah tutukluğu süresi, VAS: Vizüel analog skala, CDAI: Klinik hastalık aktivite indeksi, DAS28: Hastalık aktivite skoru, PUKİ: Pitsburgh uyku kalitesi indeksi

Nöropatik ağrı ile sonuç ölçüm parametreleri arasındaki ilişki

	VKİ	VAS	PUKİ	DAS28	CDAI
painDETECT r p	 0.308* 0.019	 0.449** 0.000	 0.379** 0.003	 0.385** 0.003	 0.466** 0.000

***Korelasyon p<0.01 düzeyinde anlamlıdır*

PS-136 MEME KANSERİ İLİŞKİLİ LENFÖDEMİ OLAN HASTALARDA ÜST EKSTREMİTE SİNİR PATOLOJİLERİNİN ULTRASONOGRAFİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğba Özsoy Ünübol[1], İlker Yağcı[2], Gülseren Akyüz[2]
[1]*Sultan II. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul*
[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, İstanbul*

AMAÇ: Meme kanseri ilişkili lenfödem genellikle aksiller lenf nodu diseksiyonu ve/veya aksiller radyasyon sonucu üst ekstremitenin lenfatik drenajının bozulması nedeniyle oluşur. Lenfödem sonucu etkilenen ekstremitede şişliğe ek olarak kolda ağırlık, dolgunluk hissi, ağrı, hareket kısıtlılığı, yorgunluk, sızlama, güçsüzlük ve gerginlik gibi semptomlar da görülebilmektedir. Bu çalışmanın amacı meme kanseri ilişkili lenfödem bulunan hastalarda görülebilecek olası sinir patolojilerini ve nöropatik ağrıyı değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya meme kanseri ilişkili lenfödemi olan 18-70 yaş arası hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, lenfödem süresi, tarafı ve dominant ekstremitesi kaydedildi. Lenfödem değerlendirmesi için üst ekstremitede çevre ölçümü yapıldı. Metakarpofalingeal eklem, el bilek, medial epikondil seviyesi, medial epikondil 10 cm proksimali- distali ve aksilla seviyesinden ölçümler yapılarak santimetre cinsinden kaydedildi. Omuz eklem hareket açıklığı ölçümü ve üst ekstremite motor muayene testi yapıldı. Üst ekstremite fonksiyonları ve semptomlarını değerlendirmek için quickDASH, nöropatik ağrı sorgulaması için painDETECT uygulandı. Median sinir için psiform seviyesinde, el bilek ve dirsek arası 1/2sinde yüzeyel alan (CSA) ölçümü yapıldı. Ulnar sinir için psiform seviyesinde, medial epikondil seviyesinde, medial epikondilin 2 cm proksimal ve distali seviyesinde CSA ölçümü yapıldı. El bilek ve dirsek arası ½'si ile dirsek ile omuz arası ½'sinde cilt dokusu ile subkutan dokunun kalınlığı ulltrasonografik olarak ölçüldü.

BULGULAR: Çalışmaya 15 hasta dahil edildi. Lenfödem süresi ortalama 50 ay iken, minumum 3 maksimum 180 aydı. Hastaların ortalama yaşı 53'dü. Hastaların %86'sında evre 2 lenfödem mevcuttu. Ortalama painDETECT skoru 10,2 iken quickDASH skoru 39,4'dü. Değerlendirilen sinir CSA'ları etkilenen ekstremitede daha yüksek saptanırken anlamlı fark sadece ulnar sinir psiform seviyesinde saptandı.

SONUÇ: Meme kanseri ilişkili lenfödemde sinir patolojileri ve nöropaik ağrı görülebilmektedir. Lenfödemli ekstremitede artan volüm sinirler üzerinde mekanik basıya neden olabilmekte ve CSA artışı bununla ilişki olarak görülebilmektedir. Artan hasta sayıları ile daha güvenilir veriler sağlanacaktır.

ANAHTAR KELİMELER: lenfödem, nöropatik ağrı, sinir, ultrasonografi

PS-14 PİGMENTE VİLLONODÜLER SİNOVİT İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN VE SECUKİNUMAB TEDAVİSİNE YANIT VEREN PERİFERAL SPONDİLOARTRİT

Berrak Taş[1], Feyza Ünlü Özkan[2], İlknur Aktaş[2], Pınar Akpınar[2], Didem Boz[2]
[1]*Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Kırklareli*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Spondiloartritler (SpA), aksiyel ve periferal olmak üzere iki alt başlıkta sınıflandırılmaktadır. Periferal SpA'da genellikle alt ekstremitelerde ve sıklıkla asimetrik tutulum izlenir. Pigmente villonodüler sinovit (PVNS) ise sinovyal membranın proliferasyonu ile karakterize, nadir görülen, benign, sıklıkla monoartiküler ve lokal agresif bir tümördür. Yaşamın genellikle üçüncü ve dördüncü dekadında, kadınlarda daha sık görülür.

OLGU: Altmış yaşındaki kadın hasta sol dizde atravmatik şişlik ve ağrı, boyun hareketlerinde kısıtlılık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. İleri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde aort dilatasyonu, kronik normositer anemi dışında bilinen ek hastalığı, üveit, psöriyazis, Chron/kolit, öncül enfeksiyon öyküsü yoktu. Sol dizde tekrarlayan şişlik nedeniyle son 1 yıl içinde 4 kez lavaj ve 2 kez intaartiküler steroid uygulaması yapıldığı öğrenildi. Yaklaşık iki yıldır SpA tanısıyla farklı merkezlerde indometazin, diklofenak, oral prednizolon, sulfasalazin 2 gr/gün, metotreksat 15 mg/hf, golimumab 50 mg/ay ve etanercept 50 mg/hf tedavilerinin verildiği ancak yanıt alınamadığı öğrenildi. Tekrarlayan ve tedaviye dirençli diz efüzyonu nedeniyle yapılan diz biyopsisi lenfoplazmositer kronik iltihap hücreleri ve villöz proliferasyon gösteren kronik sinovit ve pigmente villonodüler sinovit olarak raporlanmıştı. Fizik muayenede sol dizde belirgin efüzyon saptandı, ısı artışı ve kızarıklık yoktu (Şekil 1). Diğer eklemlerde artrit bulgusu saptanmadı. Lomber lordoz artışı ve boyun önde postürü olan hastanın çene-manibrium ve tragus-duvar mesafeleri artmış bulundu, servikal hareketleri tüm yönlere kısıtlıydı. Bel hareketleri açıktı, sakroiliak kompresyon testleri negatifti ve Schober 5 cm saptandı. Nörolojik muayene normal bulundu ve diğer sistem sorgulaması doğaldı.

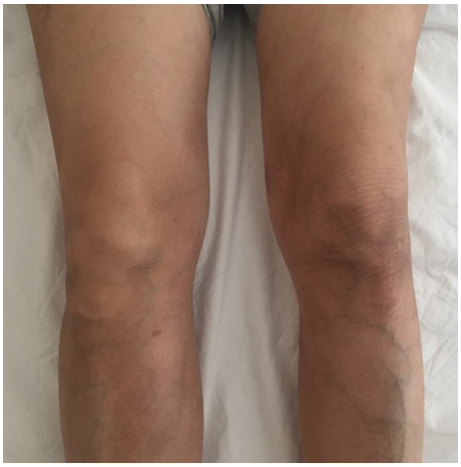
Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon hızı 86 mm/saat, crp:8 mg/dL saptandı. Hafif mikrositer anemi dışında diğer tetkikleri normal sınırlardaydı. HLAB27 pozitif bulundu. Yaşa uygun malignite taramasında özellik saptanmadı. Brusella ve tüberküloz taramaları da negatifti. Sol diz ekleminden alınan sıvı analizinde hücre sayımı 20215 lök/mm³, %92 PNL, ARB, mikobakteri ve PCR negatif bulunda,sıvı kültüründe üreme olmadı.

Hasta ortopedi kliniğine danışılarak sol diz artroskopisi ve punch biyopsi yapıldı, patoloji raporu kronik sinovit olarak yorumlandı. Kliniğimizde yatışı sırasında uygulanan medikal tedavi, intraariküler lavaj ve steroid uygulaması ve ortopedi kliniğinde uygulanan artroskopik lavaj ve debridmandan da fayda görmeyen hastaya secukinumab 150 mg sc başlandı. Haftalık yükleme tedavisi sonrasında akut fazlarında düşme ve diz efüzyonunda azalma saptanan hasta 6 aydır secukinumab 150 mg/ay idame tedavisinde ve düşük hastalık aktivitesiyle takip edilmektedir.

SONUÇ: Sonuç olarak sık olmamakla birlikte SpA'nın periferik tutulumu ağır seyredebilir. NSAİİ, DMARD ve anti-TNF'lere yanıt vermeyen dirençli olgularda secukinumab ile IL-17 yolağının inhibisyonunun alternatif bir tedavi seçeneği olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Periferal spondiloartrit, secukinumab, pigmente villonodüler sinovit

Şekil.1.



Sol dizde efüzyon

PS-141 RELATIONSHIP BETWEEN FOOT MUSCLE STRENGTH WITH ACHILLES TENDON THICKNESS AND PLANTAR FASCIA THICKNESS

Mahmut Çay[1], Sinan Bakırcı[1], Ali Yavuz Karahan[2], Hakan Yılmaz[3]
[1]*Uşak University, Faculty of Medicine, Department of Anatomy, Uşak, Turkey*
[2]*Uşak University, Faculty of Medicine, Department of Phisycal Therapy and Rehabilitation, Uşak, Turkey*
[3]*Uşak University, Faculty of Medicine, Department of Radiology, Uşak, Turkey*

OBJECTIVE: There is essential coordination between foot muscle strength, Achilles tendon, and plantar fascia. This study aims to show the mathematical relationship between foot muscle strength and plantar fascia thickness and Achilles tendon thickness.

MATERIALS-METHODS: he study was conducted with 57 volunteering individuals (30 males, 27 females) between the ages of 18 and 40. Plantar fascia thickness and Achilles tendon thickness were measured with the US. Foot muscle strength was measured with a digital hand dynamometer. The data obtained were statistically evaluated.

RESULTS: A positive, moderately strong correlation was found in men between left side Achilles tendon thickness and plantar fascia thickness ($p<0.05$). A positive, reasonably strong relationship was found in women between left foot muscle strength average and plantar fascia thickness ($p<0.05$). However, in all groups, the right foot muscle strength average had a positive, moderately strong correlation with Achilles tendon thickness and plantar fascia thickness ($p<0.05$). In all groups, it was found that the right-side Achilles tendon thickness had a positive, moderately strong correlation with plantar fascia thickness ($p<0.05$). On the other hand, when the genders were compared, a statistically significant difference was found between right foot muscle strength and plantar fascia thickness and Achilles tendon thickness ($p<0.05$).

CONCLUSION: We believe that the fact that there are different results between men and women and even on the right and left sides of the same gender will be useful, especially in terms of clinic physicians' approaches towards diagnosis and treatment.

KEYWORDS: Achilles tendon, foot, muscle strength, plantar flexion, plantar fascia

Table 1

Table 1: Median (min-max) values of the groups' age, height, weight and BMI variables

Group	Age	Height	Weight	BMI
Man	19 (18-21)	178 (169-195)	76.5 (49-100)	24.2 (16-30.5)
Woman	19 (18-27)	163 (153-183)	55 (45-100)	20.2 (16.5-35.4)
p value	0.204	0.000*	0.000*	0.006*

*P<0.05 statistically significant

Median (min-max) values of the groups' age, height, weight and BMI variables

PS-15 AKSİYAL SPONDİLOARTRİTLİ HASTALARDA YİN YOGA VE KONVANSİYONEL EGZERSİZLERİN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ezgi Kaya, İlknur Aktaş, Feyza Ünlü Özkan, Candan Çetin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society) tanı kriterlerine göre Aksiyel Spondiloartrit (Aks-SpA) tanısı almış hastalarda Yin Yoga ve konvansiyonel egzersizlerin etkililiğinin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Randomize prospektif kontrollü bu çalışmada, Bath Ankilozan Spondilit Hastalığı Aktivite İndeksine (BASDAI) göre orta ile yüksek hastalık aktivitesi olan 18-70 yaş arası Aks-spA tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Son 3 ayda Aks-spA medikal tedavisinde değişiklik olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar başlangıçta ve ikinci ayda SF-36 kısa form, Bath Ankilozan Spondilit Metroloji İndeksi (BASMİ), Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS), Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Anketi (ASQoL), (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI), Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. Hastalar rasgele sayı tablosuna göre grup 1: yoga (n = 11) ve grup 2: egzersiz (n = 10) olarak iki gruba randomize edildi. Her iki gruba konvansiyonel egzersizler fizyoterapist eşliğinde öğretilip ev programı düzenlendi ve hastalardan egzersiz günlüğü tutmaları istendi. Haftada bir kez hastalar aranarak egzersiz yapıp yapmadıkları kontrol edildi. Grup 1'e ev egzersiz programına ek olarak 2 ay boyunca haftada 3 gün eğitmen gözetiminde Yin Yoga yaptırıldı.

Power analizi sonucuna göre çalışmaya alınacak hasta sayısı belirlendi. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren niceliksel verilerin grup içi karşılaştırmalarında Paired Sample t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR: Yoga grubunda ikinci ayda ASQoL, FSS, BASDAI, BASFI, BASMI, SF-36 alt gruplarında (emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik değerleri) ve PSQI, skorlarında başlangıç değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı iyileşme gözlenirken egzersiz grubunda değişiklik saptanmadı. Egzersiz grubunda BDÖ, SF-36 (enerji / canlılık ve ağrı) skorlarındaki değişim yoga grubuna göre anlamlı bulundu. Gruplar arasındaki değişiklikler karşılaştırıldığında ise yoga grubunda FSS, BASDAI, BASFI, SF-36 (emosyonel rol güçlüğü) skorlarındaki iyileşme istatistiksel olarak anlamlıydı.

SONUÇ: Aks-SpA'lı hastalarda yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum, yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine Yin Yoga egzersizlerinin etkinliğinin incelenmesi açısından ilk olan bu çalışmada; Yin yoga'nın fonksiyonel durum, günlük yaşam aktiviteleri ve yorgunluk üzerine olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: aksiyel spondiloartrit, Yin Yoga, egzersiz, yaşam kalitesi

PS-16 ANKİLOZAN SPONDİLİT İLE BERABER GÖRÜLEN İMMÜNGLOBULİN A NEFROPATİSİ

Sevgi Esra Özdemir, Abdulvahap Kahveci, Şebnem Ataman
Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ:Eş zamanlı olarak Ankilozan Spondilit ve İmmünglobulin A nefropatisi tanısı alan bir vakayı sunmak

GİRİŞ: İmmünglobulin A(İgA) nefropatisi gelişmiş ülkelerde primer glomerulonefrit nedenleri içerisinde en sık görülen lezyondur. %40-50 makroskopik hematüri, %30-40 mikroskopik hematüri ve minimal proteinüri, %10 nefrotik sendrom ve renal yetmezlik bulguları ile görülür. (2,4) Tanısı renal biyopsi ile konur, patognomonik bulgusu glomerüler mezengiumda İgA depositlerinin görülmesidir. (3) Genellikle sadece böbrek tutulumu olurken, başka hastalıklarla beraber de görülebilir. Ankilozan Spondilit(AS) ve İgA nefropatisi yüksek serum İgA ve İgA immün kompleks düzeyleri olması ile ortak immünolojik özellikler taşır, patogenezi aydınlatılamamış olmasına rağmen bu iki hastalık arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Fakat AS ile beraber İgA nefropatisi az görülen bir durumdur. (1,5)

OLGU SUNUMU:3 5 yaş erkek hasta 2 yıldır olan sol kalça, diz ve ayak bileği ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Ağrısını başlatan travma hikayesi yoktu. Sorgusunda inflamatuvar karakterde kalça ağrısı ve kısa süreli sabah tutukluğu mevcut olup periferik artrit, üveit, psöriazis, inflamatuvar barsak hastalığı ve daktilit yoktu. Kardeşinde AS tanısı olduğunu öğrendiğimiz hastanın fizik muayenesinde; kalça, diz ve ayak bilek eklem hareket açıklıkları tam, FABER ve FADIR testleri sağda pozitif, sakroiliyak kompresyon testi bilateral pozitifti. Tansiyon arteriyal değeri: 110/80 mmHg, Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Index (MASES):3, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI): 5.4 olarak ölçüldü.

Hastadan spondiloartrit ön tanısı ile istenen tetkiklerinde; pelvis grafisinde bilateral grade 3 sakroileit mevcuttu. Spinal radyografisinde patolojik bulgu yoktu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanları ve hemogramı normal sınırlar içerisinde idi. Hastanın kan biyokimyasında kreatinin: 1.19 mg/dL(normal aralık 0,66-1,09 mg/dl), glomerüler filtrasyon hızı: 78 ml/dk/1,73 m² (normal aralık > 90 ml/dk/1,73 m²) olup karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlarda saptandı. Tam idrar tetkikinde proteinüri (protein 100 mg/dl) ve hematüri (hemoglobin 0,75 mg/dl, eritrosit:28, lökosit:4) olan hastanın spot idrarında protein/kreatinin oranı:1,076(normal aralık <0,015); 24 saatlik idrar proteini 1280 mg olarak saptandı. Aynı zamanda hastada HLA B27 pozitifti. Hasta bu sonuçlar ile ileri tetkik için servisimize yatırıldı.

Ayırıcı tanı amacı ile istenen romatoid faktör, anti sitrüline protein antikor, antinükleer antikor, ENA immünblot profil testi, antinötrofil sitoplazmik antikor testi, antifosfolipid antikor testleri, kan immunoglobülin düzeyleri ve protein elektroforezinde patolojik sonuç yoktu. Hastanın hepatit B serolojisinde anti-Hbsag pozitif olup diğer seroloji negatifti. Aynı zamanda hastada brusella aglütünasyon testi ile hepatit C ve HIV serolojisi negatifti.

Hastanın sakroiliyak eklem manyetik rezonans görüntülemesinde, sağda karşılıklı yüzlerde aktif sakroileit ile uyumlu subkondral kemik iliği ödemi mevcuttur. Sağda ekleme katılan sakral yüzde superiorda milimetrik subartiküler yağlı kemik iliği değişikliği de mevcuttur.

Üriner sistem ve renal arter doppler ultrasonografide patoloji saptanmayan hastaya nefroloji tarafından renal biyopsi yapıldı. Renal biyopsi patoloji sonucu; İgA nefropatisi ile uyumlu bulgular gösteren renal biyopsi ve glomerüllerde C4d negatiftir olarak raporlandı.

Hastaya İgA nefropatisi tanısı ile azatiyopürin 1,5 mg/kg/gün ve prednizolon 24 mg/gün dozlarından başlandı.

SONUÇ: Bu olguda bilinen böbrek hastalığı olmayan ve herhangi bir üriner sistem yakınması olmayan hasta, İgA nefropati tanısını, AS tanısı ile eş zamanlı olarak almıştır. Ankilozan Spondilit'te renal tutulum oldukça nadir bir durumdur. 686 AS tanılı hastadan oluşan bir kohort çalışmasında yalnızca iki hastada biyopsi ile doğrulanmış İgA nefropati tespit edilmiştir (5). Ankilozan Spondilit'e bağlı renal tutulum nedenlerinin başında sekonder amiloidoz (%62) vardır, bunu İgA nefropatisi (%30) takip eder. Bu iki hastalığın birlikteliği az olmasına rağmen, Ankilozan Spondilit hastalarının her zaman ekstraartiküler tutumlar açısından değerlendirilmesi önemlidir.

REFERANSLAR:

1. Do-Hyeong Lee, Geun-Tae Kim, Na-Kyoung Hwang, and Eun-Heui Kim IgA nephropathy in a patient with ankylosing spondylitis well controlled with etanercept Kosin Med J. 2018 Jun;33(1):85-90.

2. Robert J. Wyatt, M.D., Bruce A. Julian, M.D. IgA nephropathy N Engl J Med 2013; 368:2402-2414

3. Steven N. EmancipatorMD IgA Nephropathy: Morphologic Expression and Pathogenesis, American Journal of Kidney Diseases Volume 23, Issue 3, March 1994, Pages 451-462

4. John H.Galla IgA nephropathy Kidney International Volume 47, Issue 2, February 1995, Pages 377-387

5. Lee SH, Lee EJ, Chung SW, et al. Renal involvement in ankylosing spondylitis: prevalence, pathology, response to TNF-a blocker. Rheumatol Int 2013; 33:1689.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit, İg A nefropatisi

PS-17 İNFLAMATUAR MİYOZİT TANISI İLE İZLENMİŞ GEÇ BAŞLANGIÇLI BİR POMPE VAKASI

Tuba Yüce İnel, Aydan Köken Avşar, İsmail Sarı
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı,İzmir

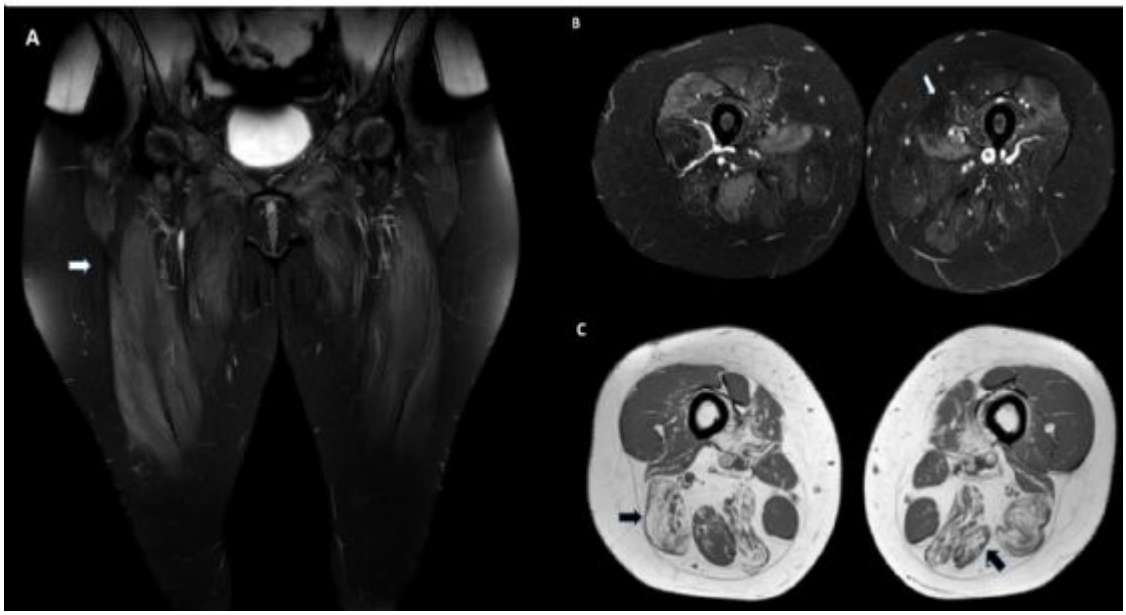
AMAÇ: Lizozomal a-glukozidaz enzim eksikliği sonucu görülen Pompe hastalığı; nadir, progresif, otozomal resesif tip 2 glikojen depo hastalığıdır. Geç başlangıçlı Pompe hastalığı belirgin morbidite ile ilişkilidir; progresif proksimal miyopati ve respiratuar yetersizliğe yol açabilir. Biz de dört yıl boyunca polimiyozit olarak izlenen, immünosupresif tedaviden fayda görmeyen, kreatin kinaz (CK) yüksekliği sebat eden ve tekrar incelendiğinde Pompe tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık

OLGU: 30 yaşında kadın hasta halsizlik, merdiven çıkmada zorluk, alt ekstremite proksimal kaslarında güçsüzlük yakınması ile bir merkeze başvurmuş. CK yüksekliği, elektromiyografi(EMG) ve magnetik rezonans görüntüleme(MRG) bulguları, kas biyopsisi sonucuyla polimiyozit düşünülerek metilprednizolon ve azatioprin tedavisi başlanmış. Mevcut tedaviyle klinik ve biyoşimik yanıt alınamayan hasta tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde; gowers bulgusu mevcuttu. Üst ekstremitede motor kuvvet tam iken bilateral alt ekstremite proksimal kasların motor kuvveti 3-4/5 idi. Kontraktür yoktu. Derin tendon refleksleri normaldi. Son zamanlarda efor dispnesi başlamıştı. CK:1182 U/L, AST: 47 U/L, ALT:66 U/L, LDH:391 U/L, CRP:4 mg/L, sedimentasyon: 27 mm/h, PTH:53 pg/ml, ANA ve ENA negatifti, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Sinir ileti çalışmasında normal elektrofizyolojik bulgular izlendi. İğne EMG incelemesinde alt ekstremite proksimal kaslarda yer yer denervasyon bulgularının eşlik ettiği kısa süreli küçük boylu müp aktivitesi saptandı. Bulgular inflamatuar tip primer kas lifi tutulumu lehine yorumlandı. Ekstremite MRG'da; bilateral uyluk kaslarında yağlı atrofik alanlar ve kas ödemi alanları izlendi(Şekil 1). Sol uyluk anteriorundan kas biyopsisi yapıldı. Kesitlerde çizgili kas dokusunda miyofibriller fasiküller halinde izlenmekteydi. İnternal nükleasyon morfolojik sınırlar içerisindeydi. Fibril nekrozu, miyofaji, lenfositik infiltrasyon yoktu. Cox boyasında enzim kaybı izlenmedi. H&E kesitlerde kas fibrillerinin bazılarında sitoplazmik vakuolizasyon dikkati çekti. Bu vakuolizasyon lipid birikimi ile uyumlu idi. Lizozomal enzim eksikliği düşünülerek gönderilen alfa glukozidaz enzim düzeyi 0.2 nmol/ml/sa (düşük) olarak saptandı. Hastanın almakta olduğu immünosupresif tedavisi kesildi. Pompe hastalığı düşünülen hasta metabolizma bölümüne yönlendirildi. GAA gen mutasyonu da saptanan hastaya enzim replasmanı başlandı. Son zamanlarda nefes darlığı tarif eden hastanın EKG, ekokardiyografi, solunum fonksiyon testleri ve akciğer görüntülemesinde özellik yoktu.

SONUÇ: Glikojenin çizgili kaslarda anormal birikimi proksimalde daha belirgin olmak üzere kas güçsüzlüğüne yol açar. Pompe hastalığında tipik olarak etkilenen ilk kaslar; kalça addüktörleri (addüktör magnus), kalça abduktör ve ekstansörleri (gluteal kaslar), kalça fleksörleri (psoas), semimembranöz, paraspinal kaslar, karın kasları ve vastus medialistir. Diyafragma ve yardımcı solunum kaslarındaki güçsüzlüğe bağlı respiratuar tutulum; erişkin başlangıçlı Pompe hastalığının önemli bir özelliğidir. Progresif solunum kası zayıflığı ve yetersiz öksürük, tekrarlayan üst ve alt solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilir. Geç başlangıçlı Pompe hastalarında kardiyak tutulum çoğunlukla ventriküler fonksiyon bozukluğu veya aritmi şeklinde ortaya çıkar.
Pompe hastalığı; klasik immunosupresif tedaviye yanıt vermeyen miyopatili hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmeli, şüphelenilen olgularda enzim paneli gönderilmeli ve genetik inceleme yapılmalıdır

ANAHTAR KELİMELER: İnflamatuar miyozit, Pompe Hastalığı

Şekil 1



Alt ekstremite MRG:Bilateral uyluk kaslarında yağlı atrofik alanlar ve kas ödemi alanları izlenmiştir. Fasyalar normaldir.

PS-18 GENÇ HASTADA KOMPLİKE BEL PATOLOJİSİ

Halime Kibar
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Scheuermann hastalığı adolesan çağda % 5-8 sıklıkta rastanan kozmetik deformite, torakal disk hernisi ve dejeneratif değişikliklere yol açan bir hastalıktır. Etyolojisi net olmamakla birlikte ailesel yatkınlık ve lokal osteokondrit mutemel faktörlerdir. Spondilolizis gelişimsel ya da sonradan oluşan stres kırıklarına sekonder gelişen bir pars interartikülaris defektidir. Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen bel ağrısının en sık sebeplerindendir. Görülme sıklığı normal nüfusta %6-8 olup, yaklaşık %75'inde spondilolistezis gelişmektedir. Hastalar aktivite ile artan, istirahatle azalan bel ağrısından yakınırlar. En sık rastlanan fizik bulgu, hiperlordotik postür ve belin ekstansiyonunda ağrıdır.
Burada Scheurmann hastalığı ve pars interartikülaris defektinin birlikte görüldüğü genç bir hasta sunulmuştur.

OLGU: 21 Yaşında kadın hasta polikliniğe bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde uzun zamandır mekanik karakterde bel ağrısı olduğu öğrenildi. Hasta 160 cm boyunda 67 kilogram ağırlığındaydı. Bir yıllık evliydi. Özgeçmişinde 6 yaşında iken araç dışı trafik kazası geçirdiği, ancak o zaman yapılan tetkiklerde herhangi bir sorun izlenmediği öğrenildi. Ayrıca 11 yaşında vesikoüreteral reflü (VUR) operasyonu geçirdiği bilgisi alındı. Bağımsız ambule, normal yürüyüş paternine sahip olan hastanın muayenesinde el-yer mesafesi 25 cm de kısıtlı, ekstansiyon ve rotasyonlar ağrılı idi. Kas gücü tam olan hastanın refleksleri normaldi. Hastanın MRI sonucunda alt torakal seviyelerde ve lomber seviyede vertebra end platolarda schmorl nodulleri (Scheuerman hastalığı), L5-S1 düzeyinde bilateral pars interartikülaris defekti izlenmekteydi. Hastaya NSAİD tedavisi başlandı, fiziksel tıp tedavisi düzenlendi, karın ve bel kuşağı güçlendirme egzersiz programı düzenlenerek kontrole çağırıldı.

SONUÇ: Ik kez 1921 yılında Danimarkalı Radyolog Holger Werfel Scheurermann tarafından tanımlanmıştır. Scheuermann oluşan kifoz deformitesinin, postural kifozdan, rijit bir deformite olması nedeniyle ayrıldığını ve farklı bir klinik tablo olduğunu belirtmiştir. Deformiteye neden olan omurlardaki kamalaşmanın, ring apofizlerdeki avaskülernekroza bağlı olduğu en çok kabul edilen görüştür. Yapılan çalışmalar,omur cisimlerinin eklem yüzlerindeki enkondral ossifikasyonda,kollajen agregasyonunda bozulma olduğunu göstermiştir. Spondilolizis % 95 L5 seviyesinde görülür. Hemen daima iki taraflıdır. Hastamızda da L5 seviyesinde ve bilateral izlenmiştir. Hastanın geçmişte VUR operasyonu geçirmesi yapısal olarak bu anatomik lokasyonda patolojiye yatkınlığı olduğunu düşündürtmekle birlikte, travma öyküsü de bulunmaktadır. Her iki patolojinin de başlangıç tedavisi konservatiftir. Amaç ağrının azaltılması, hareket açıklığının kazanılması ve abdominal ve paraspinal kasların güçlendirilmesidir. Cerrahi tedavi, konservatif tedaviye yanıtsız hastalar için düşünülmelidir.Bu olgu bel ağrısı olan genç hastalarda önemli yapısal patolojilerle karşılaşılabileceğinin hatırlanması amacıyla sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Scheuermann hastalığı, spondilolizis

PS-19 LAKRİMAL BEZDE ŞİŞLİK İLE IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK TANISI ALAN OLGU

Ayça Ayşe Aytekin[1], Ali Nail Demir[1], Hatice Deniz İlhan[2], İlhan Sezer[1], Cahit Kaçar[2]
[1]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Antalya*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya*

GİRİŞ: IgG4 ile ilişkili hastalık (IgG4-İH), etkilenen organlarda histolopatolojik olarak IgG4 pozitif plazma hücreleri aracılığı ile oluşan fibroinflamatuar reaksiyon ile karakterize sistemik otoimmmün bir hastalıktır. İlk olarak 21. Yüzyılda sklerozan pankreatitli bir olguda tanımlanan IgG4-İH, birçok organ ve sistemde tutulum yapabilir. En sık tutulanlar pankreas, hepatobiliyer sistem, tükürük bezleri, orbita ve lenf nodlarıdır. Orbital tutulumunda da oküler ve periokuler adneksiyal dokuların IgG4 pozitif lenfoplasmositik infiltrasyonu sonucu çeşitli patolojiler ortaya çıkabilir. Biz de bu olgu sunumda lakrimal bezde şişlik ile başvuran ve IgG4-İH tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 79 yaşında erkek hasta, sağ üst göz kapağında şişlik nedeniyle göz hastalıkları bölümüne başvurdu. İstenen orbital manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tetkikinde her iki lakrimal bez boyutu ve kontrastlanması artmış; her iki infraorbital kanal genişlemiş ve sinirlerin kalınlığı ve kontrastlanması artmış; sağ parotis üst komşuluğunda multipl lenf nodları saptandı. Hastanın bilateral lakrimal bez hipertrofisi ve boyun bölgesindeki multiple lenfadenopatiye yönelik olarak romatolojik hastalıklar açısından görüş istendi. Hastanın anamnezinde yaklaşık 4 yıldır sağ üst göz kapağında ve sağ submandibular bölgede şişlik şikayeti mevcut olduğu öğrenildi. Özgeçmişinde kronik obstruktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon nedeniyle takipli olduğu öğrenilen hastanın istenen tetkiklerinde hemoglobin 10,5 gr/dl, 8,26 bin/mm³, 293bin/mm³, 1,03bin/mm³, CRP 0,45 mg/dl, sedimentasyon 25 mm/saat, kreatinin 1,20 mg/dl, ALT 15 U/L saptandı. Bağ dokusu hastalıkları, sarkoidoz, IG-G4-İH başta olmak üzere inflamatuar romatizmal hastalıklar açısıdan tetkik edilen hastanın ANA, ANCA, RF tetkiki negatif; ENA profili negatif; hepatit, HIV serolojisi negatif; serum ACE düzeyi normal sınırlarda; serum ve idrar kalsiyum düzeyi normal sınırlarda; 24 saatlik idrar kalsiyumu normal sınırlarda saptandı. Serum ve idrar immunfiksasyon elektroforezinde monoklonal bant saptanmadı; serbest kappa/lambda oranları normal saptandı. IgG 2610 mg/dl, IgA 77,30 mg/dl, IgM 33 mg/dl olarak ölçüldü. IgG4 düzeyi 2390 mg/dl saptandı. Sarkoidoz, IgG4-İH, lenfoproliferatif hastalıklar açısından tetkik edilen hastanın PET/BT tetkiki istendi. Sonucunda bilateral servikal, torakal ve sol pelvik hipermetabolik lenf nodları; pelviste, iliak bifurkasyon düzeyinden başlayan retroperitoneal fibrosis ile uyumlu görünüm saptandı. Sağ lakrimal bezdeki şişliğe yönelik olarak orbitotomi ile insizyonel biyopsi uygulandı. Biyopsi sonucu sklerotik zeminde kronik yangı hücre infiltrasyonu, lenfoid follikül formasyonları saptandı; yangı hücreleri içerisinde lenfositler, histiositler ve plazma hücreleri izlendi; plazma hücre yoğunluğu yaklaşık %25-30 civarında, kappa baskınlığı izlendi. Olguya ayırıcı tanı amacıyla histokimyasal PAS, immünohistokimyasal lambda, kappa, LCA, CD 68 uygulandı; patoloji saptanmadı. Hastanın patolojik materyalinde dış merkezde yapılan boyanma sonucu lakrimal bezde IgG4 pozitif plazma hücre yoğunluğu izlendi. Hastanın mevcut bulgularla IgG4-İH ile uyumlu olduğu kabul edildi. Oral steroid tedavisine başlanarak ayaktan kontrole çağırıldı.

SONUÇ: IgG4-İH birçok organ ve sistemi etkileyebilen bir hastalık olmakla birlikte orbital ve periorbital dokuların tutulumu sık görülür. Orbital tutulum en sık lakrimal bezlerde olmakla birlikte, ekstraokuler kaslar, retroorbital yumuşak doku, infraorbital sinir, trigeminal sinir, nazolakrimal kanallarda etkilenim görülebilir. Olgular sıklıkla anlamlı görme kaybı ya da keratokonjonktivitis sikka semptomları olmaksızın ünilateral ya da bilateral, ağrısız orbital şişlik ile prezente olurlar. Tanı için spesifik olmamakla birlikte artmış serum IgG4 düzeyleri (>= 135 mg/dl); histopatolojik olarak belirgin lenfosit ve plazma hücre infiltrasyonu ile birlikte fibrozis görülmesi ve IgG4+ plazma hücre infiltrasyonu görülmesi(IgG4+/IgG+ hücre oranının >=%40 ve büyük büyütmede IgG4+ plazma hücresi >10) yardımcı olabilir. Ayırıcı tanıda lenfoma, sarkoidoz, granülomatöz polianjiitis başta olmak üzere (GPA) tüm enfeksiyöz, inflamatuvar ve malign hastalıklar dikkate alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: IgG4 ilişkili hastalık, lakrimal bez hipetrofisi

PS-20 İZOLE DİZ AĞRISI İLE GELEN KOKSATROZ VAKASI

İlknur Aktaş, Feyza Ünlü Özkan, Duygu Şilte Karamanlıoğlu, Ahmet Kavaklı
Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Kalça eklemi insan vücudunda en çok yük binen eklem olması nedeniyle potansiyel olarak en çok haraplanan ve osteoartrit gelişme riski olan eklemdir. Koksatrozda öncelikli şikayet ağrıdır. Ağrı künt, sinsi ve iyi lokalize edilemez, ayakta durmak ve yürümekle artar, kasığa, uyluğa ve gluteal bölgeye yayılabilir. Antaljik yürüyüş erken dönemde dahi görülebilir. Tedavide öncelikle hedef ağrıyı azaltmak ve fonksiyonu devam ettirmektir.

OLGU: 52 yaşında, sol diz ağrısı nedeniyle ortopedi ve travmatoloji polikliniğine başvuran kadın hasta yapılan muayene ve Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucunda diz osteoartriti ön tanısıyla rehabilitasyon amacıyla tarafımıza yönlendirildi. Hasta dizde yaygın bir ağrı olduğunu ve özellikle oturur pozisyondan yatağa geçerken bacağını eliyle kaldırarak çekebildiğini ve ağrısının bu hareketle şiddetlendiğini ifade etmekteydi. Fizik muayenede; sol diz eklem hareket açıklığı tamdı, ön çekmece, Mc murray testleri negatifdi. Hasta antaljik yürümekteydi. Nörolojik muayenesi tamamen normal olan hastanın sol kalça hareketleri her yöne ağrılı, solda Faber ve Fadır testleri pozifti. Görsel analog skala (GAS)'a göre ağrısı 8 olarak değerlendirildi. Hastanın tam kan sayımı, Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, TSH değeri normaldi. Sedimantasyonu 21 C-reaktif protein düzeyin <2 olarak tespit edildi. Hastanın Görüntüleme sisteminden ulaşılan 4 ay önce çekilen Sol diz Anteroposterior ve lateral grafisinde Kellgren Lawrence radyolojik evrelemesine göre evre 2 gonartroz mevcuttu (şekil 1). Hastanın ortopedi kliniğinde yapılan sol diz MRG'de: osteoartrit bulguları ve anterior çapraz bağda minimal ödem saptanmıştı. Kliniğimizde fizik muayeneden sonra hastaya yapılan tanısal ultrason ile değerlendirmede; diz içinde minimial efüzyon dışında patolojik bir bulguya rastlanmadı. Ağrının kaynağının kalça kaynaklı olabileceği düşünülerek sol kalça eklemine ultrason görüntüleme rehberliğinde lokal anestezik enjeksiyonu uygulandı. Ağrısı tamamen geçen olgudan kalça direk radyografik görüntüleme ve MRG istendi. MRG sonuçlarında koksartroz bulguları saptandı (şekil 2). Hasta kliniğimizce fiziksel tıp ve rehabilitasyon uygulamaları, nonsteroid antienflamatuar ilaçları içeren medikal tedavi ve egzersiz uygulamalarıyla verilerek takibe alındı.

SONUÇ:. Diz ağrısı şikayeti ile gelen hastalarda kalça eklemi şikayeti dikkatlice sorgulanmalı, gerekiyorsa görüntüleme ve tanısal enjeksiyon yöntemlerinden faydanılmalıdır.

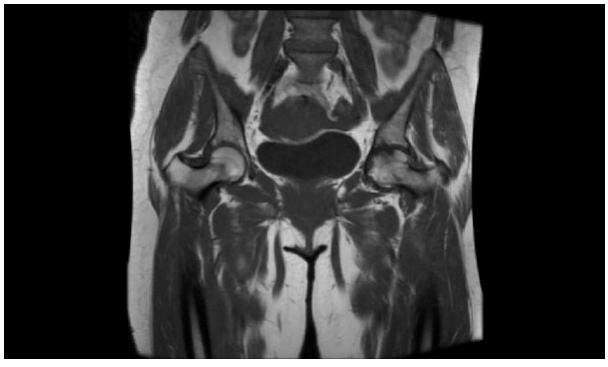
ANAHTAR KELİMELER: Diz ağrısı, Koksatroz, Tanısal ultrason

Şekil 1



Diz AP grafi

Şekil 2



Kalça MRG'de koksatroz bulguları

PS-21 KONDROKALSİNOZİSLİ OLGUDA PARAMENİSKAL KİST

Aylin Ayyıldız, Beril Doğu, Merve Günerli, Jülide Öncü Alptekin, Banu Kuran
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM

AMAÇ: Menisküs kistleri, içi mukoid materyal ile dolu, menisküs yapısı içinde veya onunla bağlantılı kistlerdir. Parameniskal kistler ise, eklem sıvısının menisküs yırtığı aracılığı ile parameniskal yumuşak dokulara ulaşması sonucu meydana gelir. Bu kistler dizde ağrı, şişlik vb. semptomlara yol açar. Tanıda ultrason ve magnetik rezonans görüntülemenin yeri mevcuttur. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) tetkiki, gerek kistin gerekse eşlik eden menisküs yırtığının tanısında önemli rol oynar.

OLGU: 84 yaşında kadın hasta her 2 dizde ağrı ve şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde; sol diz medialinde belirgin şişlik mevcuttu. Patellafemoral eklem hareketleri azalmıştı. Bilateral krepitasyonu olan hastanın her 2 diz fleksiyonu 90 derece ve diz ekstansiyonu -20 derecede idi. Çekilen X-Ray grafilerde bilateral konrokalsinozis mevcuttu. Sol diz medial bölgesindeki şişlik ultrason ve MRG ile değerlendirildi. Medial menisküste yırtık ve medial menisküs komşuluğunda yaklaşık 44x16x49 mm boyutunda kistik görünüm mevcut olup parameniskal kist ile uyumlu saptandı. Ultrason eşliğinde kist aspire edildi ve diz ekleminden efüzyon aspirasyonu yapıldı. Kist içi aspirasyon materyali sarı berrak renkli, organize ve katılaşmış yapıdaydı. Kondrokalsinozis için kolşisin 1mg kullanımı olan hastamızın dizine mevcut intrartiküler sıvı ve kondrokalsinozis tedavisi için intraartiküler 1 mg betametazon uygulandı. Hastamızın 1. Ve 3. Ay kontrollerinde şişlik ve ağrıda azalma tespit ettik. Ultrason ile değerlendirilmesinde belirgin sıvı miktarı azalmıştı. Başlangıç vizuel ağrı skoru(VAS) 9 olan hastanın 1. Ay VAS'ı 3 ve 3. Ay VAS'ı 4 idi.

SONUÇ: Parameniskal kistler, eklem sıvısının menisküs yırtığı aracılığı ile diz çevresi yumuşak dokularda şişlik ve ağrıya neden olur. Tedavide ise artroskopik cerrahi ile menisektomi ve kist dekompresyonu yapılabileceği gibi US eşliğinde perkütan iğne aspirasyonu ile kısa ve orta dönem takiplerde ağrıda azalma sağlanabilmektedir. Ancak diz çevresi şişlik varlığında gangliyon, bursit, sinoviyal kondromatozis gibi kisti taklit eden durumların yanı sıra lipom ve sinoviyal sarkom gibi solid lezyonları ayırıcı tanıda akılda tutmak gerekir.

ANAHTAR KELİMELER: Aspirasyon, Kondrokalsinozis, parameniskal kist

Grafi



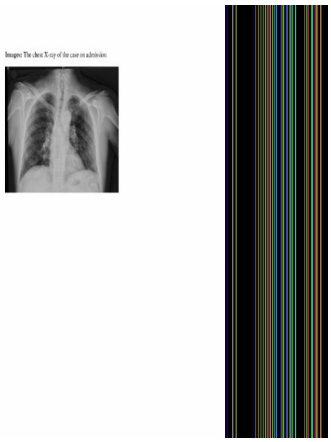
Kondrokalsinozisli hastanın diz radyografisi

Kondrokalsinozis ultrason görünümü



Kondrokalsinozis ultrason görünümü

Parameniskal kist ultrason görüntüsü



Parameniskal kist ultrason görüntüsü

PS-22 GRANÜLOMATÖZ MASTİT İLE PREZENTE OLAN IGG4 İLİŞKİLİ HASTALIK

Cemal Gürbüz, Seyyid Bilal Açıkgöz
On Dokuz Mayıs Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: İmmünoglobülin G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH), belirli patolojik, serolojik ve klinik özellikleri paylaşan bir dizi bozukluktan oluşan otoimmün bir hastalıktır. Sıklıkla etkilenen organlarda görülen ortak özellikler kitlesel şişlik, IgG4 pozitif plazma hücrelerinden zengin yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, obliteratif flebit ve "storiform fibrozis"tir. Buna ek olarak serum IgG4 konsantrasyonları, IgG4-İH'li hastaların %60-70'inde artmış olarak bulunmaktadır.

Granülomatöz mastit (GM), memenin nadir bir inflamatuar hastalığıdır. GM genellikle genç-orta yaşta (3-4. dekad) görülmektedir. Hastaların çoğu doğurganlık çağında 5 yıl içinde gebelik veya laktasyon hikayesi olan kadınlardır. GM her iki memede eşit sıklıkta görülür. %5-15 oranında bilateral olabilir. Hastalık memede inflamatuar bir kitle olarak başlar ve malign hastalıktan ayrılması önemlidir. Hastaların %15-20'sinde aksiller lenfadenopati, %51'inde fistül saptanmıştır. Hastaların sistemik tedaviye verdikleri cevap değişkenlik göstermektedir. Genellikle beklenen 6 ay içerisinde inflamatuar kitle boyutunun yarıya düşmesidir. Tam iyileşme 9-12 ay sürebilir. GM hastalarının çok az bir kısmında IgG4 pozitifliği mevcuttur. Literatürde bu oran belli değildir. Biz de bu yazımızda GM ile prezente olan IgG4 ilişkili hastalık tanısı alan bir vaka takdim edeceğiz.

OLGU: 29 yaşında kadın hastaya 1,5 aydır sağ memesindeki kitle nedeniyle başvurduğu genel cerrahi bölümünde yapılan USG'de sağ memede areola komşuluğundan başlayıp perifere uzanan yüzeyel yerleşimli ~31x8x19 mm boyutlu öncelikli inflamatuar olduğu düşünülen kitlesel görünüm (BIRADS 4) tespit edilmiş ve buradan alınan biyopsi sonucunda Granülomatöz Mastit tanısı konulmuştur. Hasta bu şikayet ve bulgularla romatolojiye yönlendirildi. Romatolojik değerlendirmede sağ memede cilt altı kitle mevcuttu, kızarıklık ve fistül oluşumu gözlenmedi. 3 yaşında bir çocuğu vardı. Gebelik veya laktasyon yoktu. Hastanın laboratuar bulgularında hemogram, eritrosit sedimantasyon hızı, CRP, rutin biyokimya testleri, pANCA, cANCA normal sınırlardaydı. PPD: 6 mm, quantiferon testi negatifti. PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Serum IgG4 düzeyi 2.79 g/l (referns değer aralığı: 0,03-2,01) tespit edildi. Patolojiden örneğin IgG4 ile boyanması istendi ve plazma hücrelerinde IgG4 ile boyanma izlendi. Hastya prenizolon 32 mg/gün ve metotreksat 15mg/hafta tedavisi başlandı. 1 ay sonraki kontrolde hasta tarafından ifade edilen ve muayenede tespit edilen kitlede küçülme tespit edildi. 3. ayda USG kontrolü yapıldı ve memede kitle tespit edilmedi. 3. ayda hastanın kortikosteroid tedavisi kesildi. 6. ayda hasta metotreksat tedavisi ile remisyonda takip ediliyor.

TARTIŞMA: İdiyopatik granülomatöz mastit memenin nadir görülen, nedeni bilinmeyen, kronik inflamatuar hastalığıdır. IgG4-ilişkili hastalıkta en önemli patolojik özellikler lenfoplazmositik infiltrasyon, obliteratif flebit ve storiform fibrozistir. Nekroz, ayrık granülomlar ve ksantogranülomatöz değişiklikler atipik bulgulardır. İdyopatik granülomatöz mastitli hastalarda IgG4 pozitifliği ne prezantasyon anında ne de tedaviye yanıt anlamında bir fark oluşturmamaktadır. İdyopatik granülomatöz mastit tanısının mutlaka histopatoloji ile desteklenmesi gerekmektedir ancak patoloji spesmenlerinde IgG4 çalışılması tedavi ve prognozu etkilememektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Granülomatöz Mastit, IgG4 İlişkili Hastalık

PS-23 CYTOMEGALOVIRUS INFECTION SEEN AFTER EOSINOPHILIC GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS – A CASE REPORT

Kezban Armağan[1], Mustafa Şahin[2], Özgül Soysal Gündüz[2], Nurullah Akkoç[2]
[1]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation Division of Rheumatology, Celal Bayar University School of Medicine, Manisa, Turkey.*
[2]*Department of Medicine, Division of Rheumatology, Celal Bayar University School of Medicine, Manisa, Turkey.*

OBJECTIVE: Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA) also known as Churg-Strauss syndrome is a systemic small- and medium-vessel necrotizing vasculitis, characterized by extravascular granulomas, and eosinophilia. Treatment is primarily with corticosteroids and, for severe disease, addition of other immunosuppressive agents. Here we report a case of a 57- year-old man with EGPA whose liver enzymes were elevated due to Cytomegalovirus (CMV) infection, a rare cause of acute hepatitis, after treatment with high dose glucocorticoids and cyclophosphamide.

CASE: A 57-year-old man, ex-smoker, with general fatigue, fever, sore throat, wandering joint pain for about 1 month. He was admitted to Celal Bayar University Hospital because of weakness and numbness in the first 3 fingers of the right hand and numbness on the outer surface of the left leg for 3 days. The patient who suffered from anorexia had lost weight of 15 kg in the last month.As the patient had a lung nodule detected 15 years ago and asthma-like symptoms started 3 years ago, examinations were performed. A computed tomography (CT) had been performed for the nodule of the patient. In the mediastinum, LAP with a diameter of 14 mm is observed in the pretracheal region. A larger number of multiple nodules with a diameter of 8.5 mm are observed in both lungs on the right. Positron-Emission-Tomography (PET) was done exclusion of malignancy and 23x16 mm ground glass density nodular lesion was seen in the upper lobe of the right lung. Nervous system examination revealed asymmetrical distal muscle weakness with sensory loss. Muscle strength examination (muscle strength grading on a 0 to 5 scale) at right arm abductor / adductor 5/5, right elbow flexion / extansion 4/5, first 3 fingers muscle of right hand strength 3/5 and dorsiflexion of the left foot 4/5. Deep Tendon reflexes bilateral hypoactive, no pathological reflex was detected. Other system examination were normal.

Investigations revealed: hemoglobin 13,3 gm/dl, total Leukocyte count 21,22 cells/mm3, (Neutrophils 60,5%, Lymphocytes 6,7%, Monocytes 3,6% and Eosinophils 28.8%), platelet count was 593,000 per cubic millimeter. Our patient's erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 44 mm/h C- reactive protein was (CRP):8,1 mg /dL. Liver test were moderate increased; alanine transaminase (ALT):113 U/L (0-50 U/L), aspartate transaminase (AST):42 U/L (0-50 U/L), lactate dehydrogenase (LDH):382 U/L (0-248 U/L), gamma-glutamyl transpeptidase (GGT): 213 U/L (0-55) and renal function tests and electrolytes were within normal limits. Results of a urinalysis were protein:0.5g (g/dL) (+1) and sediment (at every large magnification field erythrocyte:25 leukocyte: 2) in microscopic examination.

Test for Anti Nükleer Antikor and neutrophil cytoplasmic antibody (cANCA) were negative, p-ANCA (perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody) was positive. Serum complement levels (C3 and C4) in the outer center was high.Serum IgE level was: 442 ((normally 0–87 IU/mL). Chest X-ray was taken and was similar to the previous image. Abdominal ultrasonography was performed and liver size was slightly enlarged.

Electromyography (EMG) was performed and the electrophysiological findings were reported as consistent with asymmetric sensorimotor polyneuropathy. Studies were suggestive of mononeuritis multiplex.

The patient was consulted with cardiology and Echocardiography (ECHO) was performed, no significant pathology was observed.

On investigation he had increased peripheral blood eosinophilia, pulmonary function test showed reversible airway obstruction,nerve conduction studies revealed mononeuritis multiplex, elevation of IgE and p-ANCA also support this diagnosis. in light of this data we made a diagnosis of EGPA. The patient's previous 24 mg corticosteroids treatment was changed to corticosteroids (1mg/kg/day) to induce remission. At the first week of the treatment, a dramatic decrease in blood eosinophil count was observed (Eosinophils 14 percent and then 6 percent). Because of refractory EGPA, intravenous bolus of cyclophosphamide was added with premedication according to protocol and there were no complications. Liver enzymes were elevated (ALT: 215 AST:22 GGT:270) on the 5th day of cyclophosphamide treatment during hospitalization. Hepatitis and CMV antibodies were requested with the recommendation of gastroenterology. Hepatitis markers were negative. CMV Ig-G was positive (Positive: (53) AU / mL) and Ig-M gray zone GZ:0.87 (GZ 0.7-0.9) CMV Ig-M test was repeated and positive result. And also CMV Polymerase chain reaction (PCR) was performed. According to these findings, patient was diagnosed as acute hepatitis due to the CMV infection. We started from 2x 5 mg / kg ganciclovir with the recommendation of infectious diseases. There was a decrease in enzymes (ALT: 61 AST:22 GGT:129) one week after antiviral treatment. Antiviral treatment (Ganciclovir 5 mg/kg IV every 12 hours induction therapy) was continued for 21 days. Result of CMV PCR was <69 IU/mL (normal range 137-9100000 ıu/mL) at one month.

CONCLUSION: In this case, we mentioned the p-ANCA positive EGPA presenting with acut mononeuritis multiplex and weight loss. Elevated transaminase level following treatment were associated with CMV. This infection, a rare cause of acute hepatitis, should be kept in mind in patients who presented with abnormal liver function tests.

KEYWORDS: Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA), mononeuritis multiplex, liver enzyme, Cytomegalovirus (CMV)

X-Ray

Images: The chest X-ray of the case on admission



Images: The chest X-ray of the case on admission

PS-24 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA UYKU KALİTESİNİN HASTALIK AKTİVİTESİ, RADYOLOJİK BULGULAR VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE KORELASYONUNUN ARAŞTIRILMASI

Ertan Yüce, Ebru Aytekin, Yasemin Pekin Doğan, Didem İnceboy Yalçın, Bilge Gökçe
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Ankilozan spondilit (AS) hastaları ağrı,katılık,deformite ve duygudurum bozuklukları nedeniyle sağlıklı insanlara göre daha fazla uyku bozukluğu yaşamaktadırlar.Yaptığımız çalışmada hastaların depresyon düzeyi,hastalık aktivitesi ve radyolojik durumunun uykuları üzerinde ki etkisini açıklamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya hastanemiz Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Romatoloji polikliniğinde takip edilmekte olan Modifiye New-York kriterlerine göre AS tanısı almış takipli 100 hasta ve 100 sağlıklı gönüllü dahil edildi.Uyku kalitesini değerlendirme amaçlı Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) soruları yöneltildi.Yaş, cinsiyet, boy, kilo, sigara, alkol ve kafein tüketimi yönünden sorgulandı. Ayrıca hasta gruba, hastalık aktivitesi değerlendirme amaçlı Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) ESH, ASDAS CRP ve Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAİ) ölçekleri, depresyon düzeyini değerlendirme amaçlı Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve radyolojik durumu derecelendirmek amaçlı Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRİ) ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Hasta grubunda PUKİ alt skorları olan öznel uyku kalitesi,uyku bozukluğu ve uyku latansı skorları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha kötüydü. Ayrıca BDÖ puan ortalaması hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Hasta grubu PUKİ skorlarına göre uyku bozukluğu olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayırdığımızda, uyku bozukluğu olan grupta, hastalık aktivite göstergeleri ASDAS-Crp, ASDAS-Sedim ve BASDAİ, fonksiyonellik ölçütü Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFİ), depresyon ölçütü BDÖ skoru uyku bozukluğu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Ancak radyolojik skorlama da kullanılan BASRİ her iki grup arasında anlamlı bir farklılık göstermedi ($p>0,05$).

SONUÇ: Çalışma verilerini ele aldığımızda AS hastalarında normal popülasyona göre uyku bozukluğu sorununun daha çok yaşandığı ve bunun hastalığın aktivitesi ve hastanın duygudurumu ile doğrudan ilişkili olduğunu görmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: ankilozan spondilit, depresyon, uyku kalitesi

PS-25 ÇÖLYAK TANILI HASTADA SAKROİLİİT OLGUSU

Fidan Tuncer
gazipaşa devlet hastanesi,fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniği

AMAÇ: Çölyak hastalığı, genetik olarak yatkın bireylerde, buğday, arpa, çavdar, yulaf gibi tahıl ve tahıl ürünlerinde bulunan "gluten" proteinine karşı duyarlılık sonucu gelişir. Temel olarak ince bağırsak hastalığıdır. Ancak pek çok organ ve sistemleri de etkileyebilir. Biz burada fizik tedavi polikliniğine inflamatuvar karakterli bel ağrısıyla başvuran çölyak tanılı bir vakayı sunacağız.

OLGU: 49 yaşında kadın hasta, 20 yıldır çölyak hastalığı tanısı mevcut. Polikliniğimize bir yıldır özellikle sabahları olan bel ağrısı ve sabah tutukluğu şikayetiyle başvurdu. Sorgulamasında yaklaşık 1 saat süren sabah tutukluğu ve inflamatuvar bel ağrısı tarifliyordu. Diğer romatolojik sorgulamasında özellik yoktu(üveit, oral aft, artrit, aile öyküsü, sedef, inflamatuvar barsak hastalığı, düşük, ölü doğum, malar rush, raynoud fenomeni, vaskülit). Fizik muayenede modifiye scober 19cm, tragus duvar mesafesi 14cm,göğüs ekspansiyonu 4cm idi. Düz bacak kaldırma testi bilateral negatif, FABERE ve FADIR testleri, sakroiliak kompresyon testi pozitif idi. Artrit ve artralji yoktu. Aşil tendiniti yoktu. Laboratuarında akut faz reaktanları normal seviyede, hepatit markerları ve brucella aglütinasyon testi negatif, elektrolitler, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Dış merkezde bakılan HLA B-27 testi negatif idi. Pelvis grafisinde sağda evre 3 solda evre 2 sakroiliit görünümü vardı. Çekilen kontrastlı sakroiliak MR'da bilateral aktif sakroiliit ile uyumlu görünüm mevcuttu.

Hastaya nonsteroid antienflamatuvar ilaç başlandı. 1ay sonraki kontrolünde hastanın şikayetlerinde belirgin gerileme olmuştu. Hasta fizik tedavi polikliniğinde takibe alındı.

SONUÇ: Sonuç olarak çölyak hastalığında sakroiliit nadir de olsa görülebilmektedir. Erişkin çölyak hastalığı ve sakroiliit birlikteliğine sık olmamakla birlikte rastlanmaktadır. Bu açıdan bel ağrısı ile gelen hastalarda romatolojik sorgulama önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Back pain and sacroiliitis in long-standing adult celiac disease: a cross-sectional and follow-up study. Vereckie E., Mester A., Hodinka L., et all. Rheumotol Int. 2010 Feb;30(4):455-60. doi: 10.1007

2. Woodward, J., Coeliac disease. Medicine, 2007. 35(4): p. 226-230

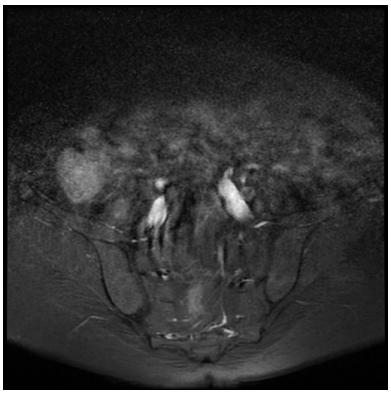
ANAHTAR KELİMELER: çölyak, sakroiliit, bel ağrısı

pelvis grafisi

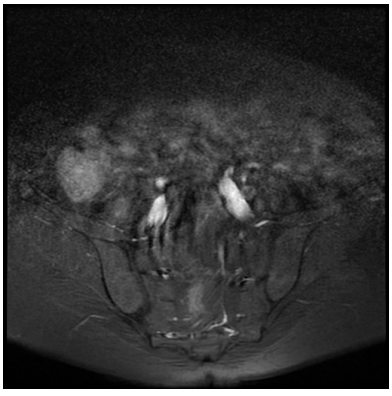


sağda evre 3 solda evre 2 sakroiliit

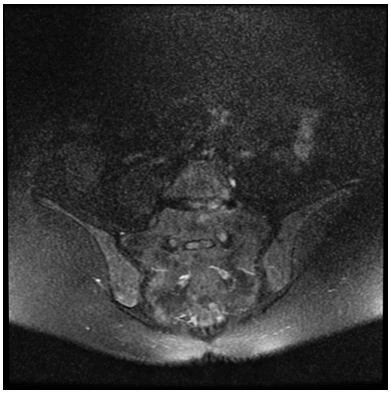
t1 kontrastlı kesit



t1 kontrastlı kesit



t2 kontrastsız yağ baskılı



PS-26 PANNICULITIS AS A MANIFESTATION OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Hasan Nasrallah, Savaş Gürsoy, Neytullah Turan, Fatih Ulu
Gazinantep üniversitesi. FTR Anabilim dalı

OBJECTIVE: Lupus panniculitis (LEP) is a rare variant of Systemic lupus erythematosus (SLE). It may occur as a separate disease or coexist with systemic or discoid lupus erythematosus. It is characterized by persistent, tender and hard nodules localised on the face, arms, abdomen, breast and buttocks. Healing of lesions is associated with scarring, lipoatrophy and rarely ulceration. Treatment of LEPdepends on disease advancement or concomitance of additional SLE symptoms.

Patients with LEP present most commonly without any or only mild signs of systemic manifestations and it can only be found in 2% of patients with SLE.LEP is usually characterized by a relapsing and remitting clinical course.

We report a case of a 35 year old female patient who was diagnosed with SLE the patient applied for the outpatient clinic with compaints of stomach pain, multi-colored tender and hard nodules in various places witihin the abdominal wall.

CASE: In January 2020 a 35 female patient who was diagnosed with SLE applied to our outpatient clinic with a complaint of stomach pain, multi-colored tender and hard nodules in various places witihin the abdominal wall for almost one month, the patient had been diagnosed with SLE at the age of 25 when she first presented to our department with symptoms of polyarthralgies, photosensitivity, Raynaud's phenomenon, malar rash, oral ulcers and digital ulceration. On investigation, blood biochemistry liver, renal function, and hemogram showed no abnormalities except leukopenia and lymhopenia. Immunological investigations showed an abnormal titer of ANA (1/640), with positivity of the follow antibodies: anti dsDNA, anti SSa and anti SSb.

The patient started on with corticosteroid at a dose of 0.5 mg/kg/day, in addition to supportive care and sun protection, with favorable evolution.

Clinical examination in January 2020 revealed a female pateint, afebrile, with normal vital signs. There were butterfly rash, oral ulcers and several tender subcutaneous erythematous nodules affecting her anterior abdominal area, (Fig. 1 Fig. 1).

Laboratory tests showed anemia (hemogloin level 8.8)a high erythrocyte sedemntation rate (45 mm) and a negative C-reactive protein Both C3 and C4 levels were depressed. Histopathology of biopsy specimens obtained from the lesion of the anterior abdominal area revealed perivascular, and dermal lymphocytic infiltration a lobular panniculits with dense infiltrates of lymphocytes and macrophages, and focal hyalinzitation of the adipocytes (Figure 2, Figure 3). After ruling out the other causes of panniculitis (particularly the cutaneous T-cell lymphoma), the diagnosis of LEP associated with a cutaneous and hematological relapse of SLE was made. We treated her with antimalarial drug and corticosteroid at the dose of 20 mg daily with resolution of the nodules leaving depressed lipoatrophic areas. This dose was tapered gradually to a maintenance level of 10 mg per day over 3 weeks.

CONCLUSION: LEP is characterized by involvement of the deep dermis and subcutaneous cellular tissue. The prevalence of LEP associated with SLE ranges from 2% to 5% This condition may appear before or after the onset of SLE.When LEP presents in combination with SLE, it seems to be that the panniculitic disease is a marker for less severe variants of SLE.It also may be associated with other autoimmune diseases, such as rheumatoid arthritis, Sjogrën syndrome, ulcerative colitis, Hashimoto's thyroiditis, immune hemolytic anemia, and immune thrombocytopenic purpura. Usually, LEP consists of tender deep subcutaneous nodules or plaques that sometimes arise in crops, involving commonly the uppers arms, shoulders, trunk, breast, face, and scalp.

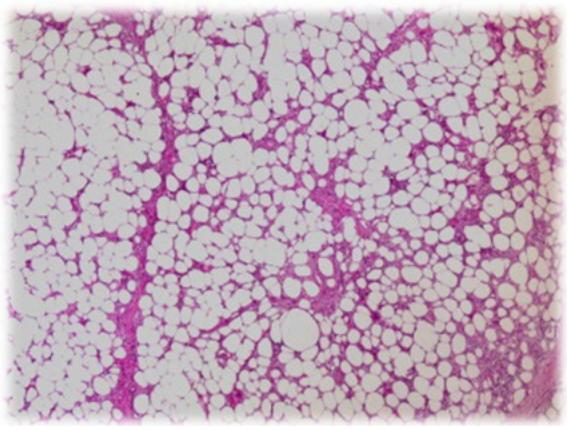
LEP involving legs, as is the case of our patient, is exceptional. It is crucial, especially if unusual body sites are involved, to rule out differential diagnosis such as subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma, deep morphea, erythema nodosum, erythema induratum of Bazin, post-steroid panniculitis, Weber–Christian disease and sarcoidosis. Histopathologic findings in LEP patients are characterized by lobular or mixed panniculitis with lymphocytic inflammatory cells of the fat lobule. Others features encompass dermoepidermal changes and lymphocytic vasculitis in the small vessels of the fat lobule. Hyaline necrosis is a hallmark of LEP. The histopathological pattern of our patient was consistent with LEP one. LEP is a chronic relapsing condition in which painful lesions may heal with significant lipoatrophy and scarring so characteristic that they allow a retrospective diagnosis. Most cases of LEP have a good prognosis.

Regarding treatment of LEP, antimalarials are the first therapy option. Corticosteroids are the second line of therapy. In refractory cases, treatment options include thalidomide, methotrexate, mycophenolate mofetil, cyclosporin and intravenous cyclophosphamide. McArdle et al. reported the use of Rituximab, which is a chimeric murine–human monoclonal antibody to CD20 that induces depletion of mature B cells in vivo, to induce skin improvement in one adult with LEP. Sunscreens are recommended in all cases.

In conclusion, LEP is a rare condition which could be misdiagnosed. Involvement of unusual body site may be the only presentation of LEP. We report the association of LEP and SLE and we highlight on the importance of ruling out the differential diagnosis especially subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma.

KEYWORDS: SLE(systemic lupus erythematosus), LEP (lupus panniculitis)

pathology



pathology



PS-27 SENKOPUN NADİR BİR SEBEBİ: TAKAYASU ARTERİTİNE SEKONDER SUBKLAVİAN ÇALMA SENDROMU

Neytullah Turan, Can Anıl, Mazlum Serdar Akaltun, Savaş Gürsoy
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

AMAÇ: Takayasu arteriti aort ve ana dallarını tutan nadir görülen bir büyük damar vaskülitidir. Nabızsızlık hastalığı olarak da adlandırılan hastalıkta damar duvarında fibrozis sonrası darlık gelişerek vasküler yetmezliğe neden olur. Dev hücreli vaskülitler içinde yer alır ve obliteratif bir arteriopatidir. Subklavian çalma sendromu proksimal subklavian arterin stenozu nedeniyle vertebral arterde geriye doğru kan akımı olmasına bağlı gelişen vertebrobaziler yetmezliktir. Bu olgumuzda senkop şikayeti olan hastada takayasu arteritine bağlı subklavian çalma sendromu vaka sunumu olacaktır.

OLGU: 57 yaşında erkek hasta kollarda ağrı ve yorgunluk şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus hastalığı mevcuttu Üç senedir ara ara sol kol ağrısı olan hastanın şikayetleri son 6 aydır artmış. Özellikle sol kolunda nadiren efor sonrası uyuşmaları ve ağrıları olduğunu belirtti. Hasta daha önce birkaç defa bayılmaları olduğunu, sık sık baş arkasında ağrısının olduğunu, işitmede azalma, baş dönmesi şikayeti olduğunu ifade etti. Rutin hemogram, kan şekeri, lipid profili, böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde anormallik saptanmadı. EKG ve akciğer grafisi normaldi. Nörolojik muayenede; bilinç açık, koopere, oryante, kranial sinirlerin muayenesi olağandı. Motor ve duyu defisiti yoktu, serebellar değerlendirme olağandı, patolojik refleks yoktu. DTR'ler normoaktifti. Yapılan muayenesinde sol kolda nabız alınamadı. Sol kol tansiyonu 80/50 sağ kol tansiyonu 130/85 saptanması üzerine bilgisayarlı tomografi anjiyo işlemi yapıldı. BT anjiyoda sol subklavian arter proksimalinde ciddi darlık, sol carotis communiste darlık, trunkus çölyakusta darlıklar saptandı. Vertebrobaziler dopplerde üst eforla vertebral arterde geriye akım saptanması üzerine takayasu arteritine sekonder subklavian çalma sendromu tanısı kondu. Kortikosteroid ve Metotreksat ve antiaggregan tedavi başlandı. Şikayetlerinde azalma olmaması üzerine Tosiliumab tedavisine başlandı. Tosilizumab ile şikayetlerinde azalma saptanması üzerine medikal tedavi ile takip önerildi

SONUÇ: Hem takayasu arteriti hem de subklavian çalma sendromu nadir görülen hastalıklardır. Subklavian çalma sendromu nadir görülmekle birlikte tanı konulmazsa ciddi morbidite ve mortalite sebebi olabilir. Olgumuzda olduğu gibi vasküler risk faktörleri bulunan ve vertebrobaziler yetmezlik belirtileri olan bireylerin subklavian çalma sendromu açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu tip olgularda fizik muayenede özellikle üst ekstremite periferik nabızları ve kan basıncı değerlerinin dikkatle değerlendirilmesi ve karotis vertebral arter renkli doppler ultrasonografinin istenmesi tanı açısından çok önemlidir.Erken tanı konması hem mortalite ve ve morbidite sıklığında azalma sağlar hem de gereksiz tetkiklere ve tedaviye bağlı maliyetleri azaltır.

ANAHTAR KELİMELER: TAKAYASU ARTERİTİ, SUBKLAVİAN ÇALMA SENDROMU

PS-28 SİSTEMİK SLEROZDA İLOPROST TEDAVİSİNİN EFOR KAPASİTESİNE ETKİSİ

Serpil Demirulus, Ali Yazıcı, Gamze Kılıç, Erhan Çapkın, Murat Karkucak
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Romatoloji BD, Trabzon

AMAÇ: Sistemik skleroz (SSk), cilt ve iç organların fibrozisi ile karakterize, bağ dokusunun sebebi bilinmeyen sistemik bir hastalığıdır. SSk'li hastalarda özellikle hastalığın ileri döneminde cilt değişikliklerinin yanında dijital ülser ya da organ tutulumuna bağlı olarak fonksiyonel kapasitede azalma ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık gözlenmektedir. İloprost, SSk hastalarında ciddi Raynaud Fenomeni (RF) ve dijital ülserlerin tedavisinde kullanılan bir prostasiklin analoğudur. Bu bildiride diffüz SSk'de iloprost tedavisinin dijital ülserlerin iyileşmesinin yanı sıra efor kapasitesi üzerine olan etkisini sunuyoruz.

OLGU: Yirmi yıldır SSk tanısı olan 61 yaşında kadın hasta el ve ayaklarda dijital ülser yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinden 5 yıl önce interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tanısı ile 11 doz siklofosfamid tedavisi aldığı ve aort kapak replasman operasyonu geçirdiği öğrenildi. Sistemik sorgulamasında artralji dışında ek şikâyeti olmayan hastanın fizik muayenesinde el ve ayak parmaklarında dijital ülserleri, otoamputasyonları, fleksiyon kontraktürleri, kalsinozis kutis ve sklerotik değişiklikleri mevcuttu (Resim 1, Resim2, Resim3)). Laboratuvar bulgularında; Hemoglobin: 11,8 g/dL, TSH: 1.61, CRP: 1,8 mg/L, ESR: 17 mm/saat, RF: <10, Anti-CCP: <17, hepatit paneli normal, TİT: Normal, Mg: 1.44, Na: 126, Ferritin: 9.3, ANA: ++++, Anti-Scl-70: +++ idi. Hastanın başvurusunda solunum fonksiyon testleri stabil olup toraks BT'de İAH'da progresyon gözlenmedi. EKO'sunda pulmoner arteriyel basıncı (PAP) normal sınırlar içerisindeydi. Hastanın dijital ülser ile ilişkili VAS-ağrı skoru 8 idi. Azatiopirin 50 mg 2x1, prednizolon 5 mg 1x1, kolşisin 2x1, furosemid gün aşırı, metoprolol 50 mg 1x1, metformin 1000 2x1 ve INR takibine göre Coumadin kullanıyordu. Hastaya dijital ülserlerine yönelik iloprost tedavisi (0,5-2ng/kg, 5 gün/4 hafta) planlanarak hospitalize edildi. Hastanın 0.haftada (infüzyon öncesi) 6 dakika yürüme testi 234 mt, ilioprost infüzyonu sonrası 4.haftada 407 mt, 8.haftada 396 mt, 12.haftada 405 mt, 16.haftada 426 mt olarak kaydedildi. 8.haftada Modifiye Rodnan deri skoru 24, 16.haftada 19 olarak değerlendirildi. Hastanın 16.hafta (5.doz) VAS-ağrı skoru:2 idi. Hastanın ilioprost infüzyonu tedavisi başlandıktan sonra dijital ülserlerinde kademeli olarak belirgin iyileşme (Resim 4), yürüme mesafesinde ve günlük aktivitelerinde iyileşme olduğu gözlendi.

SONUÇ: SSk hastalarında dijital ülserler yaşam kalitesini ve el fonksiyonlarını kısıtlamakla beraber iç organ tutulumu ve hastalık ciddiyetini gösteren önemli bir bulgudur. İloprost tedavisinin dijital ülserler üzerinde olduğu kadar, efor kapasitesi üzerinde de olumlu etkileri görülmüştür.

KAYNAKLAR:

1. Bellando-Randone, S., Bruni, C., Lepri, G. et al. Clin Rheumatol (2018) 37: 1249. https://doi.org/10.1007/s10067-018-4043-0

2. Michael Hughes, Ariane L. Herrick, Digital ulcers in systemic sclerosis, Rheumatology, Volume 56, Issue 1, January 2017, Pages 14–25, https://doi.org/10.1093/rheumatology/kew047

3. Tommaso Schioppo, Annalisa Orenti, Patrizia Boracchi, Orazio De Lucia, Antonella Murgo, Francesca Ingegnoli, Acute and chronic effects of two different intravenous iloprost regimens in systemic sclerosis: a pragmatic non-randomized trial, Rheumatology, Volume 57, Issue 8, August 2018, Pages 1408–1416, https://doi.org/10.1093/rheumatology/key113

ANAHTAR KELİMELER: dijital ülser, efor kapasitesi, iloprost, sistemik skleroz

Resim 1



Resim 2



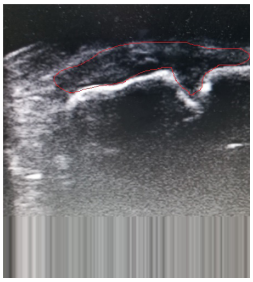
El grafisi

Resim 3



0.hafta (infüzyon öncesi)

Resim 4



16.hafta (5.doz)

PS-29 PSÖRİATİK ARTRİT TANILI HASTADA ULTRASON EŞLİĞİNDE METATARSOFALANGEAL EKLEM ENJEKSİYONU: OLGU SUNUMU

Merve Günerli, Selda Çiftçi, Beril Doğu, Jülide Öncü Alptekin, Figen Yılmaz, Banu Kuran
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Psöriatik artrit (PsA), psöriazis ile en sık ilişkili durumlardan biridir; psöriazisli hastaların yaklaşık %30'unda PsA eşzamanlı teşhis edilebilir. PsA hastalarında ilerleyici eklem hasarı, deformite gelişebileceği gösterilmiştir. Artrit genellikle cilt tutulumunun ilk belirtisini takip eden 10 yıl içinde ortaya çıkar. Artritin varlığı veya yokluğu, psöriazisli hastalarda hangi tedavinin kullanılması gerektiğini belirlemede önemli bir rol oynar.

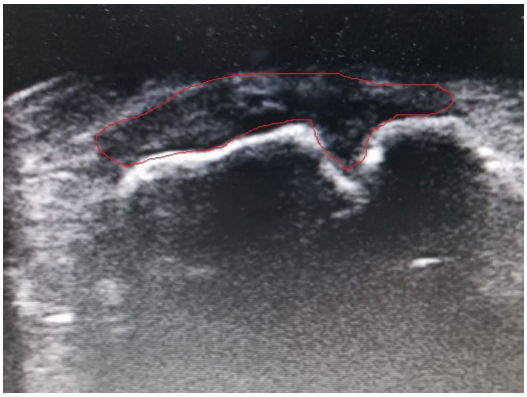
Ön ayak yapısal hasarı ve ağrısı PsA hastalarında kısıtlılık ve sakatlık sebeplerinden biri olarak yaygındır ve ultrasonun (USG) PsA şüphesi olan hastaların parmak ve ayak parmaklarında sinovyum anormalliklerini tespit etmede değerli olduğu kanıtlanmıştır. Bu olgumuzda psöriatik artrit hastasının sistemik tedavi ile gerilemeyen artrit atağına yaklaşımın sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 42 yaşında kadın hasta sol ayak başparmağında ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Bilinen 6 yıldır psöriazis tanılı daha önce metotreksat, etanercept, sertolizumab kullanımı olan hastaya 2 ay önce sekukinumab tedavisi başlanmış. Hasta el eklemlerindeki ağrılarının ve cilt semptomlarının azaldığını fakat ayak başparmağındaki ağrısının son 2 haftadır şiddetlendiğini belirtti. Hasta eklem ağrısını vizuel ağrı skalasında (VAS;0-10) 10 olarak tanımladı. Fizik muayenesinde sağ ayak başparmağı metatarsofalangeal (mtf) ekleminde şişlik, kızarıklık ve ısı artışı mevcuttu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanları sınırda yüksek, ürik asit düzeyi normal aralıktaydı. USG ile sol ayak 1.mtf ekleminde sinovyal hipertrofi, efüzyon tespit edildi ve ekleme usg eşliğinde 1 mililitre ampül betametazon uygulandı. Hasta 2 hafta sonra kontrolde eklem şişliği ve ağrılarının dramatik azaldığını (VAS:2), eklemini rahat hareket ettirebildiğini belirtti. USG incelemesinde de hastanın efüzyonunda belirgin azalma tespit edildi.

SONUÇ: 2015 EULAR kılavuzu lokal glukokortikoid enjeksiyonlarının, eklemlerde veya tendonlarda, rahatlama sağlamak için PsA'da kullanılabileceğini önermekte iken 2018 ACR kılavuzunda bu konu ele alınmamıştır. Sonuç olarak uygun hastalarda lokal enjeksiyon uygulamasının PsA tedavisinde alternatif olduğu akılda bulundurulmalıdır.

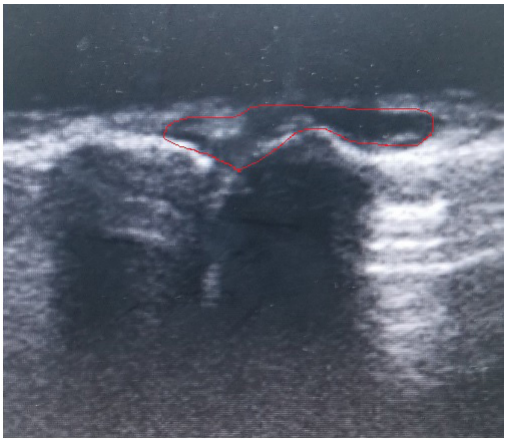
ANAHTAR KELİMELER: metatarsofalangeal ağrı, psöriatik artrit, sekukinumab, sinovit

enjeksiyon öncesi



kırmızı ile çizili alan efüzyon

enjeksiyon sonrası



kırmızı ile çizili alan efüzyon

PS-30 SJÖGREN SENDROMU VE SARKOİDOZ BİRLİKTELİĞİ

Yunus Durmaz[1], Pınar Durmaz[2], İlker İlhanlı[3], Ahmet Kıvanç Cengiz[3]
[1]*Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük*
[2]*Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Karabük*
[3]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun*

AMAÇ: Primer Sjögren sendromu, ekzokrin bezlerde lenfositik infiltrasyon ve harabiyet yaratan, kronik seyirli bir otoimmun romatizmal hastalıktır. Primer Sjögren sendromlu hastalar kuru göz ve kuru ağız kliniği verirken, sekonder Sjögren sendromu olguları ayrıca, en sık romatoid artrit olmak üzere otoimmun hastalıklara eşlik eder. Sarkoidoz, kronik, sistemik, nonkazeifiye granülom gelişimi ile karakterize inflamatuar bir hastalıktır. Halen nedeni bilinemeyen bu hastalık, en sık solunum sistemini etkiler. Sarkoidoz her yaşta ortaya çıkabilse de, en sık 20-50 yaş aralığında görülür ve tüm yaş grupları ve tüm etnik gruplar içinde kadınlar daha fazla etkilenir. Biz burada Sjögren sendromu ve Sarkoidoz birlikteliği olan bir vakamızı sunmak istedik.

OLGU: 47 yaşında kadın hasta gögüs hastalıklarınca sarkoidoz tanısı ile izleniyormuş. Eklem agrıları olması nedeniyle romatoloji bölümüne sevk edilmişti. Hastanın romatolojik öyküsünde sıkka semptomları, 2 saati aşan sabah tutukluğu ve el bilek ve parmaklarda ağrı mevcuttu. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce bilinen bir medikal yardım almamış olduğu öğrenilen hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ el bilekte artrit saptandı. SİKT -/-. Pulmoner ve kardiyak muayenesinde özellik saptanmadı.Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 4700/ µL, Hb:11,8g/dL,Plt:328.000/µL;ESR:46 mm/saat, CRP 26,80 mg/L olarak saptandı. Kalsiyum dahil biyokimya testleri ve tam idrar tetkiki normal bulundu; RF ve anti-CCP testi negatif idi. Göz hastalıklarınca değerlendirilen hastaya schirmer testi 2 mm/2mm olarak saptandı. Plaquenil kulanım onayı alındı. Çekilen eklem grafilerinde erozyon saptanmadı. Çekilen akciğer direk grafisi evre 2 sarkoidoz ile uyumlu idi. Tükrük bezi bx Chisholm-Mason skoru evre 4 ile uyumlu idi. Hastada depresif duygudurum olması üzerine psikiyatri tarafından hastaya sertralin 3x1 /gün po. tedavisi başlandı. Hastanın mevcut klinik ve labaratuvar bulguları değerlendirildiğinde Sjögren sendromu ve Sarkoidoz tanısı düşünülerek metilprednizolon 8 mg /gün hidroksiklorokin 400 mg / gün po başlandı. Tedavi sonrası hastanın artrit şikayeti geriledi.

SONUÇ: Sekonder Sjögren sendromu olguları en sık romatoid artrit olmak üzere otoimmun hastalıklara eşlik eder. Sjögren sendromu ve Sarkoidoz birlikteliği nadir bir birlikteliktir. Bu nedenle sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Sarkoidoz, Sjögren Sendromu

PS-31 TOSİLİZUMAB İLE BAŞARILI BİR ŞEKİLDE TEDAVİ EDİLEN DEV HÜCRELİ ARTERİT OLGUMUZ

Özlem Er Sağlam, İrem Mercan, Mehmet Çağlayan
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

AMAÇ: Dev hücreli arterit ya da temporal arterit büyük çaplı arterlerin kronik vaskülitidir. Genellikle ileri yaş hastalığı olup etyolojisi bilinmemektedir. Özellikle temporal bölgede yoğunlaşan baş ağrısı, görme bozuklukları, çene hareketlerinde kısıtlılık ve polimyaljia romatika sık görülen bulguları olsa da değişik bulgularla da ortaya çıkabilir. Biz 4 ay önce dev hücreli arterit tanısı alan, sol gözde görme kaybı gelişen, halsizlik kilo kaybı, çene kladikasyosu, baş ağrısı şikayetleri bulunan steroid ve metotreksat tedavisine rağmen bulguları gerilemeyen ve meotreksata ve steroide bağlı pansitopeni ve kalb yetmezliği gelişen, tocilizumab monoterapisiyle şikayetlerinde belirgin düzelme saptanan dev hücreli arterit hastamızı sunmayı amaçladık.

OLGU: Yetmiş iki yaşında erkek hasta polikliniğimize baş ağrısı, halsizlik, çene kladikasyosu, terleme ve kilo kaybı şikayetiyle başvurdu. Ayrıntılı anamnezinde 1 yıldır devam eden omuz kuşağında ağrı sabah tutukluğu baş ağrısı ve çene kladikasyosu şikayetleri mevcuttu. Dört ay önce başka bir merkeze benzer şikayetler ve sol gözde ani görme kaybı ile başvurduğunu belirtti. O dönem yapılan tetkikler sonucunda dev hücreli arterit tanısı koyulduğunu ifade eden hastanın yatışı esnasında uygulanan tedaviler sonucunda görme kaybı hariç diğer bütün şikayetlerinde kismi azalma meydana gelmiş. Bize başvurduğunda mtx 15 mg/hafta sc ve metilpredizolon 16 mg/gün kullanmakta olan hastanın yapılan fizik muayenesinde sol temporal arter sert ve hassas idi. Sol temporal arterde nabız alınamıyordu. Hastanın kliniğe yatışı yapıldı. Eritrosit sedimentasyon hızı(ESH): 22, c-reaktif protein düzeyi (CRP): 3.73(N: 0-0.5), lökosıt: 4.900, hgb: 12 RBC: 3.69, trombosit: 130.000 bulundu. RF ANA ANCA negatifti. Karaciğer fonksiyon testleri normal düzeydeydi. Benzer şikayetlere yol açabilecek hastalıklar; klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak dışlandı. Yatışı esnasında pansitopeni tablosu gelişen hastadan hematoloji görüşü alındı. Klinik tablonun mtx ile ilişkili olduğu belirtildi. Ayrıca hastamızın her iki alt ekstremitesinde yaygın gode bırakan ödem gelişti. Kardiyoloji tarafıdan kalb yetmezliği tanısı konulup steroid stoplandı. Tosilizumab monoterapi,125 mg /hafta sc başlandı ve 3 doz uygulandıktan sonra klinik ve laboratuar olarak hastada belirgin düzelme görüldü.

SONUÇ: Dev hücreli arterit tedavisinde başlıca kullanılan ilaç glukokortikoidlerdir.Tedavi süresince her iki haftada bir total dozun %10 dan fazla azaltılmaması önemli bir noktadır. Relapslar en sık kortikosteroid tedavisinden 12 ile 18 ay sonra meydana gelmektedir. Nitekim hastamızda 4 ay sonra relaps görülmüş olup mevcut steroid ve mtx tedavisine yanıtsız olması, ayrıca mevcut komorbid durumları göz önüne alındığında glukokortikoid ve mtx tedavisine devam edilememiştir. Şikeyetleri ve laboratuar bulguları tek başına verilen haftalık tosilizumab ile gerilemiştir. Dev hücreli arterit tedavisinde tosilizumab monoterapisi ile remisyon sağlanabileceğini vurgulamak için bu bildiriyi sunmayı amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Dev hücreli arterit, tosilizumab

PS-32 PİRİFORMİS SENDROMUNDA PELVİK MORFOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN YERİ

Gamze Gül Güleç, İlknur Aktaş, Feyza Ünlü Özkan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Piriformis sendromu (PS), siyatik foramenden çıkan yapıların piriformis kası altında bası altında kalmasına bağlı oluşan semptomlardan oluşan bir sendromdur (1). Hastalar genellikle gluteal bölgeden bacağa yayılan ağrıdan yakınırlar. Siyatalji bulguları eşlik edebilir (2,3).

Etyopatogenezde düşünülen bir çok faktör olmasına rağmen net olarak ortaya konamamıştır (4). Bu çalışmada amacımız PS' de pelvisin anatomik yapısının etyopatogenezdeki rolünün belirlenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: .Gözlemsel, vaka-kontrol, prospektif bu çalışmada Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine başvuran 45 olgu değerlendirildi. Örneklem büyüklüğü %80 güç ile vaka ve kontrol gruplarının her biri için 11 olarak hesaplandı. Vaka grubu olarak PS tanısı alan ve Pelvis Anteroposterior (AP) grafisi istenen hastalar, kontrol grubu olarak anamnez, fizik muayene ve görüntülemesinde gluteal bölgede patoloji saptanmayan ve diğer tıbbi nedenlerle Pelvis AP grafisi istenmiş olgular çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların bel, kalça ve sakroiliak eklem değerlendirmeleri ve nörolojik muayeneleri yapıldı. Piriformis kasının muayenesinde derin gluteal palpasyon, Fleksiyon Addüksiyon İnternal Rotasyon (FAİR), Friberg, Beatty, diz kontralateral topuk testi ve Pace belirtisi kullanıldı. USG eşliğinde yapılan lokal anestetik enjeksiyonu sonrasında Vizuel Ağrı Skalası (VAS) skorunda %50'den fazla azalma olan hastalar PS olarak kabul edildi. Pelvis AP grafi üzerinden femur boyun shaft açısı, spina iliaca posterior superior (SİPS) ve trokantör majör (TM), SİPS ve iskial tüberositaz (IT), IT ve TM arası mesafeler, infrapubik açı, sakrum ve TM arasındaki en kısa mesafe ölçülerek kayıt altına alındı ve kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Tüm hastaların pelvis AP grafileri nötral pozisyonda standart radyografik protokolle çekildi. Önceden belirlenen radyografik parametreler dijital sistemde Extreme Pacs (resim arşivleme ve iletişim sistemi) üzerinden 2 farklı çalışmacı tarafından hastaların grupları bilinmeden kör olarak ölçülüp ortalaması alındı (Resim 1). Tüm analizler SPSS v21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programında yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluk kontrolü Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. Normal dağılıma uygun olan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmaları bağımsız örneklemlerde t testi (student t test) ile yapıldı. Femur boyun-shaft açısının PS varlığını belirleme başarısını değerlendirmek için ROC (Receiver Operating Characteristic) eğrisi analizinden faydalanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 45 birey (23 hasta ve 22 kontrol) dahil edildi. Gruplar arasında yaş, boy, vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi açısından istatistiksel olarak önemli fark izlenmedi (p=0,054). Hasta grubunda femur boyun – shaft açısı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak önemli derecede düşük olarak izlendi (p<0,001). Gruplar arasında SİPS-TM mesafesi, SİPS-IT mesafesi, IT-TM mesafesi, Sakrum-TM mesafesi ve infrapubik açı açısından istatistiksel farklılık izlenmedi (Tablo 1). Yapılan ROC analizi neticesinde femur boyun-shaft açısının piriformis sendromu varlığını belirlemede 127,5 kesim noktası için (bu değerin altında kalan değerler hastalık lehine olmak üzere) 100,00% duyarlılık ve 68,20% seçicilik değerlerine sahip olduğu görüldü. Doğru sınıflama oranı 84,44% olarak bulunurken, pozitif kestirim değeri 76,67%, negatif kestirim değeri 100,00% ve ROC eğrisi altında kalan alan 0,892 (95% GA: 0,788 – 0,997) olarak saptandı (p<0,001). Hasta sayısı power analizi ile belirlendi.

SONUÇ: PS' nin etyopatogenezinde morfometrik özelliklerin etkisini araştıran bu ilk çalışmada femur boyun shaft açısının (femur inklinasyon açısının) PS olgularında kontrol grubuna kıyasla azaldığı gözlenmiştir. Proksimal femurdaki bu değişiklik PS gelişmesine yatkınlık oluşturabilir. PS'li olgularda etyopatogenez araştırılırken anatomik yatkınlık yapabilecek bu durum da göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKÇA:

1.Grgic V. Piriformis muscle syndrome: etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis and therapy. Lijec Vjesn. 2013;135(1-2):33–40.

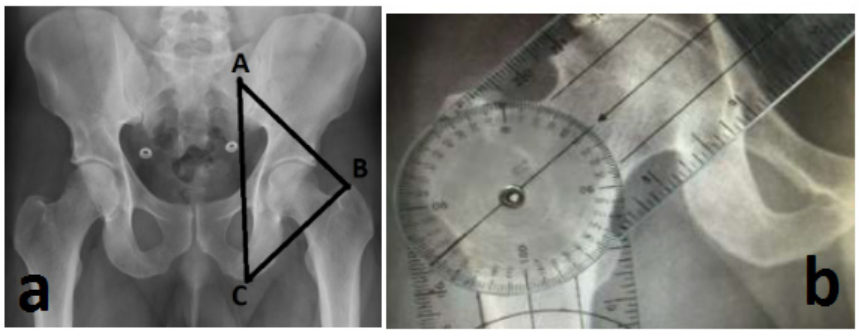
2. Pace JB, Nagle D. Piriform syndrome. West J Med 1976;124: 435–439

3. Foster MR. Piriformis syndrome. Orthopedics 2002;25: 821–825

4. Jankovic D, Peng P, van Zundert A. Brief review: piriformis syndrome: etiology, diagnosis, and management. Can J Anaesth 2013;60:1003–12.

ANAHTAR KELİMELER: piriformis sendromu, femur boyun şaft açısı, morfometri

Resim 1



Resim 1.(a) 1.Spina iliaca posterior superior (A) ile femurun büyük trokanteri arasındaki mesafe (B) (AB). 2. Femurun büyük trokanteri ile iskiyal tüberositaz arasındaki mesafe (C) (BC).3. Posterior superior iliak spine (A) ile iskiyal tüberositazın apeksi arasındaki mesafe. (b) Femur boyun şaft açısının ölçümü

Tablo1

	Grup	Ortalama	Std Sapma	Ortanca	En Küçük	En Büyük	Test İstatistiği	p değeri
Yaş	Hasta	41,65	10,30	39,00	28,00	64,00	1,984 (1)	0,054
	Kontrol	35,50	10,51	35,00	17,00	57,00		
Boy (cm)	Hasta	165,57	10,24	165,00	149,00	187,00	0,173 (1)	0,873
	Kontrol	165,09	7,95	166,00	150,00	180,00		
Vücut Ağırlığı (kg)	Hasta	70,61	16,08	67,00	53,00	105,00	-0,773 (2)	0,439
	Kontrol	65,05	9,17	64,50	52,00	85,00		
Vücut Kitle İndeksi (kg/m2)	Hasta	25,65	4,62	23,80	19,47	34,13	1,338 (1)	0,188
	Kontrol	23,97	3,74	23,02	19,13	30,84		
PSİS-TM Mesafesi (mm)	Hasta	154,74	12,86	155,00	134,00	178,00	0,066 (1)	0,948
	Kontrol	154,50	11,29	154,50	130,00	175,00		
PSİS-IT Mesafesi(mm)	Hasta	175,65	13,87	173,00	152,00	203,00	0,039 (1)	0,969
	Kontrol	175,50	12,55	176,00	138,00	196,00		
IT-TM Mesafesi (mm)	Hasta	119,83	13,72	117,00	97,00	150,00	1,119 (1)	0,269
	Kontrol	115,50	12,12	113,00	87,00	140,00		
Sakrum-TM Mesafesi (mm)	Hasta	121,09	14,76	123,00	98,00	154,00	1,104 (1)	0,276
	Kontrol	116,73	11,44	117,50	100,00	135,00		
Femur Boyun-Shaft Açısı	Hasta	119,52	4,45	120,00	110,00	127,00	-4,531 (2)	<0,001
	Kontrol	128,68	7,66	130,00	106,00	144,00		
İnfrapubik Açı	Hasta	144,09	15,79	145,00	112,00	170,00	1,049 (1)	0,300
	Kontrol	139,09	16,17	137,50	100,00	175,00		

Gruplara göre demografik özellikler ve elde edilen ölçümler (1) Bağımsız örneklemlerde t testi sonucu (2) Mann Whitney U testi sonucu

PS-33 ROMATOİD ARTRİT VE PRİMER BİLİYER SİROZ BİRLİKTELİĞİNDE OLUŞAN EKLEM DESTRÜKSİYONU: OLGU SUNUMU

Aylin Ayyıldız, Beril Doğu, Zehra Pala, Figen Yılmaz, Banu Kuran
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM

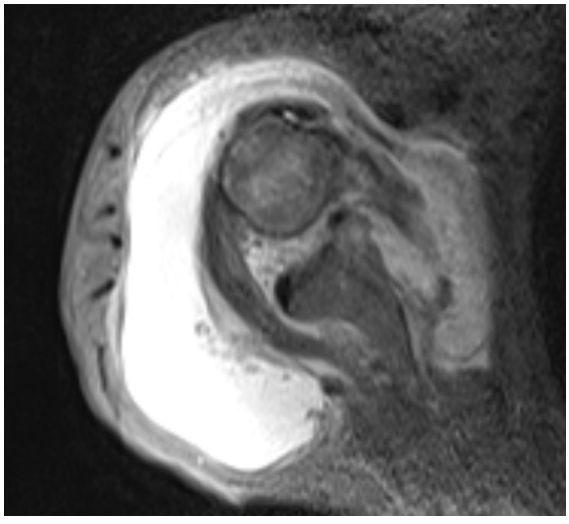
AMAÇ: Romatoid artrit (RA) başlıca diartrodial eklemlerin kronik inflamasyonu ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Sinovit, eklem erozyonları ve fonksiyonel bozukluk hastalığın temel bulgularıdır. RA'da sinovite bağlı olarak eklem hasarı ortaya çıkar. Primer biliyer siroz (PBS), ağırlıklı olarak 20 yaş üzeri kadınlarda görülen, otoimmün bir karaciğer hastalığıdır. Primer biliyer sirozu bulunan hastalarda da asit ve plevral efüzyon mevcudiyeti gibi 3. boşluklardan biri olan eklem aralığında da sıvı birikimi görülebilmekte ve bu da ilerleyen dönemlerde tedavi edilmezse eklem yapısında destrüksiyonlara neden olabilmektedir. Oluş mekanizması olarak hipoalbüminemi sonucu azalmış kolloid osmotik basınç söylenebilir. Biz RA ve primer biliyer siroz birlikteliği olan hastada oluşan omuz eklemi destrüksiyonunu vurgulamayı amaçladık.

OLGU: Bilinen PBS, kronik böbrek yetmezliği ve RA nedeniyle takipli 85 yaşında kadın hasta sağ omuz ağrısı ve omuzun arkasında şişlik nedeniyle SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM FTR polikliniğine başvurdu. RA tanısı ile ilaç kullanmayan hastanın yapılan omuz muayenesinde glenohumeral eklem posteriorunda ele gelen yaklaşık 7x10 cm boyutlarında bir kitle mevcuttu. Eklem hareket açıklığı pasif ve aktif sınırda kısıtlı, Hawkins ve Neer testleri pozitif, Speed ve Yergeson testleri negatifti. Servikal eklem hareket açıklığında belirgin kısıtlılık saptanmadı. Lhermitte ve Spurling testleri negatifti. Hastanın her 2 elinde romatoid artrite ait el deformiteleri mevcut; metakarpofalanjeal ve proksimal eklem tutulumu ve Boutonniere deformiteleri mevcuttu. Hastanın yapılan sistemik muayenesinde batında yaygın asit ve dinlemekle akciğer seslerinde bazallerinde bilateral krepitan raller mevcuttu. Hastanın sağ omuz Magnetik Rezonans Görüntülemesi (MRG) yapıldı. (Resim 1 ve 2). MRG raporu "Omuz ekleminde deformasyon glenohumeral eklem mesafesinde anterior subluksasyon mevcut olup, eklem yüzlerinde lizis izlenmektedir. Supraspinatus tendonunda rüptür, İnfraspinatus ve Subskapularis tendonlarında kronik yırtık izlenmiştir. Glenohumeral eklem aralığında yaygın efüzyon mevcut. Biceps tendonu ise yerinde izlenememektedir. İlk planda kronik romatoid artritin destrüktif kronik sinoviti lehine değerlendirildi. Nöropatik artrit ve şarko eklemi de ayrıca görünüm olarak tabloya eşlik etmektedir. " idi. Glenohumeral eklemde bulunan yaygın efüzyon hem kronik romatoid artritin destrüktif sekeli hem de siroza bağlı plevral efüzyon ve asit gibi 3. Boşluklara sıvı kaçışına bağlanmıştır. Hastanın efüzyonu aspire edilip, ilaç düzenlemesi yapıldıktan sonra hasta total eklem protezi açısından ortopediye yönlendirildi.

SONUÇ: RA'da eklemlerde efüzyon görülebilir; lakin Primer biliyer sirozun varlığında efüzyonda artış daha belirgin görülür. Hastamızın ayrıca RA tanısı mevcut idi ve hasta uzun dönem tedavisiz kalmış ve destrüksiyonlar oluşmuştu. Omuzda oluşan bu Charcot eklemi görünümü de bu destrüksiyonlar nedeniyleydi. PBS de otoimmün bir hastalık olup, RA ile bereber görülebilmektedir. PBS tek başına siroz nedeniyle eklemlerde destrüksiyona neden olabileceği gibi beraberinde RA varlığı ile bu destrüksiyonlar daha ağır ve belirgin deformitelere neden olabilir. Bu vakamız ile PBS ve RA bilrlikteliği ile oluşan ileri derecede eklem destrüksiyonu vurgulamak istedik.

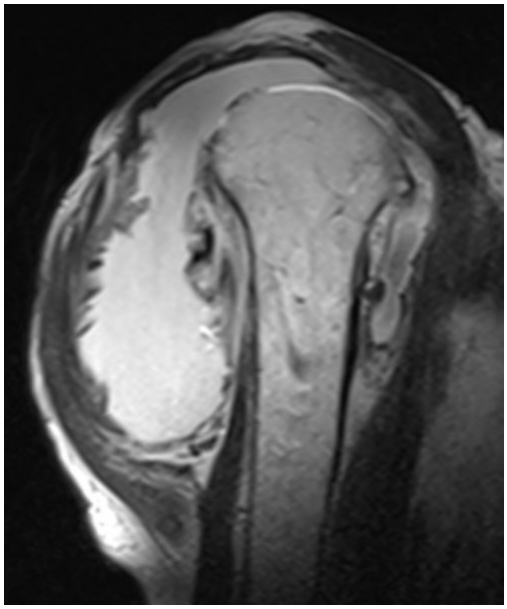
ANAHTAR KELİMELER: Eklem Efüzyonu, Primer Biliyer Siroz, Romatoid artrit

Omuz magnetik rezonans görüntüleme aksial kesit



Omuz magnetik rezonans görüntüleme aksial kesit

Omuz magnetik rezonans görüntüleme koronal kesit



Omuz magnetik rezonans görüntüleme koronal kesit

PS-34 ANKİLOZAN SPONDİLİT'Lİ HASTANIN UZUN SÜRE REKTAL YOLLA KULLANDIĞI İNDOMETAZİN FEKAL İNKONTİNANS NEDENİ OLABİLİR Mİ?

Deniz Dülgeroğlu Erdoğdu, Buse Ercan, Emel Ekşioğlu, Yasemin Tombak, Ajda Bal
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Ankara

AMAÇ: Fekal inkontinansı, katı veya sıvı dışkının istemsiz çıkarılması olarak tanımlanır. Kontinans kaybı, anal sfinkterlerin işlev bozukluğu, anormal rektal uyum, azalmış rektal his, değişmiş dışkı kıvamı veya bu anormalliklerin herhangi bir kombinasyonundan kaynaklanabilir. Etiyolojide: anal sfinkter zayıflığı (travma, laserasyon), rectal hissin algılanmasında azalma (Spinal Kord Yaralanması gibi), rectal kompliansın azalması, taşma, idiopatik olabilir. Literatürde Kauda Equina gelişen Ankilozan Spondilit'li (AS) tek bir vakadan bahsedilmektedir. Anti-TNFler ile, indometazin'in rectal yolla kullanımıyla ilişkili bildirilen vakaya rastlanmamıştır. Bu sunumda, AS tanısıyla takipli, anti-TNF ilaçlar verilen, öyküde İndometazin'in rectal yolla uzun sure kullanım öyküsü olani, 1.5 yıldır katı ve gaz fekal inkontinans yakınması olan hastamızda, neden olabilecek anal sfinkterin mekanik irritasyonuna dikkat çekilmiştir.

OLGU: Bİ, 48 yaşında erkek hasta. 34 yıldır AS tanılı, HLAB27+, obez, bilinen nörolojik bir hastalığı yok. diğer aile bireylerinde de AS öyküsü mevcut. Fekal inkontinans şikayeti var. Sırasıyla Adalimumab, İnfliksimab, Etanercept switch yapıldı, 25 yıldır Salazopyrin 1500mg/gün, 6 yılı 100 mg supozituvar form olmak üzere, 25 yıldır 50mg/gün İndometazin kullanmaktadır. Muayenesinde oksiput-duvar mesafesi 15cm, zemin-el parmak ucu 25cm, lomber EHA kısıtlı, ağrılı, solda FABER/FADIR+, BASDAİ:3.2. Anal dijital muayene doğal, prolapsus, fissür, hemoroid izlenmedi, alt ekstremitede nörolojik defisit saptanmadı. Gastroenteroloji konsültasyonu istendi, kolonoskopide patoloji saptanmadı, Anal monometride tip 3 dissinerjik patern raporlandı. Zayıflaması, diyet değişikliği, pelvik taban kaslarını güçlendirici Kegel egzersizleri önerildi.

SONUÇ: Anorektal manometri ile fonksiyonel sfinkter zayıflığı teşhis edebilir. Azalmış dinlenme basıncı, izole anal iç sfinkter disfonksiyonunu gösterirken, azalmış sıkma basıncı, izole anal dış sfinkter disfonksiyonunu gösterir. Hastamızda defekasyonda yeterli çıkış olduğu, ancak hemen sonrasında iç çamaşırında lekelenme şeklinde katı, gaz kaçak olması manometri sonucu ile uyumludur. İndometazin'in supozituvar formunun nadir görülen ve insidansı tam olarak bilinmeyen yan etkileri arasında; sık dışkılama isteği, rektal kanama, yanma, kuruluk, kaşıntı veya ağrı sayılmaktadır. İlacın rektal yolla, 6 yıl boyunca her akşam uygulanması sırasında anal sfinkterde yaralanma ortaya çıkmış olabileceğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan Spondilit, Fecal İnkontinans, İndometazin, Rektal Yol

PS-35 LATERAL EPICONDYLITIS IN STUDENTS OF A MEDICAL FACULTY

Fazıl Kulaklı[1], İlker Fatih Sarı[1], Fatma Çolak[2], Emine Çağla Uzman[2], Elmas Yılmaz[2], Nur Simge Kökleş[2], Salih Ünal[1], Canan Çelik[1]
[1]*Giresun University Medical Faculty Department of Physical Medicine and Rehabilitation*
[2]*Giresun University Medical Faculty*

OBJECTIVE: Main objective of the study is detecting the relationship between lateral epicondylitis and being a student in a medical faculty.

MATERIALS-METHODS: The study was designed as a cross-sectional study. Randomly selected 140 participants among students of our medical faculty were evaluated and 121 participants were included the study. We created a questionnaire form and sociodemographic characteristics, duration of study, term of studentship, average of success, study methods, regular lesson studying and regular sports doing were questioned. Lateral epicondylitis was diagnosed with pain on the lateral epicondyle during daily work, sensation and pain on lateral epicondyle with palpation on physical examination and pain on lateral epicondyle during resistant hand dorsiflexion and confirmed with. Mill's and Maudley's tests.

RESULTS: Seventeen participants were diagnosed with lateral epicondylitis. Patients with lateral epicondylitis were significantly higher female gender than participants without lateral epicondylitis. Clinical students (4-5 and 6th grade students), regular lesson studying and working with writing groups were statistically significantly higher rate of lateral epicondylitis.

CONCLUSION: We think that lateral epicondylitis may be observed more frequently in medical students compared to the normal population because of exposing more repetetive hand activities. Accordingly; considering the possibility of loss of workforce and success, medical students need to raise awareness about this issue.

KEYWORDS: lateral epicondylitis, student, medical faculty

PS-36 SIRT AĞRISININ NADİR NEDENİ OLARAK PNÖMOTORAKS: İKİ OLGU SUNUMU

Ayşe Bahşi
Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Gaziantep

GİRİŞ: Pnömotoraks, plevral boşlukta hava varlığı olarak tanımlanır. Pnömotoraks spontan, travmatik ve iatrojenik olmak üzere 3 temel grupta incelenmektedir. Hastalarda çoğunlukla aynı tarafta plöritik tipte göğüs ağrısı veya akut dispne bulunur. Göğüs ağrısı çok yüzeysel olabileceği gibi keskin bir ağrı tarzında da olabilir.

AMAÇ: Bu çalışmada Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğine sırt ağrısı şikâyeti ile başvuran, spontan pnömotoraks ve travmatik pnömotoraks tanısı konulan iki olgu sunmak amaçlanmıştır.

OLGU 1: Sigara içme öyküsü bulunmayan 16 yaşında erkek hasta, ağırlık kaldırma ile birlikte ani başlangıçlı sırt ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Ağrı öne eğilmekle artıyordu. Ağrıya nefes darlığı eşlik etmiyordu ancak derin nefes almakla ağrıda artış oluyordu. Hastanın yapılan muayenesinde lomber ve torakal eklem hareket açıklığı tamdı, lomber fleksiyonda ağrıda artma mevcuttu, paravertebral kas spazmı yoktu, palpasyonla torakal ve lomber vertebralarda hassasiyeti yoktu, üst ve alt ekstremitede kas gücü tamdı. Valsalva manevrası ile hastanın ağrısında artma olması nedeniyle hastaya vibrasyon torasik testi yapıldı. Hastanın sağ akciğerinde vibrasyon torasik testinde azalma olduğu tespit edilince akciğer patolojilerinin sırt ağrısı yapabileceği düşünülüp hastaya PA akciğer grafisi çekildi. Grafide sağ akciğerde pnömotoraks tespit edildi. Hasta göğüs cerrahisine yönlendirildi. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi uygulandı.

OLGU 2: 3 paket-yıl sigara içme öyküsü olan 22 yaşında erkek hasta 2 gün önce araç içi trafik kazası sonrası başlayan, bıçak saplanır tarzda sırt ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Hasta kaza sonrası acil servise başvurmadığını belirtti. Hastada ateş, öksürük veya nefes darlığı yoktu. Derin nefes almakla ağrıda artma tarif ediyordu. Hastanın yapılan muayenesinde lomber ve torakal eklem hareket açıklığı tamdı, paravertebral kas spazmı yoktu, palpasyonla torakal ve lomber vertebralarda hassasiyeti yoktu, üst ve alt ekstremitede kas gücü tamdı. Hastanın sağ akciğerinde vibrasyon torasik testinde azalma olduğu saptandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömotoraks varlığı saptandı. Hasta göğüs cerrahisine yönlendirildi. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi uygulandı.

SONUÇ: Pnömotoraks, gençlerde bening seyirli ancak nefes darlığı ve hemodinamik instabilite durumunda ölümcül olabilen bir antitedir. Belirgin nefes darlığı olmayan ve sırt ağrısı olan vakalar Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvurabilirler. Bu nedenle sırt ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda pnömotoraks da göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Pnömotoraks, Sırt ağrısı

PS-37 KORTİKOSTEROİD MİYOPATİSİ KLİNİĞİNİ TAKLİT EDEN ERİŞKİN STİLL HASTALIĞI OLGUSU

Sevil Karagül
İstanbul Gedik Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul /Medicana Çamlıca Hastanesi

AMAÇ: Erişkin Still hastalığı (ESH), yüksek ateş, geçici deri döküntüsü, artrit ve birçok organ tutulumu ile seyreden, nadir görülen sistemik inflamatuar bir hastalıktır. Artrit, genellikle oligo veya poliartiküler seyreder ve 1 saati geçen sabah tutukluğu vardır. Genellikle hem küçük hem de büyük eklemler aynı anda tutulur, simetrik ve gezici olmayan karakterdedir. Miyalji, eklem ağrılarına eşlik etse de inflamatuar miyozit oldukça nadir görülür. Kortikosteroid miyopatisinde ise, ilaca bağlı en sık miyopati nedenidir. Alt ve üst ekstremite proksimal kaslarında ve servikal flexör kaslarında güçsüzlük meydana gelir. Çalışmamda akut allerjik astım atağı sonucu kortikosteroid kullanan hastada meydana gelen proksimal kaslardaki güçsüzlüğün sebebi olan erişkin stil hastalığı olgusunu sunmaktayım.

OLGU: 41 yaşındaki kadın hasta kliniğimize proksimal kas güçsüzlüğü,atralji şikayeti ile başvurdu. Yaklaşık 2 hafta önce hastaya akut astım atağı nedeniyle 40mg/gün metilprednizolon başlandığı, bu tedavinin doz azaltılarak 10 güne kadar devam edildiği öğrenildi. Hastanın mevcut kan tablosunda Kreatin kinaz(150mcg) enzimi yüksekliği dışında Sedimentasyon(20mm/h) ve C-reaktif protein(5mg/dl) değerleri sınırda idi. Hastaya kas güçlendirme egzersizlerini içeren ev programı verilerek ilaca bağlı durum oluştuğu zamanla bu tablonun gerileyeceği bilgisi verildi. 1 hafta sonra kontrole gelen hastanın Sedimentasyon(45mm/h) ve C-reaktif protein(78mg/dl) değerlerinde yükselme ve lökositoz(14.500mcl) izlendi. Ateş öyküsü olmayan hastanın klinik tablosuna ekstemite proksimallerinde ve gövdede pembe renkli maküler döküntüler eklendiği gözlendi. Hastanın yatışı yapılarak takip edildi. 3 gün sonra 39.5 C ateş birkaç kez takiplerde izlendi. Sedimantasyon(65mm/h), lökosit(15.100mcl) C- reaktif protein(83mg/dl) yüksekliği devam eden hastanın eklemlerinde atralji, cilt döküntüsü tablosunun da olması sebebiyle tanı gözden geçirildi. Erişkin Still hastalığı ön tanısıyla indometazin (75mg /gün) ve hidroksiklorokin (400mg/gün) tedavisi başlandı. 3 gün ve 1 haftalık kontroller sonucunda hastanın klinik tablosunda gerileme, sedimentasyon(32mm/h), lökosit(11.000mcl) ve C-Reaktif Protein(21mg/dl) değerlerinde azalma gözlendi. 1 ay sonraki kontrollerde kan değerleri tamamen normal olarak izlenen hastanın indometazin tedavisi kesilerek hidroksiklorokin(400mg/gün) tedavisine 12 ay devam edilmesi planlandı.

SONUÇ: Kortikosteroid tedavisi sonrasında meydana gelen proksimal kas güçsüzlüğü ve atralji semptomlarının ayırıcı tanısında kortikosteroid miyopatisi yanında mutlaka diğer romatizmal hastalıkların akılda tutulması oldukça önemlidir. Sonradan tabloya eklenen ateş ve döküntülerin sebebi olarak Erişkin Still hastalığı olasılığı dışlanmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Erişkin Still hastalığı, kortikosteroid miyopatisi

PS-38 AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ OLGUSUNDA KOLŞİSİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN PERİFERİK NÖROPATİ

Sevilay Batıbay, Rezan Koçak Ulucaköy, Baki Özdemir, Hande Orhan, Zafer Günendi, Feride Nur Göğüş
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Kliniği, Ankara

AMAÇ: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) tekrarlayan serözit atakları ve ateşle seyreden otoinflamatuar bir hastalık olup, temel tedavisi kolşisindir. Kolşisin kullanımında en sık görülen yan etkiler; bulantı, ishal ve daha nadir olarak lökopeni, trombositopeni, karaciğer enzimlerinde yükselmedir. Nöropati ve miyopati ise genellikle ilacın çok yüksek dozlarda alınması sonucu bildirilen sorunlar olup günlük uygulamada pek görülmemektedir. Biz burada kolşisin kullanımına bağlı bilateral düşük ayak gelişen olgumuzu sunmayı planladık.

OLGU: On sekiz yaşında erkek hasta, 7 yıldır FMF ile takipli olup kolşisin 1 mg/gün kullanmaktaydı. M694V heterozigot mutasyonu mevcuttu. 1 aydır her iki ayak tabanında uyuşukluk, yanma ve yürümede zorluk şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Manuel olarak yapılan kas gücü değerlendirmesinde; bilateral ayak bileği dorsifleksiyonu 3/5, baş parmak ekstansiyonu 2/5, plantar fleksiyonu 2/5 olup, duyu muayenesinde ayaklarda çorap tarzı dizestezi, hipoestezi mevcuttu, derin tendon refleksleri alınamadı. Diğer sistem muayenelerinde ise özellik saptanmadı. Laboratuar incelemesinde; kreatinin 0,66 mg/dl, ALT 19 U/L, AST 19 U/L, CK 120 U/L, 24 saatlik idrarda protein 100 mg/gün idi. Hemogram, hormon analizi, tam idrar tetkiki, akut faz reaktanları ve diğer biyokimyasal incelemeleri normal sınırlardaydı. Lomber Manyetik Rezonans Görüntülemede patoloji saptanmadı. Elektrofizyolojik değerlendirmesinde yaygın sensorimotor tipte periferik nöropati tespit edildi. Vaskülit ekartasyonu açısından yapılan ayrıntılı romatolojik ve sistemik sorgulamada herhangi bir özellik olmayıp, Toraks Bilgisayarlı Tomografi, Abdominal Ultrasonografi çalışmaları normal ve serolojik testleri negatif saptandı. Kolşisin dışında kullandığı bir ilaç olmayıp ailede nöropati öyküsü de yoktu. Tablonun kolşisin kullanımına bağlı geliştiği düşünülerek kolşisin tedavisi kesilip, anti IL-1 tedavisine geçildi. Rehabilitasyon programına alınan hastanın bir ay sonraki kontrol muayenesinde bilateral ayak bileği dorsifleksiyonu 4/5, baş parmak ekstansiyonu 3/5, plantar fleksiyonları ise 3/5 olup kısmi düzelme izlendi.

SONUÇ: Kolşisin terapotik aralığı dar bir ilaç olup, yüksek dozda kullanımında, karaciğer ve böbrek yetmezliği olan olgularda ya da beraberinde CYP 3A4 enzimi ile metabolize edilen ilaçlar ile kullanıldığında toksisite riski artmaktadır. Literatürde terapotik dozlarda kullanılmasına rağmen doz aşımında gözlenen toksik bulguların ortaya çıktığı vakalar bildirilmiştir. Bizim olgumuzda toksisiteye neden olacak risk faktörü bulunmadığı halde periferik nöropati saptanmıştır. Kolşisin nöropatisinin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte mikrotübül polimerizasyonunu inhibe ederek, aksonlarda defektif aksonal tranporta yol açması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu vaka ile kolşisine bağlı toksisitenin erken tanısının, nöromiyopatinin geri dönüşünün sağlanabilmesi açısından önemli olduğunu ve kolşisin tedavisini sonlandırmak gerektiğini hatırlatmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), kolşisin, nöropati

PS-39 ROMATOİD ARTRİT VE OSTEOGENEZİS İMPERFEKTA BİRLİKTELİĞİ

Yunus Durmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2], İlker Ilhanlı[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: Romatoid artrit simetrik, poliartiküler, kronik, sistemik, inflamatuar bir hastalıktır. Osteogenezis imperfekta (OI) anormal tip I kollajen üretimi ile karakterize, Brittle Bones, Fragilitas Ossium, Osteopsathyrosis ve Lobstein's Sendromu gibi isimlerle de bilinen otozomal kalıtımlı bağ dokusu hastalığıdır. Temel lezyon endokondriyal kemiğin normal ossifikasyonunun kaybıdır. Bu durum aşırı kırılgan kemiklerle sonuçlanır. Biz burada akut başlangıçlı romatoid artrit ve osteogenezis imperfekta birlikteliğini sunmak istedik.

OLGU: Daha önce OI tanısı almış olan onsekiz yaşındaki kadın hasta, el küçük eklemlerinde ve sol diz ekleminde şişlik gelişmesi üzerine romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Hastanın romatolojik değerlendirilmesinde artrit dışında sabah tutukluğu 1 saatin üzerinde idi. Bu yakınmaları yaklaşık 2 aydır mevcut hastanın soygeçmişinde tanı almış bir romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde sağ el 2,3,4 MKF ve PİF eklemlerinde ayrıca sol diz ekleminde artrit mevcut idi. Hastanın bilateral mavi sklerası vardı. Laboratuar testlerinde: Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 4580/ µL, Hb:9,5g/dL, Plt: 350.000/µL; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 46 mm/saat, CRP 29,48 mg/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normal bulundu. Biyokimya testleri, ANA, SS-A,SS-B, salmonella, brusella testleri negatif RF, ve anti-CCP testleri pozitif saptandı. Hastaya metotroksate 1x15 mg/ hafta ve folik asit 10 mg /hafta po. tedavisi başlandı. Takibinin 3 ayındaki muayenesinde artrit şikayeti gerilemişti.

SONUÇ: OI'nın yaygın kabul görmüş 4 tipi bulunmaktadır. Tip I en yaygın görülen tip olup uzun kemiklerde kırıklar ve iyileşme döneminde hafif deformiteler gelişir. Tip II (perinatal ölüm) yenidoğan döneminde çok sayıda ağır deformitelerle seyreder ve yaşamla bağdaşmaz. Tip III ve Tip IV'de ise OI'nın ağır deformiteler, kısa boy ve kifoskolyoz ile tanımlanan formlarıdır. OI iskelet sistemi tutulumu yanı sıra hiperhidrozis, mavi sklera, işitme kaybı, bozuk diş yapısı, trombosit disfonksiyonu, eklem gevşekliği ve deride incelme gibi bir çok sistem tutulumunun eşlik ettiği bir sendromdur. Bizim hastamızda tekrarlayan kırıklar, boy kısalığı ve mavi sklera mevcuttu. bu semptomlar olduğunda aklımıza ilk planda OI tanısı gelmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Osteogenezis İmperfekta, Romatoid Artrit

PS-40 ORBİTAL PSÖDOTÜMÖR VE KRONİK SİNÜZİT İLE BAŞVURAN GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS OLGUSU

Ayça Ayşe Aytekin[1], Ersel Turan[2], Hatice Deniz İlhan[3], 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*
[3]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya*

GİRİŞ: Granülomatöz polianjitis (GPA) sıklıkla üst solunum yolları, alt sonum yolları ve böbrekte tutulum yapan; nekrotizan granülomatöz inflamasyon ile karakterize; anti-nötrofil stoplazmik antikor (ANCA) ilişkili bir küçük damar vaskülitidir. Hemen her organ ve sistemi etkileyebilen GPA'da nazal kavite ve paranazal sinüslerde %80-100 oranında, okuler ve orbital yapılarda %50-60 oranında tutulum görülebilmektedir. Her iki bölgenin tutulumu da hastalığın hem sınırlı hem sistemik tipinde görülebilir. Bazen hastalığın ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilir veya sınırlı tutulumlarda hastalığa ait tek bulgu olabilir. Özellikle orbital GPA ciddi morbiditeye neden olabilir. Tam görme kaybına ve kalıcı yüz deformitelerine yol açabilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavisi önemlidir. Görüntüleme ve laboratuar bulguları tanıya yardımcı olabilir. Ancak tanıyı doğrulamak için biyopsi gereklidir. Biz de bu olgu sunumunda tek taraflı orbital kitle ve kronik sinüzit ile başvurarak GPA tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU: 43 yaşında Kırgız asıllı kadın hasta; romatoloji polikliniğine ilk başvurusunda, sol göz kapağında şişliğe yönelik istenen tomografide saptanan orbital kitle ve tedaviye dirençli kronik sinüzit nedeniyle vaskülit ve benzeri hastalıklar açısından değerlendirilmesi için yönlendirildi. Hastanın anamnezinde yaklaşık 3 yıldır gözünde kızarıklık, şişlik ve ağrı; kronik kanlı nazal deşarj nedeniyle yurt dışında birçok kez operasyon geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde sol üst palpebral bölgede kızarıklık, şişlik, hassasiyet; ekzoftalmus; semer burun deformitesi ile uyumlu görünüm saptandı. Romatolojik sistem sorgulamasında anlamlı bulgu saptanmadı. Ayrıca göz hastalıkları bölümünce değerlendirilen hastanın görme kaybı bulgusunun olmadığı; optik koherens tomografi sonucunda patoloji saptanmadığı öğrenildi. Orbital tomografisinde sol orbita süperolateral kesiminde subperiostal alanda globa uzanım gösterip inferiora deplese eden kitle lezyonu izlendi. Ayrıca kronik dakriosistit ile uyumlu olduğu düşünülen sol lakrimal kese lokalizasyonunda 16x15 mm boyutlarında yumuşak doku dansitesi ve preseptal yumuşak dokuda kalınlık ve dansite artışı izlendi. Paranazal sinüs için yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tetkikinde sol maksiller sinüs, ethmoid ve sfenoid sinüste, frontal sinüsün sol kesimde yaygın mukozal kalınlaşma ve sıvı intensiteleri; maksiller sinüs medial duvarında defektif görünümler izlendi. Kronik sinüzite yönelik yapılan cerrrahi işlemde benzer şekilde yaygın fibrotik inflame doku saptandı. Anterior orbitotomi ile sol gözdeki kitle eksize edildi, lakrimal bezden biyopsi alındı. Alınan örneklerin patolojik incelemesi sonucu kronik yangılı granülasyon dokusu saptandı; histokimyasal boyamalar ile mikroorganizma izlenmedi; immünohistokimyasal incelemelerde Lambda, Kappa, CD3, CD20, CD34 ile atipik gelişim saptanmadı. Kronik fungal sinüzit ve bu diğer enfeksiyöz patolojiler açısından değerlendirilen hastanın serum aspergillus antijeni negatif saptandı; alınan nazal sekresyon kültürlerinde üreme olmadı. Hastadan istenen ANCA tetkikinde IFA paterni c-ANCA 1/ 32 + formalin dirençli saptandı. Hastanın GPA ile ilişkili diğer sistemik tutulum ile ilgili incelemelerinde anlamlı bulgu saptanmadı. Hasta mevcut bulgularla GPA ile uyumlu kabul edildi. 5 gün 100 mg intravenöz metilprednizolon uygulaması sonrasında 1 mg /kg oral metilprednizolon ile taburcu edildi. 1 aylık tedavi sonrasında hastanın gözündeki kızarıklık, şişlik ve ağrı bulguları geriledi. Metilprednizolon dozu azaltıldı ve tedaviye oral metotreksat 15 mg/ hafta eklendi. Kontrolünde orbital ve paranazal sinüs MRI ile orbital kitle lezyonu ve kronik sinüzit bulgularında gerileme olup olmadığını değerlendirmek için görüntüleme yapılması planlandı.

SONUÇ: GPA'da alt solunum yolları ve böbrek tutulumu sık görülmekle birlikte diğer tutulumlara eşlik eden şekilde veya bazen tek başına üst solunum yolları ve gözde de tutulum olabilmektedir. Bu yüzden orbital psödotümör ve kronik tedaviye dirençli sinüzit gibi durumlarda enfeksiyöz ve malign patolojilerin yanında GPA gibi inflamatuar romatizmal hastalıklar da akılda bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: granülomatöz polianjitis, orbital psödotümör, kronik sinüzit

PS-41 ANA POZİTİFLİĞİ YAPAN NADİR BİR NEDEN

Yunus Durmaz[1], Pınar Durmaz[2], İlker Ilhanlı[3], Ahmet Kıvanç Cengiz[3]
[1]*Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük*
[2]*Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Karabük*
[3]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun*

AMAÇ: Otoimmün romatolojik hastalıklarda ANA testi çoğunlukla pozitiftir, ancak ANA pozitifliği tanısal değildir ve test klinik bulgularla birlikte değerlendirilmelidir. Sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, romatoid artrit, sistemik skleroz, iltihabi kas hastalıkları ve miks bağ dokusu hastalıkları gibi romatolojik hastalıklar, otoimmün tiroid hastalığı ve karaciğer hastalığı, kronik enfeksiyonlar, kanserler ve prokainamid, fenitoin, hidralazin, TNF-α blokerleri ve interferonlar gibi ilaçlar ANA testinde pozitif sonuç vermektedir. Biz burada ANA pozitifliği yapan nadir bir neden olan meme silikon cerrahisi sonrası ANA pozitifliği gelişen bir hastamızı sunmak istedik.

OLGU: 28 yaşında kadın hasta eklem şişlikleri nedeniyle başvurduğu aile hekimi tarafından istenen ANA testi 1/160 pozitif gelmesi üzerine romatolojik değerlendirme açısından romatoloji bölümüne sevk edilmişti. Hastanın romatolojik öyküsünde kollagen doku hastalığını düşündüren bir klinik öyküsü mevcut değildi. Hastanın özgeçmişinde sigara alkol kullanımı mevcut değildi. Hastada mevcut olan fibromyaljik yakınmalar için için psikiyatrik değerlendirilmesi yapıldı. Hastaya BDT tedavisi önerildi. Meme silikon cerrahisi dışında herhangi bir cerrahi öyküsü mevcut değildi. Hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde lokomotor sistem muyanesinde FMS noktaları hassasiyeti dışında normal saptandı. Pulmoner ve kardiyak sistem muayenelerinde özellik saptanmadı. Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 5500/ µL, Hb:11,8g/dL,Plt: 450.000/µL;ESR:18 mm/saat, CRP 0,18 mg/L olarak saptandı. Biyokimya testleri, karaciğer enzimleri,troid testleri ve troid oto antikorları ve tam idrar tetkiki normal bulundu. RF, anti-CCP testi, ENA profili negatif saptandı idi. Hastanın mevcut klinik ve labaratuvar bulguları değerlendirildiğinde ön planda romatolojik bir hadise düşünülmedi. Mevcut ANA pozitfliği geçirilmiş meme cerrahisine bağlı olduğu düşünüldü. Hasta medikal tedavi başlanmaksızın klinik ve labaratuvar takibe alındı.

SONUÇ: ANA testi otoimmün romatolojik hastalıklarda sıklıkla pozitif saptansa da tanısal değildir ve test klinik bulgularla birlikte değerlendirilmelidir. Romatolojik hadiseler dışında otoimmün tiroid hastalığı ve karaciğer hastalığı, kronik enfeksiyonlar, kanserler ve kullanılan ilaçlara baglı olarakta ANA testinde pozitif sonuçlar görülebilir. Bizim vakamızda; ANA pozitifliği yapan nadir bir neden olan meme silikon cerrahisini düşünmekteyiz.

ANAHTAR KELİMELER: ANA Testi, Meme Silikon Cerrahisi

PS-42 SERTOLİZUMAB TEDAVİSİ SIRASINDA SEKONDER DEMİYELİZAN HASTALIK GEÇİREN BİR VAKA

Muharrem Aker, Ali Erdem Baki, Elif Tipi
Bülent Ecevit üniversitesi tıp fakültesi

GİRİŞ: Anti-TNFa ajanlar birçok hastalıkta büyük etkinlik ile kullanılmaktadır.İmmun supresyon ciddi yan etkilere rağmen görece-li olarak güvenli olarak kabul edilmektedir.Ciddi enfeksiyonlar gibi iyi bilinen yan etkiler yanında immun hastalık,lupus like sendr om,vaskülitler,DM,miyozit,MG gibi birçok hastalık bildirilmiştir.Yine artan sayıda demiyelizan hastalıklar,optik nörit,akut tranvers miyelit,CIDP,mononörıtıs multıpleks rapor edilmiştir.Bu olayların rastantısal mı olduğu,nedensel ilişkili ya da TNFa inhibisyonunun demiyelizasyonu tetiklediği ya da şiddetlendiici etkisi henüz tam bilinmemektedir.Biz bu olgumuzda sertolizimab tedavisi sırasında demiyelizan hastalık tanısı alan bir vakayı incelemek istedik

VAKA: 22 yasında kadın hasta ilk kez 9 yasında iken el ve ayak eklemlerinde şişlik yakınması ile başvurduğu Romatojı tarafından JRA tanısıyla düzensiz çeşitli hastalık modifiye edici ajan kullanmış.17 yaşında ilk olarak Bülent Ecevit Üniversitesi FTR polikliniğine başvuran hastanınmayesinde sol ayak bileğinde artrit her iki el bilek artalji yakınmaları karın ağrısı ateş şikalyetlerı ve tetkiklerinde RF pozitifliği (22) HLAB27 pozitif ANA 1/100 granüler pozitif FMF E148q mutasyonu pozitif belirlenmiş.Tedavisinde sulfasalazın,kolsisin ve kortikosteroıd ile devam edilen hasta şikayetlerinin devam etmesiüzerine başvurduğu dış merkez Romatoloji tarafında sertolizu-mab tedavisi başlanmıs.Tedavisinin 3.ayında hastada bulanık germe yakınması ile başvurduğu göz hastalıkları doktoru tarafından optik nörit çn tanısıyla nöroloji kliniğine yönlendirilen hastanın alt ekstermitelerde parestezi yakınmasınında olması üzerien çekilen karnial mrg da bilateral serebral hemisferde periventriküler plak,servıkal ve spinal kord içinde MS plağı olarak yorumlanan lezyonlar saptanması üzerine sertolizuman tedavisi kesilerek MS tedavısına başlandı.Çekilen 3. Am MRGda spinal lezyonlarda regresyon peri-ventriküler ise akut lezyonlar saptandı

SONUÇ: Ülkemizde kullanılmakta olan tümör nekrotizan faktör alfa inhibitörü (anti-TNFa) ajanlardan olan sertolizumab pegol, TNFa' ya karşı oluşturulmuş humanize bir monoklonal antikorun, rekombinan yapıda ve polietilen glikol ile pegilize edilmiş Fab kısmından oluşur. Sertolizumab öncelikle 2008 yılında Crohn hastalığı için, akabinde 2009 yılında romatoid artrit, 2013 yılında psöriatik artrit ve ankilozan spondilit kullanımı için FDA'den onay almıştır. Anti-TNFa ajanlarının kullanımına sekonder nörolojik ciddi yan etkiler bildirilmiş olup özellikle demiyelinizasyona neden olan multıpl skleroz, optik nörit, çeşitli periferik nöropatiler (Guillain Barre, kronik infl amatuvar demiyelinizan polinöropati, iletim bozukluğu ile giden multifokapolinöropati, aksonal polinöropati) bunların içerisinde bulunmaktadır. Mevcut rehberler multıple skleroz gibi demiyelinizan tablosu bulunan ya da aile hikayesi olan insanların anti-TNFa ajanların kullanımı sonucu santral sinir sisteminde artmış demiyelinizasyon ile karşı karşıya olduğunu söylemektedir.Bizim hastamı-zın özgeçmişinde demiyelinizan bir hastalık öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde demyelinizan bir patoloji öyküsü olmasa da mevcut durumun var olan bir demyelinizan hastalığın tetiklenmesi mi yoksa kullanılan ajana sekonder gelişen bir demiyelinizan patoloji mi olduğunun ayrımı yapılamamaktadır. Bu ayrım yapılamasa bile hastada demiyelinizasyon geliştiğinde bundan sonraki basamakta kullanılacak tedavide farklı bir yol izlemek gerekecektir. Sonuç olarak anti-TNFa ajanlarını kullanan hastalarda santral sinir sisteminde demiyelinizasyon gelişebileceği unutulmamalıdır.Özellikle şüpheli nöroljık semptomları olan hastalar ayrıntılı nöroljık muayene ile değerlendirilmelidir.Rutin MRG önerılmemekle birlikte ailesinde demiyelizan ya da otoimmun hastalık öyküsü olan hastalar tedavi öncesi MRG olası sessiz demiyelizan lezyonları saptamada fatdalı olabilir.Literatürde benzer vakalar,otoımmun hastalıkların sıklaştığı 45li yaşlarda daha yoğunlaşmakta,bizim vakamız daha eken yaşta ortaya çıkmıştır ve tedavi sonrası de progresyon devam etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Sertolizumab Sekonder Demiyelizan Hastalık

PS-43 DİRSEK KONTRAKTÜRÜ İLE GELEN HASTADA TÜBERKÜLOZ ARTİRİTİ SAPTANMASI

Seher Kara
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Gelişmekte olan ülkelerde tüberküloz hala ciddi bir sağlık problemi teşkil etmektedir.Monoartiküler tutulumla polkliniğe başvuran hastalarda tüberküloz artiriti ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

OLGU: 18 yaşında bayan hasta polkliniğimize sağ dirsekte hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvurdu.Yapılan fizik muayenede sağ dirsek 30 derece kadar fleksiyon pozisyonunda kontrakte idi.Romatoid Artirti?şüphesi ile araştırıldı.Yapılan ayrıtılı değerlendirmeler sonucu hastaya tüberküloz artiritine sekonder gelişmiş eklem kontraktürü teşhisi konuldu

SONUÇ: Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde hala ciddi bir sağlık problemi teşkil etmektedir.Yapılan çalışmalarda tüm tüberküloz olgularının %1-3 ünü ekstrapulmoner tüberküloz oluşturmaktadır.Bizim vakamızda ailede romatoid artrit öyküsü olmaması,tek eklem tutulumunun olması,sinsi ve yavaş seyir göstermesi bizi tüberküloz artiriti ayırıcı tanısı konusunda uyarıcı olmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: tüberküloz, dirsek

PS-44 PROTEİNÜRİ BAŞLANGIÇLI BİR BEHÇET OLGUSU

Nihan Balta
Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

AMAÇ: Behçet hastalığı, hafif mukokutanöz bozukluktan ağır sistemik bulgulara kadar birçok patolojiye yol açabilen bir vaskülit çeşididir. Erkeklerde kadınlara göre daha şiddetli seyreder. Böbrek tutulumu nadir olarak görülmektedir. Aşağıda, proteinüri ile başlangıç yapan bir Behçet hastası olgusu sunulmuştur.

OLGU: Daha önce benzer şikayeti olmayan 44 yaş erkek hasta, genel durum bozukluğu, oral aft, genital ülser ve ayaklarda ödem şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede birkaç adet oral aft 1 adet genital ülser, sağ dizde ısı artışı ve şişlik, bilateral 1 pozitif pretibial ödem saptandı. Vital değerleri ateş 37.5 derece, nabız 95/dk tansiyon 140/90 olarak ölçüldü. Bakılan laboratuar değerlerinde Hb: 13.3 g/dL, beyaz küre 11.200 u/L, platelet 253000 u/L, ALT 23 U/L, kreatinin 1.0 mg/dL, üre 28 crp:26.2 mg/dL, ESR 76 mm /sa, spot idrar protein hesabı 4gr/g olarak görüldü. Hastadan gönderilen konnektif dokuya yönelik tetkikler negatif, HLA b27 ve HLA b51 testleri negatifti. Hastanın gözünde kızarıklık görülmesi üzerine göz konsultasyonu istendi. Tek taraflı aktif panüveit saptandı. Hastada Behçet hastalığı tanısı ile 1mg/kg metilprednizolon ve azatiopurin 2gr/g tedavileri başlandı.

SONUÇ: Vakamızda, panüveit, oral aft, genital ülser ve proteinüri ile başvuran bir Behçet hastası sunulmuştur. Behçet hastalığında renal tutulum nadir olarak görülmektedir. Literatürde genellikle AA tip amiloidoz saptanmıştır. Werlen ve ark., bir Behçet olgusunda renal ven trombozuna bağlı amiloidoz ve buna bağlı böbrek yetmezliği vakası bildirmişlerdir (1). Behçet hastalığının tedavisinde ana prensip yapısal hasarın önlenmesidir. Hastamızda steroid ve azatiopurin tedavileri ile üveit, oral aft ve proteinüride düzelme sağlanmış olup hastanın klinik takibi devam etmektedir.

KAYNAKLAR: 1. Werlen D, Guelpa G, Robert D. Behçel's disease and renal amiloidosis. Schweiz Rundseh Med Prax 2;84(18):533-6,1995

ANAHTAR KELİMELER: Behçet hastalığı, panüveit, proteinüri

PS-45 COMPARING THE EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND GUIDED VS BLIND GENICULAR NERVE BLOCK ON PAIN, MUSCLE STRENGTH WITH ISOKINETIC DEVICE, PHYSICAL FUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN CHRONIC KNEE OSTEOARTHRITIS: A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

Damla Cankurtaran, Özgür Zeliha Karaahmet, Sadık Yiğit Yıldız, Emel Ekşioğlu, Deniz Erdoğdu, Ece Ünlü Akyüz
S.B.Ü. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

BACKGROUND-AIM: This study aimed to compare the effectiveness of ultrasound (US)-guided versus blind genicular nerve blockade (GNB) in the treatment of Knee Osteoarthritis (OA).

MATERIALS-METHODS: This prospective, randomized clinical trial included patients with Knee OA based on American College of Rheumatology (ACR) diagnostic criteria. The patients were evaluated for clinical and dynamometer parameters at baseline, after 4 and 12 weeks after treatment. The patients underwent blind injection or US-guided injection.

RESULTS: When compared with baseline, both groups showed significant improvement in pain, physical function and quality of life parameters. Significant differences were observed between the groups for clinical parameters (30s chair test p=0.01 and 6MWT P = 0.01) in favor of the US-guided group. On the other hand, blind injection was more significantly effective on some NHP parameters ($p<0.05$)

CONCLUSION: This study demonstrated that both US-guided and blind GNB in the treatment of knee OA were effective in reducing symptoms and improving physical function. US-guided injections may yield more effective clinical results than blind injections.

BACKGROUND/AIM: This study aimed to compare the effectiveness of ultrasound (US)-guided versus blind genicular nerve blockade (GNB) in the treatment of Knee Osteoarthritis (OA).

MATERIALS AND METHODS: This prospective, randomized clinical trial included patients with Knee OA based on American College of Rheumatology (ACR) diagnostic criteria. The patients were evaluated for clinical and dynamometer parameters at baseline, after 4 and 12 weeks after treatment. The patients underwent blind injection or US-guided injection.

RESULTS: When compared with baseline, both groups showed significant improvement in pain, physical function and quality of life parameters. Significant differences were observed between the groups for clinical parameters (30s chair test p=0.01 and 6MWT P = 0.01) in favor of the US-guided group. On the other hand, blind injection was more significantly effective on some NHP parameters ($p<0.05$)

CONCLUSION: This study demonstrated that both US-guided and blind GNB in the treatment of knee OA were effective in reducing symptoms and improving physical function. US-guided injections may yield more effective clinical results than blind injections.

KEYWORDS: blind injection, corticosteroid, Knee Osteoarthritis, ultrasound

PS-46 ADALİNUMAB KULLANIMINA BAĞLI PARADOKSAL PALMO-PLANTAR PÜSTÜLOZİS

Zerrin Şahin[1], Fatih Göktay[2], Sema Aytekin[2]
[1]*Haydarpaşa Numune EAH, FTR Kliniği, İstanbul*
[2]*Haydarpaşa Numune EAH, Dermatoloji Kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Anti-TNF alfa kullanan hastalarda yaş, cinsiyet ve kullanım süresinden bağımsız olarak psöriazis ve psöriaziform lezyonlar gelişebilmektedir.Bu lezyonların TNF alfa düzeyinde azalmayla plazmositoid dentritik hücrelerde IFN-alfa üretiminin artmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir. Bu olgu gelişen lezyonların uzun süre devam etmesinden dolayı paylaşılmıştır.

OLGU: Şu an 25 yaşında olan erkek hastanın ilk şikayetleri 16 yaşındayken bel ağrılarıyla başlamış. Steroid olmayan anti inflamatuarlar (SOAİ) kullanmış. Bizim gördüğümüzde BASDAİ: 6,5, VAS:8, CRP:1,5mg/dl idi. HLA-B27(+),annesi, anneannesi, ablasında AS mevcut ve annesi etanercept kullanıyor, ablası ise ilaç allerjilerinden dolayı sadece parasetamol kullanabiliyormuş. Uzun süredir SOAİ kullandığı için anti- TNF alfa kullanımı planlandı ve adalınumab başlandı. Yedinci ayda avuç içi ve ayak tabanlarında püstüler lezyonlar çıkmaya başlayınca adalinumab kesildi. Birkaç hafta sonra diş tedavisi esnasında ındometazin kullanan hastanın avuç içleri ve ayak tabanlarında lezyonlar artmış, hiperemik zeminde farklı büyüklüklerde püstüler ve skuamlı lezyonlar ile kaplanmıtı. Dermatoloji ile konsültasyonda biyopsi yapılarak, lokal steroidli tedavi başlandı. Biyopsi palmo-plantar püstülozis ile uyumluydu. Steroidli krem ve 15mg/hafta methotreksat, parasetamol başlayarak, SOAİ'lar kesildi.Dermatoloji kliniği ile birlikte takipleri yapılan hastanın lezyonlarında düzelme olmadığı ve bel ağrıları da arttığı için hastaya beşinci ayda sekukunimab 150mg/haf yükleme tedavisine başlandı.Yükleme dozunun 5. uygulamasından sonra lökopeni-nötropeni geliştiği ve bu esnada da ağır bir enfeksiyon atlattığı için sekukunimab kesildi. Tekrar topikal kortikosteroid methotreksat 15/mg/hafta başladık, ikinci haftada gelişen sağ ayaktan kruris ortasına uzanan selülit, dermatolji kliniğinde yatırılarak intravenöz ampisilin-sulbaktam 4*1,5mg ile tedavi ediliyor. Şu an antibiyotik tedavisinin 5. gününde.

SONUÇ: Literatürde bildirilen paradoksal psöriazis/psöriaziform olgularının büyük bir oranında ilaç kesilince lezyonlarda düzelmeler görülmekte, çok az olguda devam ettiği bildirilmektedir. Bu hastada da 9 ay geçmiş olmasına rağmen lezyonlar devam etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Anti-TNF alfa, palmoplantar püstülozis

palmarplantar püstülozis



PS-47 NERVUS MUSKULOKUTENEUS KOMPRESYON NÖROPATİSİ

Zerrin Şahin[1], Kemal Tutkavul[2]
[1]*Haydarpaşa Numune EAH, FTR Kliniği, İstanbul*
[2]*Haydarpaşa Numune EAH,Nöroloji Kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Ekstremitelerin distallerinde kompresyon nöropatilerine daha fazla rastlanmaktadır, sunulan bu olguda ise proksimalde, korse kullanımına bağlı nervus muskulokuteneus kompresyon nöropatisi paylaşılmıştır.

OLGU: 23 yaşındaki erkek hasta kasım ayı başında sabah uyandığında kolunun üst kısmının (biseps bölgesi)ağrıdığını fark ediyor. Bir şeye uzandığında orada bir şey kopuyormuş gibi oluyormuş. On beş gün kadar sonra o bölgedeki ağrının geçtiğini,sadece biseps kasının origo ve insersiyo bölgesini tariflediği yerlerde onbeş gün kadar daha süren ağrısı olmuş. Gittiği nöroloji hekimi bize yönlendirmiş. Sol pazumu sağa göre şişiremiyorum diye olayın başlangıcından üç hafta sonra bize geldiğinde inspeksiyonda farklı bir kitle görüntüsü yok, dirsek fleksörleri 4/5 değerinde,ve dirence karşı dirsek fleksiyonunda biseps sağa göre daha az belirginleşiyordu. Temmuz ayında askerden dönmüş, son haftalarda herhangi bir enfeksiyon geçirmemiş, halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı tanımlamıyordu ve neden olabilecek sportif aktivitelerde bulunmamıştı. Akut faz yanıtları, hemogram normaldi. US ile baktığımızda bir patoloji saptamadık. EMG, Brakiyal pleksus ve omuz bölgesi MRG planlandı. EMG'de musculokutenusun bisepsi innerve eden dallarında ağır aksonal hasar saptanmıştı. İkinci ay bitiminde yapılmış olan bu EMG' de reinnervasyon potansiyelleri saptanmamıştı. MRG 'ler normal olarak değerlendirildi. Bisepse elektrik stimülasyonu başlandı, yapmaması gerekli hareketler tariflerken hasta daha dik durabilmek için internetten araştırarak aldığı korseyi kullandığını hatta uyurken de çıkarmadığını söyledi. Buna bağlı kompresyon nöropatisi olduğunu düşündüğümüz hastada dördüncü ay içerisinde tekrar EMG yapılarak değerlendirilecek.

SONUÇ:

ANAHTAR KELİMELER: muskulokuteneus, komresyon nöropatisi

PS-48 AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN SPONDİLOARTROPATİ: OLGU SUNUMU

Roza Jizel Dağdelen, Jülide Öncü Alptekin, Aylin Ayyıldız, Merve Günerli, Zehra Pala, Sefa Demirel, Selda Çiftci, Kadriye Banu Kuran
Şişli Hamidiye Etfal SUAM, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yineleyen karın ağrıları ve ailede Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) öyküsü olması nedeniyle yapılan tetkiklerde M694V heterozigot mutasyonu saptanan; kalça eklem ağrısına yönelik yapılan tetkiklerde Spondiloartropati tanısı alan 39 yaşında olgu sunuldu. Bu olgu, atipik eklem bulguları ile başvuran AAA'lı kişilerde, Spondiloartropatiler açısından şüphe edilmesini vurgulamak üzere sunuldu.

OLGU: Otuzdokuz yaşında kadın hasta karın ağrısı, kalça eklemi ağrısı ve hareket kısıtlılığı nedeni ile başvurdu. Karın ağrısının son 10 yıldır, 30-40 günde bir yineleyip, üç gün sürdüğü öğrenildi. Kalça eklemi ağrısı ve hareket kısıtlılığı, özellikle sabahları belirgin olup gün içinde hareketle gerileyen özellikteydi. 30 dakikadan uzun sabah tutukluğu tarifleyen aynı zamanda ağrı kesici aldığı zamanlarda şikayetlerinde azalma tarifleyen hastada bu yakınmalara ek olarak bir ay önce sağ ayak bileğinde iki gün içerisinde kendiliğinden gerileyen ağrı ve şişlik yakınması eklendiği belirlendi. Aile öyküsünde erkek kardeşinde de AAA olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hastanın vital bulguları olağandı. Kas iskelet sistem muayenesinde sakroiliak kompresyon testleri pozitif, el yer mesafesi normal, modifiye schöber testi 4 cm saptandı. Diğer sistem bakıları olağandı.Laboratuvar incelemelerinde Lökosit sayısı:7.140/mm (N:4.500-10.500), Hemoglobin:11.4 gr/dl (N:11.5-15.5), Hematokrit: %35 (N:35.5-48.0), ortalama eritrosit hacmi:76.7 Fl (80-95), eritrosit sedimentasyon hızı 56 mm/saat (N:0-8) ve C-reaktif protein (CRP) 8.1 mg/L. Diğer biyokimyasal ve idrar tetkikleri normaldi. Mutasyon analizinde M694V heterozigot mutasyonu pozitif saptandı. Antinükleer antikor (ANA), Anti çift sarmallı DNA (AntidsDNA), Romatoid faktör (RF), Kompleman 3 (C3), Kompleman 4 (C4) negatif ve İnsan lökosit antijeni (HLA-B27) sınırda pozitif bulundu. Radyolojik incelemelerde sakroiliak eklemin manyetik rezonans görüntülemesinde sağda belirgin sakroiliak eklem düzensizliği sakroileit ile uyumlu bulundu. Kolşisin ve nonsteroidal antienflamatuar ilaç (NSAİİ) (ibuprofen) tedavisi başlanan hastanın yakınmalarında azalma görüldü.

SONUÇ: Ailevi Akdeniz Ateşinin Türkiye'de prevalansı 1/1000, taşıyıcı oranı ise 1/5'tir.5 Hastalığın görülme sıklığı bölgeden bölgeye değişir. Erkeklerde görülme oranı 1.5-2 kat daha fazladır.

AAA tanısında değişik kriterler geliştirilmiş olup bunlar içinde en sık kullanılan Tell-Hashomer Kriterleridir; Peritonit, sinovit veya plöritin eşlik ettiği tekrarlayan ateş atakları, predispozan hastalık olmadan AA tipi amiloidoz olması, sürekli kolşisin tedavisine anlamlı yanıt major kriterleri oluştururken; tekrarlayan ateşli ataklar, erizipel benzeri eritem, birinci derece akrabalarda AAA varlığı minör kriterlerdir. İki major ya da bir major ve 2 minör kriter varlığında kesin tanı, 1 major ve 1 minör kriter varlığında olası tanı konulabilir. Sunulan olguda yineleyen karın ağrısı, kardeşinde AAA öyküsü olması nedeniyle AAA'dan şüphelenildi.

Spondiloartropatiler (SpA), romatoid faktör ve anti-nükleer antikorların negatif olup, birçok eklem ve eklem dışı bulguların bulunduğu bir grup hastalıktır. Spondiloartropatiler grubundaki hastalıkların çoğu HLA-B27 geni ile birliktedir. Spondiloartropatilerin önemli özelliği, tendon ve ligamentlerin kemiğe bağlanma bölgelerinde inflamasyonun bulunmasıdır. Bu inflamatuar reaksiyon, entesopati olarak tanımlanır. Entesopati lokal ağrı ve yeni kemik oluşumuna neden olur. Bu olay, sakroiliak eklem gibi fibrokartiloginöz eklemlerde ortaya çıkarsa, değişik derecelerde kemik ankiloza yol açar. Sinsi başlayıp 3 aydan daha uzun süre devam eden sabah tutukluğu, istirahatte şiddetlenen ve egzersiz ile hafıfleyen özellikle bel bölgesinde ağrı tanımlayan, 40 yaşından genç hastalarda çoğu kez radyolojik olarak sakroiliit tespit edilebilir. Spondiloartropatilerde periferik artrit spesifik hastalığa bağlı olarak gelişebilir. Spondiloartropatilerin periferik artritlerinin genellikle alt ekstremitelerde, asimetrik yerleşim ve oligoartiküler tutulum (<=4 eklem tutulumu) göstermesi karakteristiktir. Örneğin, sadece diz ekleminde artrit veya tek taraflı kalça ağrısının bulunması SpA'yi akla getirmelidir. Tanı konulamamış inflamatuar artritli hastalarda asimetrik artrit ve entesopatinin tespit edilmesi, SpA tanısını güçlendirir. Spondiloartropatilerin bir çoğunda eklem dışı bulgular görülebilir, örneğin gözler, deri ve genitoüriner sistem olaya katılabilir. Olgumuzda modifiye Schöber testinin 4 cm saptanmış olması AS tanısını destekledi. Ancak yapılan araştırmalarda AAA ile de belirgin derecede sakroiliak eklem tutulumu görüldüğü saptanmıştır. Özellikle M694V mutasyonu pozitif olan FMF hastalarında sakroileit oranı %93.7 olarak bulunmuştur.

Ankilozan Spondilitte görülen en karakteristik laboratuvar bulgusu eritrosit sedimentasyon hızı ve akut faz reaktanlarında yükselmedir. Hastalık aktivitesi için C-reaktif protein daha iyi bir göstergedir. Olgumuzda tekrarlayan laboratuar incelemelerinde ESR yüksekliği ve CRP pozitifliği vardı. Spondiloartropati kolşisin tedavisine yanıt vermez, ancak nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve ikinci basamak antiromatizmal ilaçlar tedavide yararlıdır. Ailesel Akdeniz Ateş'li olgularda sakroiliak eklem tutulumu tipik değildir. Ülkemizde AAA ve sakroileit sıklığı diğer ülkere oranla cok yüksektir. Olguların bir kısmında sakroileit ve özellikle kalça tutulumu ile birlikte spondiloartrit gelişebilir. Spondiloartropati, olguların çoğunda hastalar kolşisin tedavisi altındayken gelişir ve bu olgular NSAİİ'lara iyi yanıt verirler. Sunulan olgunun da spondiloartropati bulgularında NSAİİ tedavisi sonrasında belirgin gerileme gözlenmiştir.Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) ile ilişkili MEFV gen mutasyonlarının Behçet hastalığı, romatoid artrit ve inflamatuar barsak hastalığı gibi diğer sistemik inflamatuar hastalıklarda da sıklığının arttığı ve bazı klinik bulgular ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Literatürde MEFV mutasyonlarının ankilozan spondilitte (AS) de arttığına dair gözlemler bulunmaktadır. MEFV varyasyonları için heterozigot bir durumun, IL-1 gen kompleksi ve IL1R2'nin katkısına benzer şekilde Th17 tipi farklılaşma olasılığını artırabilecek bir IL-1B fazlalığına neden olarak AS patogenezine katkıda bulunması mümkündür. Bu etki olgumuzda olduğu gibi M694V varyasyonlarının taşıyıcılarında belirgin olabilir. AAA olgularında periferik artrit ve sakroileit gelişebileceği, AAA ile birlikte spondiloartropatinin eş zamanlı görülebileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: spondiloartrit, Ailesel Akdeniz Ateşi

PS-49 SIRT AĞRISININ NADİR NEDENİ NOTALJİA PARESTETİKA

Ali Gürbüz[1], Mustafa Gür[1], İbrahim Gündüz[2], Engin Apaydın[3], Mehmet Küçüker[4]
[1]*FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ,ELAZIĞ*
[2]*GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,DİYARBAKIR*
[3]*DEVLET HASTANESİ,TUNCELİ*
[4]*BÖLGE DEVLET HASTANESİ,BATMAN*

AMAÇ: Notaljia parestetika ciltte kaşıntı, renk değişikliği, parestezi, hiperestezi, hipoestezi ve nöropatik ağrının bir arada bulunduğu, sık karşılaşılmayan, nöropatik ağrı sınıflamalarında yer almayıp atlanabilen bir hastalıktır.

Parestetik nöraljiler grubunun özel bir formu olan notaljia parestetika ilk olarak 1934 yılında Rus nörolog Astwazaturow tarafından tanımlanmıştır (1). Notaljia parestetika nadir bir hastalık olup genellikle beyaz ırkta görülür. Kadınlarda 2-3 kat daha fazla görülen hastalık çoğunlukla 50-60 yaşlar arasında ortaya çıkar (2). Notalgia parestetika (NP) torakal spinal sinirlerden özellikle T2-T6'nın dorsal dallarının nedeni bilinmeyen bir nöropatisidir. Genelde yaşlılarda ve kadınlarda görülen kronik seyirli hastalıktır. Etiyolojisi bilinmemekle beraber posterior spinal sinirlerin sıkışmasından ya da kronik sinir travmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca artmış dermal innervasyon, visserokutanöz refleks mekanizmalar, nörotoksik mediatörlerin aktivasyonu sorumlu tutulan diğer mekanizmalardır (3).

Notaljia parestetika nöropatik ağrı ve cilt tutulumunun bir arada olduğu ancak etyolojisinin kesin olarak aydınlatılamadığı bir hastalıktır. Notalgia parestetika (NP) torakal spinal sinirlerden özellikle T2-T6'nın dorsal dallarının nedeni bilinmeyen nöropatisidir. Genelde yaşlılarda ve kadınlarda görülen kronik seyirli bir hastalıktır. Notaljia Parestetika bazı hastalıklar ile karışabilmekte ve günlük pratikte çok karşılaşılmamaktadır. Bu yazıda 65 yaşında dorsalji ile polikliniğe başvuran hastada notaljia parestetika olgusu tartışılmıştır.

OLGU: 65 yaşında kadın hasta, iki yıldır devam eden sırt ağrısı ve sırt bölgesinde kaşıntı şikayeti ile Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğine başvurdu. Öyküsünde adını hatırlayamadığı çeşitli ağrı kesici ilaçları düzensiz kullandığını, ancak çok fazla fayda görmediğini ifade etti. Özgeçmiş ve soy geçmişinde osteoporoz dışında ek hastalık yoktu. Yapılan inspeksiyonda sağ skapula alt ucunda 3x5 cm boyutunda hiperpigmente maküler lezyon mevcuttu. Postür muayenesinde torakal kifozda artış mevcuttu. Lokomotor sistem muayenesinde boyun hareketleri hareket sonunda kısıtlı ve ağrılıydı. Nörolojik muayenesinde deri lezyonunun olduğu alanda hipoestezi tespit edildi. Kas gücü ve refleks muayeneleri ve diğer sistemik muayeneleri doğaldı.

Radyografik değerlendirmede; servikal grafide spondiloz bulguları varken, dorsal grafide de torakal kifozda hafif artış ve T9 vertebrada kompresyon kırığı mevcuttu. Çekilen dexa sonucunda L1-L4 T skoru –4.5, L2-L4 T skoru -4.9, femur boyun T skoru -2.8 ve femur total T skoru -2.2 olarak saptandı.

Hastaya notaljia parestetika tanısı ile klobetazol 17-propiyonat krem 2 kez/gün tedavisi başlandı. Nöropatik ağrısına yönelik gabapentin (300 mg/gün ile başlayıp tedrici olarak 1200 mg/güne çıkıldı) başlandı ve yatarak 15 günlük fizik tedavi ve rehabilitasyon programı uygulandı. Postmenopozal osteoporoz olarak değerlendirilen hastaya alendronat 70 mg/hafta, kalsiyum ve d vitamini başlandı. Hastanın başvuru sırasında LANSS ağrı skalası skoru 20 puan, painDETECT ağrı skoru 22 puan ve VAS'ı 7 puan olarak değerlendirildi. Takibimizdeki hastanın tedavinin altıncı ayında LANSS ağrı skalası skoru 13 puan, painDETECT ağrı skoru 15 puan ve VAS'ı 5 puan olarak değerlendirildi. Tedavi sonrasında hastanın ağrı, parestezi şikâyetlerinde ve deri lezyonunda gerileme gözlendi.

SONUÇ: Notaljia parestetika nöropatik ağrı ve cilt tutulumunun bir arada olduğu ancak etyolojisinin aydınlatılamadığı bir hastalıktır. Nöropatik ağrı ise nosiseptörlerin (sinir terminallerindeki ağrı reseptörleri) uyarımı olmaksızın, doğrudan doğruya çevresel veya santral sinir sisteminin fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak oluşan ağrıdır. Sorun, algının anormal olarak işlenmesine bağlıdır ve genellikle nörolojik defisiti olan hastalarda görülür. Nöropatik ağrıdan farklı bir ağrı durumu olan "nosiseptif" ağrı ise ağrı uyandıracak bir doku hasarına fizyolojik yanıt olarak ağrı duyulmasıdır ve travma veya ilhitabi durumlar buna örnektir. Nörojenik ağrı, çevresel veya santral sinir sisteminin "geçici" bozukluklarından veya lezyonlarından kaynaklanan ağrıları içerirken, nöropatik ağrı "geçici bozuklukları" içermez ve bu nedenle dönüşümsüz, uzun süreli durumları işaret eder (4) Bizim vakamızda da hastamız painDETECT ağrı anketi, LANSS ağrı anketi ve VAS skorları ile takip edildi. Hastamız bu skorlamalar ile nöropatik ağrı sınıflamasına uyuyordu ve bu skorlamalarda tedavi ile düzelme gözlendi.

Hastalığın sebebi açık olmamakla birlikte T2-T6 torasik spinal sinirlerin posterior dallarının kompresyon veya travmaya bağlı hasarı en önemli etiyolojik faktör olarak göze çarpmaktadır. Pleet, T2-T6 torakal vertebralardan çıkan spinal sinirlerin transvers spinal kasları 90°'lik açılarla kesmesinin bu sinirleri minör travmalara karşı çok savunmasız hale getirdiğini belirtmiştir. (2) T2-T8 dermatomlarının sensorial innervasyonundan sorumlu olan posterior spinal sinir internal dallarının torakal vertebralara çok yakın olmasından dolayı bu kemikler arasında kolayca kompresyona uğradığını belirterek hastalığın patogenezi açıklanmaya çalışılmıştır. (5) Travma veya cerrahi bir operasyon sonrası uzun süreli yatak istirahati de sinirlerin sıkışması sonucu notaljia parestetika'ya yol açabilir. (6) Notaljia parestetika'lı hastalarda rutin olarak diabetes mellitus araştırılmalıdır. Ayrıca beslenme bozuklukları, multipl endokrin neoplaziler ve psikolojik bozukluklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Etiyopatogenez taktil, travmatik ve nörolojik uyarılardan paraneoplastik etkilere kadar geniş bir yelpazeyi kapsar (1). Bizim vakamızda altta yatan bir malignite veya herhangi bir hastalık yoktu ancak hastanın uyku alışkanlıklarında sürekli aynı pozisyonda uyuduğu belirlendi. Kronik basının da notaljia parestetikayı tetikleyebileceği akılda

tutulmalıdır.

Hastalığın ayırıcı tanısında primer kutanöz amiloidoz, postinflamatuar hiperpigmentasyon, friksiyonel melanozis, liken simpleks kronikus, fiks ilaç erupsiyonu, multipl endokrin neoplazi ve atopik dermatit gibi hastalıklar bulunmaktadır (7). Birçok branşa başvurabilen bu hastalar özellikle dermatoloji polikliniğine başvurmaktadırlar. Bizim hastamız ise nöropatik şikayetleri ön planda olduğu için bizim polikliniğimize başvurdu ve hasta ayırıcı tanıların dışlanması için dermatoloji kliniği ile konsülte edildi ve hastaya notaljia parestetika tanısı konuldu.

Notaljia parestetikanın kutanöz bulgularının tedavisinde topikal lokal anestetikler, kapsaisin, topikal veya intralezyonel kortikosteroidler ve topikal antipruritikler faydalı olabilir (1,8). H. Ochi ve ark. tarafından topikal tacrolimus uygulaması ile tedavi edilen 7 Notaljia parestetika olgusu bildirilmiştir (9). Başka bir tedavi yöntemi olara botilunum toksin enjeksiyonları da fayda sağlayabilmektedir (10). Sistemik tedavide ise gabapentin, okskarbazepin gibi nöropatik ağrı tedavisinde kullanılan anti-epileptik ilaçlar kullanılabilmektedir (11,12). Subaşı ve arkadaşlarının notaljia parestetikalı bir vaka sunumunda hastaya kuru iğneleme, kinezyolojik bantlama ve gabapentin tedavisi uygulanmış ve hastanın bakılan VAS skoru ve LANSS skorlarında düşüş gözlenmiştir (13).

Sonuç olarak notaljia parestetika kutanöz tutulumun ön planda olduğu ve nöropatik ağrının eşlik ettiği hekimlerin kolayca gözden kaçırabileceği bir hastalıktır. Notaljia parestetika nöropatik ağrı sınıflaması içinde yer almamakta olup dermatoloji ve fiziksel tıp pratiğinde nadir görülen bir hastalıktır. Bu hastalığın tanısı konduktan sonra tedavisi zor olmamakla birlikte ayırıcı tanılarına dikkat etmek gerekmektedir. Bu hastalarda multipl endokrin neoplazi ve kutanöz amiloidoz gibi ciddi hastalıkların ayırıcı tanı açısından düşünülmesi gerekmektedir. LANSS ağrı anketi, painDETECT ağrı anketi ve VAS skorları ile hastalığın nöropatik ağrı komponenti takip edilebilmekte ve tedavide yol gösterici olmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER: dorsalji, notaljia parestetika, nöropatik ağrı anketi, ayırıcı tanı

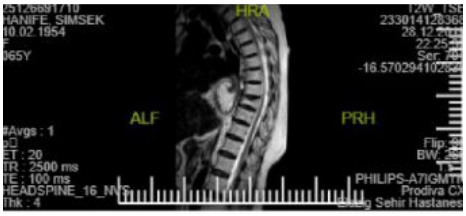
Notaljia parestetikanın sırtta tutulumu



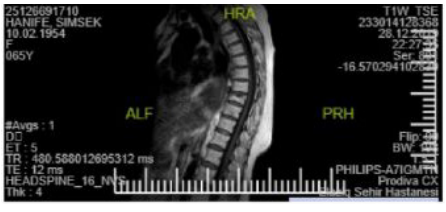
Torakal kifozda artış direk grafi



T2 sekans MR görüntüsünde T9 vertabra kompresyon kırığı



T1 sekans MR görüntüsünde T9 vertabra kompresyon kırığı



PS-50 SOL KOL AGRISI İLE TANI ALAN AKCİĞER CA HASTASI

Yunus Durmaz
Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Romatoloji Kliniği, Karabük

AMAÇ: Sol kol ağrısının sık nedenleri arasında mekanik nedenler düşünülsede kardiyak hastalıklar ve malignansiler buna sebep olabilir.. Biz burada sol kol ağrısı ve sedimentasyon yüksekliği nedeni ile romatoloji polikliniğine yönlendirilen ve ilk değerlendirmede akciğer Ca tanısı alan bir hastamızı sunmak istedik.

OLGU: 65 yaşında erkek hasta sol kol ağrısı ve sedimantasyon yüksekliği nedeniyle başvurduğu dahiliye hekimi tarafından romatolojik değerlendirme açısından romatoloji bölümüne sevk edilmişti. Hastanın öyküsünde sol kol ağrısı dışında son 6 ayda olan kilo kaybı, öksürük, halsizlik mevcuttu. Hasta herhangi bir eklem şişliğinden şikayetçi değildi. Omuz kalça kuşağı ağrısı tarif etmiyordu. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce bilinen bir medikal yardım almamış olduğu öğrenilen hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde artrit mevcut değildi. Pulmoner muayenede sol akciğer sesleri azalmış vibrasyon torasik artmış bulundu. Kardiyak muayenesinde özellik saptanmadı. Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 3850/ µL, Hb:9,8 g/dL, Plt: 350.000 /µL; eritrosit sedimantasyon hızı (ESR): 78 mm/saat, CRP 88,10 mg/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normal bulundu. Biyokimya testleri normal olarak saptandı. Hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer orta lopta kitle ? olması üzerine göğüs hastalıkları konsültasyonu istenen hastadan yapılan BT ve bx sonucu küçük hücreli akciğer ca tanısı alan hasta ilgili bölümce tedavisi planlandı.

SONUÇ: Sol kol ağrısı her ne kadar mekanik nedenlerle oluyor olsa da akut faz reaktanları yüksek olan, kilo kaybı ve halsizliğin eşlik ettiği durumlarda malignansilerde unutulmamalı ve mutlaka dışlanmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Akciğer Ca, Sol Kol Ağrısı

PS-51 NADİR GÖRÜLEN BOYUN AĞRISI NEDENİ: OSTEOPETROZİS TARDA

Melek Genç[1], Gamze Kılıç[2]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Trabzon*
[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Trabzon*

AMAÇ: Osteopetrozis (Albers Schönberg hastalığı), nadir olarak görülen osteoklast farklılaşması ya da fonksiyonundaki bozukluk sonucu osteosklerozla karakterize normal kemik yapısının kaybolduğu bir grup herediter metabolik kemik hastalığıdır. En az beş tipi olmakla birlikte en sık görüleni otozomal dominant geçişli erişkin ya da benign tip olarak da tanımlanan osteopetrosis tarda'dır. Bu hastaların çoğu asemptomatik olduğundan sıklıkla patolojik kırıklar ya da başka nedenler ile çekilen grafilerde raslantısal tanı almaktadır. Biz bildiride kronik boyun ağrısı ile başvuran klinik ve tipik radyolojik bulguları ile osteopetrozis tanısı konulan bir olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: 42 yaşında kadın hasta 5-6 yıldır var olan boyun ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Mekanik karakterde boyun ağrısı tarifleyen hastanın VAS-ağrı skoru 6 idi. Hastanın fizik muayenesinde boyun eklem hareket açıklığı ağrılı açık, üst ekstremitede motor ve duyu defisiti yoktu, spurling testi negatifti. Hastanın başka merkezde servikal ve lomber vertebra manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucu multipl kompresyon fraktürü şeklinde raporlanmıştı. Yapılan kemik mineral dansitometresinde Z skoru -2 'nin üzerinde tespit edildi. Hastanın MR görüntüleri radyoloji bölümüne konsulte edilerek tekrar değerlendirildiğinde kalvaryumda, spinal vertebral kolonda vertebraların posteriorunda ve posterior vertebral elemanlarda diffüz osteoskleroz (Rugger-jersey peyniri görünümü), sklerotik kemik displazisi gibi osteopetrozis ile uyumlu bulgular tespit edildi (Resim 1-2 -3).Hastaya klinik tablosu, laboratuvar ve tipik radyolojik bulguları dikkate alınarak osteopetrozis tanısı konuldu. Boyun ağrısına yönelik kısa süreli NSAİİ kullanımı, boyun izometrik, kas güçlendirme ve postür egzersizleri önerildi.

SONUÇ: Osteopetrozis, kemiklerde yaygın dansite artışı, çoklu kırıklar ve kemik dansitometresinde artışla kendini gösteren nadir görülen bir herediter kemik anomalisidir. Omurga ağrısı ile başvuran görüntülemede iskeletin diffüz sklerozu ve eşlik eden multipl kırığı olan genç hastalarda osteopetrozis tarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

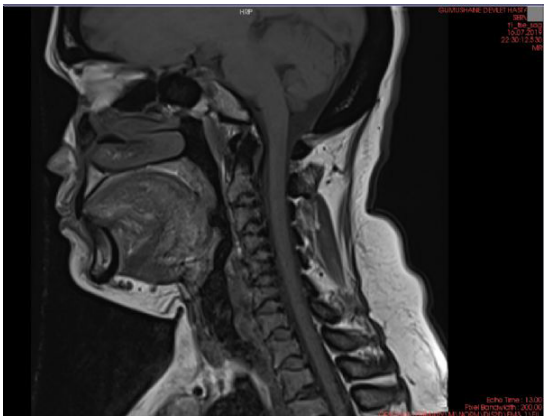
ANAHTAR KELİMELER: boyun ağrısı, multipl kırık, osteopetrozis

resim 1



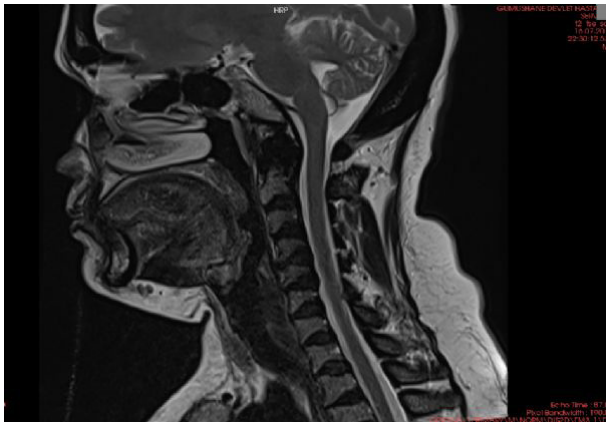
servikal grafi

resim 2



servikal mrg -T1

resim 3



servikal MRG -T2

PS-52 TRAVMATİK BEYİN HASARI SONRASI GELİŞEN MULTİPLE HETEROTOPİK OSSİFİKASYON

Selin Duran, Zeynep Candan, Fatma Serenay Vardar, Emre Ata, Fıgen Yılmaz
SBÜ 2. SULTAN ABDÜLHAMİD HAN SUAM FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANA BİLİM DALI,İSTANBUL

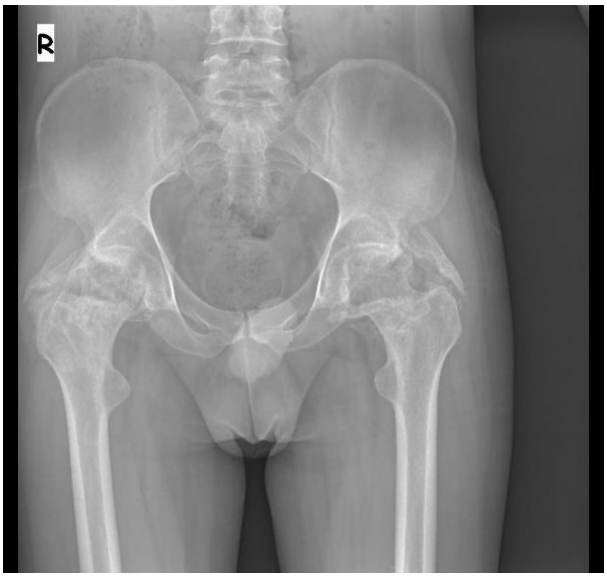
GİRİŞ: Heterotopik ossifikasyon(HO), omurilik ve travmatik beyin hasarı (TBH) sonrası kas ve eklem kapsülü arasında ortaya çıkabilen ve fonksiyonel dizabiliteye neden olabilen komplikasyonlardan biridir. Burada TBH sonrası erken dönemde her iki kalça ve diz bölgesinde HO tespit edilen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Yaklaşık İki ay önce motorsiklet kazasına bağlı TBH geçiren hasta 45 gün yoğun bakım süreci sonrasında yürüyememe şikayetiyle polikliniğimize başvurdu, Fizik muayenede her iki kalça, diz ve ayak bileği eklem hareket açıklıkları her yöne belirgin kısıtlı ve ağrılı idi. Palpasyon ile her iki kalçada sertlik, sol kalça ve sağ diz ekleminde ısı artışı mevcuttu. Üst ekstremite kas gücü global 5/5 kuvvetindeydi. Alt ekstremite anahtar miyotomlarında eklem hareket açıklığı kadar yer çekimine karşı hareket mevcuttu. Hastanın oturma dengesi, yatak içi bağımsızlığı, ayağa kalkma, ayakta durma ve yürümesi yoktu. Kan tetkiklerinde ALP: 166U/L, kalsiyum:10.4 mg/dL, fosfat:5.4 mg/dL değerlerinde idi. Diğer kan tetkikleri normaldi. Grafilerde her iki kalça ve diz eklemi çevresinde yumuşak doku içerisinde sınırları düzensiz opasite görüldü. Hastaya 150 mg/gün dozunda indometazin başlandı. Rehabilitasyon programı kalça, diz ve ayak bileği eklemleri için yüzeyel ve derin sıcak uygulama sonrasında EHA ve germe egzersizleri ve tilt table üzerinde kademeli ayakta durma egzersizleri şeklinde planlandı. Eklem hareket açıklığında artış elde edilince paralel barda ayağa kalkma ve yürüme eğitimi verildi. Yaklaşık 55 günlük Rehabilitasyon sürecinin sonunda hastanın eklem hareket açıklıkları %50 kadar artmış ve ağrısı belirgin ölçüde azalmıştı. Hasta bağımsız ambule olarak taburcu edildi.

SONUÇ:. Travmatik beyin hasarı sonrası immobilizasyona bağlı olarak erken dönemde HO gelişimi olabileceği ve bunun da fonksiyonelliği kötü etkileyebileceği unutulmamalı erken dönemden itibaren uygulanacak tedavi ve rehabilitasyon ile hastalarda olumlu sonuçlar alınabileceği göz ardı edilmemelidir.

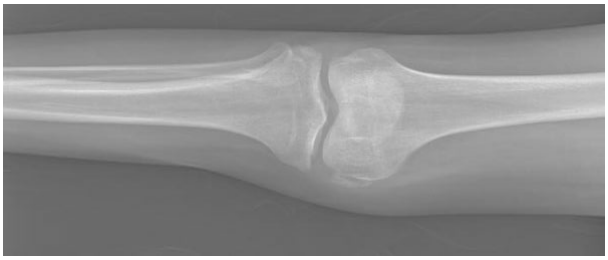
ANAHTAR KELİMELER: Heterotopik ossifikasyon, travmatik beyin hasarı, rehabilitasyon

kalça ekleminde HO



kalça ekleminde HO

sağ diz ekleminde HO



sağ diz ekleminde HO

sol diz ekleminde HO



sol diz ekleminde HO

PS-53 BELİRGİN SKOLYOZU OLAN ROMATOİD ARTRİT'Lİ HASTADA ORTAYA ÇIKAN PULMONER ARTERİYEL HİPERTANSİYON

Deniz Dülgeroğlu Erdoğdu, Yeşim Özge Gündüz, Yasemin Tombak, Sadık Yiğit Yıldız, Emel Ekşioğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Ankara

AMAÇ: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), belirgin bir neden olmaksızın pulmoner arterin kan basıncının arttığı, efor dispnesi, göğüs ağrısı, senkopla ortaya çıkabilen, teşhis ve tedavi edilemezse sağ kalp yetmezliğine yol açan, progresif, hayatı tehdit eden ciddi bir hastalıktır. PAH; Konnektif Doku Hastalıklarından Sistemik Sklerozis, Sistemik Lupus Eritamatozos, Miks Konnektif Doku Hastalığı'nın komplikasyonu olarak ta görülebilmektedir. Romatoid Artrit ile PAH birlikteliği çok nadir de olsa görülebilmekte, ancak bu hastalarda PAH için özel bir taramanın gerekli olmadığı söylenmektedir. Bu vaka takdiminde; belirgin Skolyozu, RA'sı olan kadın hastamızın takipleri sırasında ortaya çıkan dispne gibi semptomların RA'nın akciğer tutulumu olmayıp, daha ciddi bir hastalık olan PAH olabileceği ortaya konmuştur.

OLGU: RK, 46 yaşında, kadın. 4.5 yıldır el eklemlerinde ağrı, şişlik şikayeti mevcut. Belirgin Skolyoz, KOAH, Guatr, Gastrik Ülser eşlik ediyor. 4 yıl önce sigarayı bırakmış. Servikal Cobb açısı: 79º, Torakal: 44º; Hassas Eklem (HE):16, Şiş Eklem (ŞE):0, DAS-28: 5.65, başlangıç ESH:32mm/saat, CRP:21mg/L, RF:135 IU/mL, CCP:79,5 U/mL, ANA: zayıf pozitif, AntiSSA, AntiSSB, negatif, C3c:0.99 (0.79-1.52), C4:0.16 (0.16-0.38), ENA profili:negatif. Seropozitif Romatoid Artrit (RA) tanısıyla Metotreksat (MTX) 10mg/hf, Diklofenak Sodyum 75mg başlandı. GGT yüksekliği nedeniyle MTX 7.5mg'a düşüldü, daha sonra gelişen alerji nedeniyle MTX kesildi, Salazopyrin 2000mg/gün başlandı. Hastanın şikayetleri azaldı ancak sonraki kontrolünde ESH ve CRP yüksekliği, HE:2, ŞE:2 olduğu için Leflunamid (LEF) 10mg, Prednizon 5mg eklendi. Prednizon alerjiye yol açtığı için kesildi. 3 aydır kasta güçsüzlük, halsizlik, bacaklarda şişlik şikayeti olduğu için kliniğimize yatışı yapıldı. Ciddi dispne, belirgin pretibial ödem nedeniyle kardiyolojiye konsülte edildi. Laboratuvarda; BNP ve NT-proBNP (probrain natriuretic):2300 ng/L(100-125), CK-MB: 16 U/L (0-24), Hs-Troponin I: 16.6pg/mL, pO2: 41mmHg (82-108), sO2: %61 (95-99), pCO2: 73mmHg, D-dimer: 1.17 µg/ml (0-0.5) saptandı; sağ kalp kateterizasyonu sonucu PAH tanısı konuldu. Nazal oksijen, Ramipril 5mg, Masitentan 10mg, Amlodipin 10mg başlandı. Taburcu edilirken ev tipi oksijen kondansatörü verildi. Lef ve Diklofenac kesildi, SLZ'in yanına Naproksen 250mg, Tramadol/Parcetamol (LH) eklendi. Hastanın pretibiol ödemi, dispnesi düzeldi. Romatizmal şikayetleri geriledi DAS-28: 3.5 olarak hesaplandı.

SONUÇ: Literatürde, Skolyozlu hastalarda PAH'ın da içinde olduğu Akciğer patolojiler araştırılmış, PAH sıklığı artmamış olarak bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında Andifferansiye Konnektif Doku Hastalığı tedavisinde LEF kullanımı sırasında 4 vakada PAH'ın ortaya çıktığı raporlanmıştır. LEF başlanması ile PAH semptomlarının ortaya çıkması arasındaki süre 7 ila 120 aydır. Bizim hastamızda LEF başlanmasından bir ay sonra halsizlik, nefes darlığı, ödem yakınmaları ortaya çıkmış, hastaya yatış verip kardiyoloji konsültasyonu istenmiş PAH teşhisi konmuş, tedavisi başlamış, şikayetleri gerilemiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Skolyoz, Romatoid Artrit, Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon, Leflunamid

PS-54 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTADA MERALJİA PARESTETİKA KLİNİĞİ İLE KARIŞAN KALÇA SİNOVİYAL KONDROMATOZİSİ

Beril Bayraktar, Deniz Dülgeroğlu Erdoğdu, Emel Ekşioğlu, Yasemin Tombak, Ece Ünlü Akyüz
SBÜ Dışkapı YBEAH/FTR

AMAÇ: Sinoviyal kondromatozis(SK); sinoviyal membran metaplazisi ve kartilaginöz ya da osteokondral loose body'lerle karakterize nadir görülen benign bir durumdur. Diz, kalça, omuz, ayak bileği, dirsek ve temporomandibular eklemler tutulabilir. SK, primer ve sekonder olarak görülebilir. Genellikle tek taraflı büyük eklem tutulumu görülür, fakat özellikle sekonder SK'lerde multiartiküler tutulum da görülebilir. Sekonder nedenlerden inflamatuar hastalıkla ilişkili olarak literatürde Romatoid Artrite eşlik eden 8, Relapsing Polikondrite eşlik eden 1, Ankilozan Spondilite (AS) eşlik eden 1 vaka mevcuttur. Bu sunumda; AS 'li hastada sağ kalça ön yüzde ağrı, uyuşma, kalçada çekilme hissi şikayeti nedeniyle Meraljia Parestetika (MP) düşünülen, ultrasonografi (USG) eşliğinde yapılan Lateral Femoral Kutanöz Sinir (LFKS) bloğuna cevap vermeyen, kalça USG ve MR'da sinoviyal kondromatozis saptanan vaka anlatılmıştır.

OLGU: T.K., 49 yaşında, AS'li erkek hasta, son bir yıldır sağ pelvis ön yüzde ağrı, uyuşma, kalça ekleminde kısıtlılık, çekinti hissi şikayeti var. Muayenesinde servikal ve lomber ROM'lar range ortası kısıtlı, kifotik, FABER +/-, sağ kalçada iç rotasyon kısıtlı, sağ SİAS'ta hassasiyet mevcut, sağ femoral germe testi pozitif, VAS:30, BASDAI:2, BASFI:2,4. ESH: 2mm/sa, CRP:0,8 mg/L. 2017 tarihli sağ kalça MR'ında eklemde efüzyon saptanmış, o tarihte kalça ekleminde ağrı olduğu için intraartiküler steroid enjeksiyonu yapılmış, kısmen fayda görmüştür. Adalimumab 40mg/2 hafta s.c., SLZ 1500mgx2, indometazin 25mgx2 kullanıyor. MP benzeri ağrı, uyuşma ve sağ SİAS'ta hassasiyet olması üzerine lokal anestezikle sinir bloğu uygulandı, ancak fayda görmedi. Ocak 2020'de çekilen; SİAS ve LFKS'i içine alan alt abdomen MR'ında sağ kalçada sinoviyal kondromatozis saptandı. Ortopedi tarafından değerlendirildi, cerrahi düşünülmedi, takip önerildi. Tarafımızdan USG eşliğinde intraartiküler uygulanan steroid+lokal anestezik enjeksiyonundan hasta fayda gördü.

SONUÇ: Sinoviyal kondromatozis, nadiren inflamatuar eklem hastalıklarına eşlik edebilen, klinik aktivite ve AS'nin kalça tutulumundan bağımsız olarak şikayete yol açan bir patoloji olarak akılda tutulmalıdır. Kalça yerleşimli SK, aynı lokalizasyonda belirti veren Meraljia Parestetika ile de karışabilir. SK progresyonu sonucu kalça ekleminin hareketinin kısıtlanmasına karşı protez cerrahisi, hafif vakalarda steroid enjeksiyonu önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan Spondilit, Sinoviyal Kondromatozis, Meraljia Parestetika

PS-55 FEMOROASETABULAR SIKIŞMAYA NEDEN OLAN OS ACETABULİ: OLGU SUNUMU

Ceren Kara Göçer, Meral Bilgilisoy Filiz, Şebnem Koldaş Doğan, Naciye Füsun Toraman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Antalya

AMAÇ: Femoroasetabular sıkışma (FAS)(femoroasetabular impingement), proksimal femur ile asetabulum arasındaki anatomik ilişkinin bozulup, fizyolojik temas yerine anormal temas sonucu gelişen bir durumdur (1). Femoral başın asetabulum tarafından fokal veya yaygın olarak örtüldüğü durumda pincer tip (kerpeten şeklinde veya asetabular tip), baş-boyun bileşkesinin asimetrik olduğu durumda da cam tipi (tabanca kabzası, femoral tip) sıkışma meydana gelir (2). Gelişimsel kalça displazisi, femur başı epifiz kayması, Legg- Calve-Perthes hastalığı, posttravmatik deformiteler, total kalça artroplastisi gibi pek çok nedenden kaynaklanabilir (3). Biz bu bildiride FAS'ın nadir bir nedeni olarak os acetabuli vakasını sunmak istedik

OLGU: 59 yaşında erkek hasta 3 aydır olan sağ kalça ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrı yürümekle ve üzerine yük vermekle artıyordu. Ağrı son zamanlarda giderek artmış ve günlük aktivitelerini kısıtlar hale gelmişti. Fizik muayenede düz bacak kaldırma testi negatif, sağda FABER ve FADIR testleri ağrılı, sağ kalça iç rotasyonu kısıtlı ve ağrılı, sağ kalça fleksiyonu ağrılı, sağ kalça abduksiyon ve adduksiyonu açık ve ağrısız olarak değerlendirildi. Başvuru sırasında deksketoprofen + tiyokolşikozid kullanmakta olan hastanın şikayetlerinde rahatlama olmamıştı. Sağ kalça MR istendi ve sağda os acetabulinin neden olduğu pincer tip FAS ile uyumlu olan asetabulumun kaput femorisi kapsama oranında artış izlendi (Şekil 1). FAS teşhisi koyulan hastaya kilo vermesi, kalça eklem hareket açıklığı egzersizleri, aktivite kısıtlaması (uzun süre ayakta kalmamak, uzun süreli yürüyüş yapmamak) önerildi, naproksen 500 mg 2x1 reçete edilip 15 gün sonra kontrole çağrılarak takibe alındı. Kontrol başvurusunda hastanın ağrısında %50 azalma saptandı.

SONUÇ: Femoroasetabuler sıkışma, erişkinlerdeki kalça ağrısının, labrum yırtıklarının, kıkırdak hasarının ve kalça osteoartritinin önemli bir nedeni olarak kabul edilmektedir (4). Tanı esas olarak fizik muayene ve radyolojik görüntülemelere dayanmakla birlikte tanı için kabul görmüş bir algoritma yoktur. FAS'ın erken tanısı ve etkin tedavisi eklem fonksiyonlarını iyileştirir ve sekonder osteoartrit gelişimini yavaşlatır (5). FAS kalça ağrılarının tanısında fiziyatristler tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. Os asetabuli gibi asetabulumun lateral kenarındaki değişiklikler FAS gelişimi için risk teşkil eden nadir bir neden olarak karşımıza çıkabilmektedir.

KAYNAKLAR:1. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Nötzli H, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip. Clin Orthop Relat Res 2003;(417):112–20.

2. Beck M, Kalhor M, Leunig M, Ganz R. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabularcartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. J Bone Joint Surg Br 2005;87(7):1012–8

3. Bredella MA, Ulbrich EJ, Stoller DW, Anderson SE. Femoroacetabular impingement. Magn Reson Imaging Clin N Am 2013;21(1): 45-64.

4. Beck M, Kalhor M, Leunig M, Ganz R. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. J Bone Joint Surg Br 2005;87:1012-8.

5. Beck M, Leunig M, Parvizi J, Boutier V, Wyss D, Ganz R. Anterior femoroacetabular impingement: part II. Midterm results of surgical treatment. Clin Orthop Relat Res 2004;418:67-73.

ANAHTAR KELİMELER: femoroasetabular impingement, kalça ağrısı, os asetabuli

Şekil-1



Os acetabulinin neden olduğu pincer tip FAS ile uyumlu olan asetabulumun kaput femorisi kapsama oranında artış

PS-56 EKLEM İÇİ ENJEKSİYON ÖNCESİ SOĞUTUCU SPREY UYGULAMASINA SEKONDER GELİŞEBİLECEK BİR KOMPLİKASYON OLGUSU

Emre Ata, Selin Duran, Fatma Serenay Vardar, Saliha Aydın, Figen Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: İntraartiküler enjeksiyonlar fiziksel tıp ve rehabilitasyon pratiğinde sıkça uygulanan tedavi yöntemlerinden biridir. Hastanın tanısına ve klinik durumuna göre değişmekle birlikte eklem içerisine steroid, hyaluronik asit (HA), platelet rich plazma(PRP), ozon gibi uygulamalar yapılabilmektedir. Özellikle ağrı eşiği düşük hastalarda enjeksiyon esnasında ağrının minimalize edilmesi amacıyla, uygulama öncesinde iğne giriş yerine lokal anestezik veya soğutucu sprey uygulamaları da yapılabilmektedir. Burada intraartiküler HA enjeksiyonu öncesi soğutucu sprey (butane, isobutane, propane, mentol, isopropyl alcohol içerikli) uygulanan hastada gelişen cilt irritasyonuna sekonder egzama olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 74 yaşında kadın hasta sol diz ağrısı ile başvurdu. Muayenede sol dizde eklem hareket açıklığı (EHA) boyunca ağrı ve kaba krepitasyon mevcuttu. Isı artışı ve şişlik yoktu, EHA tamdı. Sol diz grafisinde Kellgren Lawrence evrelemesine göre evre 3 osteoartrit vardı. Hikayesinde 1 yıl önce uygulanan HA enjeksiyonundan belirgin fayda görmüştü. Hastanın enjeksiyon öncesi uygulama bölgesinin uyuşturulması talebi vardı. Uygulama öncesi soğutucu sprey kullanılarak intraartiküler enjeksiyon uygulandı. Enjeksiyondan 5 gün sonra hasta uygulama yerinde kızarıklık, kaşıntı ve yanma şikayeti ile başvurdu. Kontrol muayenesinde enjeksiyon giriş yeri ve çevresinde kızarıklık vardı. Eklem çevresinde ısı artışı ve şişlik yoktu. Ultrasonografide eklem içerisinde efüzyon görülmedi. Kan tetkiklerinde akut faz reaktanları negatifti. Dermatoloji konsültasyonu sonucunda soğutucu sprey irritasyonuna sekonder egzama olarak değerlendirildi. Hastaya uygun medikal tedavi düzenlendi. İki hafta sonraki kontrolünde cilt lezyonununda düzelme gözlendi.

SONUÇ: Eklem içi enjeksiyonlar öncesi soğutucu sprey uygulamalarının enjeksiyon esnasında ağrıyı azaltabildiği gibi, olgumuzda olduğu gibi irritasyona bağlı komplikasyonlara da sebep olabileceği akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: intraartiküler, enjeksiyon, soğutucu sprey, egzama

Resim 1: Sol diz lateralinde irritasyona sekonder egzamatöz cilt lezyonu



PS-57 ANTİ DFS 70 POZİTİFLİĞİ SAPTANAN HASTALARIN MİNÖR TÜKRÜK BEZİ BİYOPSİ SONUÇLARININ İNCELENMESİ

Sevcan Uğur[1], Cahit Kaçar[2]
[1]*Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Antalya*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı Antalya*

AMAÇ: Sjögren sendromu (SjS), ekzokrin bezlerin inflamasyonu ile karakterize sistemik otoimmün bir hastalıktır. Bu inflamasyonun sonucunda sikka semptomları gelişir, temel sikka semptomları kserostomi ve kseroftalmidir. Anti yoğun ince benekli 70 antikorların (Anti DFS 70) anti nükleer antikor (ANA) ilişkili romatizmal hastalık belirtisi göstermeyen, ANA pozitif sağlıklı kişilerde yaygın olarak görüldüğü, sağlıklı kontrollerin ayırımında önemli bir belirteç olduğu belirtilmiştir. Biz bu raporda anti-DFS 70 antikor pozitifliği saptanan ve minör tükrük bezi biyopsisi yapılmış hastaların özelliklerini inceleyerek, anti DFS 70 antikor pozitifliğinin romatizmal hastalık tanısındaki önemini vurgulamak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu raporda romatoloji polikliniğine ağız ve göz kuruluğu semptomları ile başvuran, schirmer testi ile göz kuruluğu saptanan, anti DFS 70 antikoru pozitif, minör tükrük bezi biyopsisi yapılmış 15 hasta dosya verileri rekrospektif olarak incelenmiştir. Anti DFS 70 pozitifliği ile biyopsi sonuçları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 47.6±8.6 idi. Olguların tamamı kadın hastaydı. Çalışmaya dahil edilen hastaların 13'ünde monospesifik anti DFS 70 antikor pozitifliği vardı. 2 hastada anti DFS 70 ve anti SS-A birlikteliği vardı. On beş hastanın 5'inde tükrük bezi biyopsisi lenfositik sialoadenit ile uyumluydu. Lenfositik sialoadenit saptanan olguların tamamında monospesifik anti DFS70 pozitifliği vardı. Lenfositik sialoadenit saptanan olguların 4'ünde fokus skoru 1, 1'inde fokus skoru 3 idi. Sekiz hastanın biyopsisi non spesifik inflamasyon ile uyumluydu. Anti dfs 70 antikor ve anti SS-A pozitifliği olan hastalarda tükrük bezi biyopsisi Sjögren sendromu ile uyumlu değildi.

SONUÇ: ANA otoimmün hastalıkların tanısında oldukça önemlidir. Sağlıklı kişilerdeki ANA pozitifliği sıklıkla Anti-DFS 70 antikor pozitifliği ile ilişkilidir. Watanabe ve ark. 597 hastane çalışanının %20'sinde ANA pozitifliği tespit etmişler. Anti-DFS 70 antikor pozitifliğini tüm bireylerin %11'inde, ANA pozitif bireylerin %54'ünde saptamışlar Monospesifik anti-DFS 70 pozitifliğinin sağlıklı kontrollerde ANA ilişkili hastalığa sahip bireylere göre daha fazla olduğunu belirtilmiştir. Anti-DFS 70 antikorunun izole varlığında ANA ilişkili romatizmal hastalık olasılığı azalır, anti-DFS 70 pozitifliğinin sikka semptomları olan ANA pozitif, anti SS-A negatif kişilerin ayırıcı tanısında yardımcı olabileceği belirtilmiş olmasına rağmen bizim olgu serimizde anti DFS 70 pozitifliği saptanan 15 hastanın 5'inde minör tükrük bezi biyopsisi lenfositik sialoadenit ile uyumluydu. Monospesifik anti DFS 70 pozitifliği bulunan 13 hastanın 5'i Sjögren sendromu uyumlu histopatolojik bulgulara sahipti. Ağız ve göz kuruluğu olan hastalarda tek başına anti-DFS 70 antikor pozitifliğinin bulunması Sjögren sendromu tanısını dışlamamaktadır. Tek başına anti-DFS 70 antikor pozitifliği olsa bile klinik şüphe varlığında romatizmal hastalık tanısı için ileri inceleme yapılması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Sjögren Sendromu, Anti DFS 70 antikor

PS-58 ROMATOİD ARTRİT TANILI HASTADA BİYOLOJİK TEDAVİ KULLANIRKEN GELİŞEN KUTANÖZ LEİSHMANİASİS

Ali Nail Demir, Ayça Ayşe Aytekin, İlhan Sezer, Cahit Kaçar
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Romatoid artrit(RA), tipik olarak orta-küçük boyutlu eklemleri simetrik olarak etkileyen, kronik inflamatuar ve eroziv bir hastalıktır. Erken tanı ve etkin tedavi hastalık seyrinde önemlidir. Tedavide amaç remisyon veya düşük hastalık aktivitesinin sağlanmasıdır. TNF-alfa inhibitörü odaklı tedaviler, romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS), psöriyatik artrit (PsA) ve jüvenil idiyopatik artrit (JİA) gibi kronik otoimmün hastalıklarda önemli ölçüde yarar sağlamıştır. Bu avantajlarının yanı sıra, başta enfeksiyonlar olmak üzere ciddi bazı advers etkilere de neden olabilmektedirler. Hastalarda tüberküloz başta olmak üzere pulmoner ve genitoüriner sistem enfeksiyonları sık olarak gözlenmektedir. Bu olguda RA tanılı ve TNF-alfa inhibitörü kullanan hastada, endemik olmayan bölgede nadir görülen immun supresyona bağlı kutanöz leishmaniasis vakasını sunuyoruz

OLGU: 66 yaşında kadın. 12 yıl önce el, ayak küçük eklemlerde, diz ve dirsekte ağrı, şişlik ve sabah tutukluğu, akut faz yüksekliği nedeniyle başvuran hasta tetkik edilmiş. Malignite taramalarında özellik olmayan, romatoid faktör ve anti-CCP negatif saptanan ve MR görüntülemede sinovyal hipertrofi ve tenosinovit bulguları olan hastaya seronegatif RA tanısı konularak kortikosteroid, metotreksat ve hidroksiklorokin tedavileri başlanmış. Şikayetleri aralıklı olarak artan hastada steroid doz ayarlaması yapılarak takip edilmiş. Mart 2018'de hastalık aktivitesi yüksek seyretmesi üzerine (DAS28: 6,1, CRP:7,6 mg/dl, ESH:74 mm/sa), tekrar malignite taramaları yapılıp, hepatit ve Tbc açısından taramaları yapılarak Adalimumab 40 mg/ 2 hafta, Metotreksat 10 mg/hafta olacak şekilde tedavisi düzenlendi. Hastalığı remisyona giren (DAS28: 2,4, CRP:0,3 mg/dl, ESH:14 mm/sa) hasta mevcut tedavi takip edildi. Tedavinin 14. ayında hastanın sağ dirsek ekstansör yüzünde eritematöz plak saptanması üzerine dermatoloji görüşü alındı topikal antibakteriyel tedavi ile gerileme olmayan hastanın dermatoskopik incelemesinde yaygın eritem, satellit nodüller, lineer düzensiz ve dallanan damarlar saptanması ve kan yaymasında leishmania pozitif olması üzerine biyolojik tedavisi kesilerek 6 doz 15 mg/kg/gün antimon eşdeğeri sistemik meglümine antimonat (IM) tedavisi verildi. Tedavi ile lezyonu gerileyen hastaya 3 ay sonra eklem bulgularında artış olması nedeniyle tekrar enfeksiyon hastalıkları görüşü alınarak Adalimumab başlandı. Hasta Adalimumab 40 mg/ 2 hafta + Mtx 10 mg/hafta ile halen takip edilmektedir

SONUÇ: Leishmaniasis, leishmania protozoan mikroorganizmalarının neden olduğu, vektör dişi kum sineğinin (yakarca, tatarcık) ısırması ile bulaşan bir hastalıktır. Leishmania türüne ve konağın immün yanıtına göre enfeksiyon kutanöz, mukokutanöz veya visseral hastalıkla sonuçlanır. En sık olarak kutanöz leishmaniasis görülür.

Son yıllarda RA'da tedavi seçeneklerindeki yenilikler sayesinde hastalık kontrolü daha kolay sağlanmakla beraber, mevcut tedaviler ve hastalığın kendisi nedeniyle immun süpresyona bağlı fırsatçı enfeksiyonların sıklığında artış bildirilmektedir.

Leishmaniasis genel olarak bağışıklık sistemi ile çok yakından ilgili bir enfeksiyon olduğu için paraziti alan birçok kişide parazit elimine edilir ve klinik enfeksiyon gelişmez. Fakat özellikle immünsüprese kişilerde kutanöz hastalık dissemine olabilir.Bu nedenle lezyonların aktifleştiği dönemde hastalığın kendini sınırlaması ve disseminasyonu engellemek amaçlı immünsüpresif ve biyolojik tedaviye ara verilmesi önerilir.

ANAHTAR KELİMELER: Leishmaniasis, Romatoid artrit, fırsatçı enfeksiyon, Adalimumab

kutanöz leishmaniasis



sağ dirsek ekstansör yüzünde eritematöz plakta satellit nodüller içeren kutanöz leishmaniasis olgusu

PS-59 BAŞARISIZ BEL CERRAHİSİ HASTALARINDA SAKROİLİAK DİSFONKSİYON SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN DEMOGRAFİK VE CERRAHİ FAKTÖRLER

Hatun Deniz Aytaç, Duygu Geler Külcü, Nilgün Mesci
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Başarısız bel cerrahisi sendromu (BBCS) hastalarında, sakroiliak disfonksiyonun (SIED) sıklığı ve SIED 'lu hastalar ile SIED 'suz hastaların demografik özelliklerinin ve cerrahi ile ilgili faktörlerin farkını göstermek.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel olarak tasarlanan çalışmamıza 18-75 yaş arası 50 başarısız bel cerrahisi hastası dahil edildi. Yapılan özel SIE testlerinden en az üçünün ve tanısal enjeksiyon testinin pozitif olduğu hastalara SIED tanısı kondu. BBCS'lu hastalarda SIED sıklığı belirlendi. SIED'lu hastalarla SIED'suz hastaların demografik, klinik bulgu ve cerrahi ile ilgili faktörleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: BBCS'lu hastalarda SIED sıklığını%30 bulduk. SIED'lu hastalarla SIED'suz hastalar arasında demografik,klinik bulgular- ve cerrahi ile ilgili faktörler açısından anlamlı bir fark görmedik.($p>0.05$).

SONUÇ: BBCS, kişiyi sosyal ve psikolojik yönden etkileyen çok önemli bir sakatlık sebebidir. Tedavi yönetiminin bu sebeple doğru yapılması son derece önemlidir. Hastalar her yönüyle değerlendirilmeli, mevcut klinik bulgular ve ağrı sadece operasyonla ilgili faktörlere bağlanmamalıdır. Kalça muayenesi ve SIED 'e yönelik muayene ve testler ayrıntılı olarak yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Başarısız bel cerrahisi sendromu, sakroiliak eklem, sakroiliak eklem disfonksiyonu

PS-60 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ HASTALARDA BASMI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Gökhan Taşkın, Derya Buğdaycı, Ömer Faruk Bucak, Nurdan Paker, Sümeyye Güven Kaya, İlhan Karacan
SBÜ İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH

AMAÇ: Ankilozan Spondilit hastalarının BASMI ile değerlendirilen hareket kısıtlılığı ile ilişkili faktörleri araştımak amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM: SBÜ İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğinde takipli 59 hasta değerlendirmeye alındı.Hastaların demografik özellikleri, ilaç kullanımı, klinik özellikler,hastalık aktivitesi BASDAI,fonksiyonel durum BASFI,metrolojik ölçümler BASMI ile değerlendirildi.İstatistiksel analizde SPSS 18.0 kullanıldı

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 45,8.± 10,59, %.81 i erkekdi.19 hasta (%32,2) ailede AS öyküsü pozitif, 8 hasta (%13,6) üveit, 2 hasta (%3,4) psoriazis, 3 hastada (%5,1) IBH mevcuttu.8 hastada periferik artrit vardı(%13,6).Lateral lomber fleksiyon BASMI değerlerine göre hafif,orta, şiddetli hasta oranları sırasıyla 19 (%32,2), 20 (%33,9), 20 (%33,9) idi.Tragus duvar mesafesi BASMI değerlerine göre hafif, orta, şiddetli hasta sayısı sırasıyla 28 (%47,5), 28 (%47,5), 3(%5,1) dü.Modifiye schober BASMI değerlerine göre hafif,orta, şiddetli hasta sayısı sırasıyla19 (%32,2), 21 (%35,6), 19 (%32,2) du.Maksimal intermalleolar mesafe BASMI değerlerine göre hafif,orta, şiddetli hasta sayısı sırasıyla 26 (%32,2), 19 (%32,2), 14 (%23,7) 'tü.Servikal rotasyon BASMI değerlerine göre hafif,orta, şiddetli hasta sayısı sırasıyla 11 (%18,6), 41 (%69,5), 7 (%11,9) olarak bulundu.

BASMI ve BASFI arasında pozitif korelasyon varken(r:0,374, p:0,004); BASDAI ile ilişki bulunmadı.(r:-0,025,p:0,853).DM olan ve olmayanların, HLA B27 pozitif olan ve olmayanların, üveit olan ve olmayanların, nsaii düzenli alan arasıra alan ve almayanların, sigara içen ve içmeyenlerin BASMI ortalamaları güven aralığı içindeydi. BASMI ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı.Yaş ile BASMI arasında pozitif korelasyon varken cinsiyetle ilişki bulunmadı.

Anti tnf kullanım süresiyle BASMI arasında ilişki bulundu.

SONUÇ: Ankilozan spondilitli hastaların yaşları ilerledikçe hareket kısıtlılıkları artmaktadır bu durum hastalık aktivitesinden bağımsız olarak fonksiyonu da olumsuz etkilemektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit, BASDAI, BASMI

PS-62 MULTIPLE STRESS FRACTURES MIMICKING BILATERAL SACROILIITIS: A CASE REPORT

Hakan Alkan, Ayşe Sarsan, Necmettin Yıldız, Saadet Sena Nur Öztekin
Pamukkale University Faculty of Medicine, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Denizli, Turkey.

OBJECTIVE: The aim of this case report was to represent a case with multiple stress fractures detected in an elderly female patient who was referred to us for the differential diagnosis of bilateral sacroiliitis.

CASE: A seventy-one year old female patient, who was referred to us for the differential diagnosis of bilateral sacroileitis, was admitted to our outpatient clinic with the complaint of pain in both hips and groin and morning stiffness lasting 30 minutes. On assessment of her musculoskeletal system, she had limited and painful low back flexion and extension and also had bilateral painful hip internal and external rotations. Bilateral Faber, mennel and sacroiliac compression tests were positive. In her laboratory examination, erythrocyte sedimentation rate was 39 mm/h, C-reactive protein level was 0.4 mg/dl, 25-hydroxy-Dvit level was 3 ng/ml. Other laboratory findings were within normal limits. L2-S1 fixation material, spondylosis and osteoporosis findings were detected in the lumbar radiograph. Pelvic radiograph revealed irregularity in the bilateral sacroiliac joint space, bilateral subchondral sclerosis in the sacral and iliac side, narrowing in the coxafemoral joint space, irregularity in symphisis pubis (Figure 1). Femoral neck T score was found -3.2 and hip total T score was found -2.7 in Dual X-Ray absorptiometry. Sacroiliac magnetic resonance imaging showed diffuse hyperintense signal change on T2-weighted images and hypointense signal in T1-weighted images in the periarticular surfaces and bone structures forming both sacroiliac joints (Figure 2). Subsequently, multiple stress fracture lines were detected on the anterior face of the sacrum, bilateral iliac bones and the pubic arm on the sacroiliac computed tomography (Figure 3). The patient was diagnosed with multiple stress fractures due to vitamin D insufficiency. Vitamin D was replaced, conservative treatment was planned as physical therapy and rest.

CONCLUSION: Stress fractures should be considered in differential diagnosis in elderly patients who present with groin and hip pain and who have joint changes that may mimic sacroiliitis in imaging.

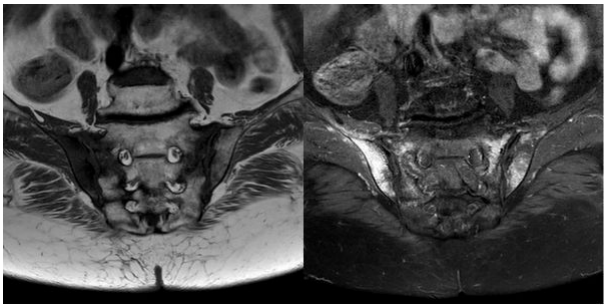
KEYWORDS: sacroileitis; stress fracture; vitamin D insufficiency

Figure 1



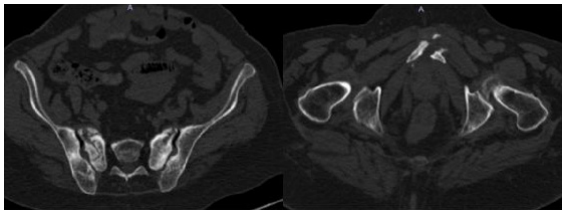
Pelvic radiography

Figure 2



Sacroiliac magnetic resonance imaging

Figure 3



Sacroiliac computed tomography

PS-63 PAKİDERMAPERİOSTOZİS

Fatih Ulu, Savaş Gürsoy, Neytullah Turan, Hasan Nasrallah
Gazinantep üniversitesi FTR Anabilim dalı

AMAÇ: Pakidermaperiostozis(Primer Hipertrofik Osteoartropati) nadir görülen parmaklarda çomaklaşma, periostal yeni kemik oluşumu, yüz derisi ve saçlı deride kalınlaşma ve kabalaşma, sebore ve hiperhidrozisle seyreden bir primer hipertrofik osteoartropatidir. Erkeklerde daha sık görülür. Otozomal dominant kalıtım gösterdiği kabul edilmektedir.Burada erken dönemde eklem ağrıları ve artrit ile başvurup ön planda romatizmal hastalıklar düşünülmüş bir pakidermaperiostozis olgusu sunulmaktadır

OLGU: Hastamız her iki el ve el parmaklarında ağrı, şişlik ve her iki dizde şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Yapılan muayenede her iki el bilek ve parmak eklemlerinde hassasiyet ve el bileklerinde hafif şişlik mevcuttu.Yapılan laboratuar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) ve c-reaktif protein(CRP) düzeylerinde yükseklik saptandı.Hastanın tam kan sayımı, rutin biyokimya, hormon analizleri ve idrar tetkikleri normaldi.Hastanın toraks bt si normaldi.Hastaya artraljisi için indometazin başlandı.Hastanın takiplerde eklem tutulumunun devam etmesi ve ellerde tutukluk olması üzerine romatoid artrit ön tanısıyla hidroksiklorokin ve metilprednizolon tedavisi başlandı.Hastanın devam eden takiplerinde parmaklarda çomaklaşma ve çekilen el grafilerinde kortikal kalınlaşmalar ve periost reaksiyonu görüldü.Hastanın saçlarında kepeklenme ve yağlanma, yüz derisinde kalınlaşmalar ve ellerde hiperhidrozis tespit edildi.Hastaya; el grafilerinde periostoz ve kortikal kalınlaşmalar, parmaklarda çomaklaşma, ellerde hiperhidroz, saçlı deride sebore ve yüz derisinde kutis vertisis girata gibi bulgulara dayanarak pakidermaperiostozis tanısı konuldu.Hasta ilgili bölümlere konsulte edilerek pamidronat tedavisi başlandı

SONUÇ: Pakidermaperiostozis deri ve iskelet sistemini etkileyen erkeklerde daha sık görülen nadir bir hastalıktır.Klinik bulgular pubertede belirginleşmeye başlar.Alın ve yüz derisinde kalınlaşma, parmaklarda çomaklaşma, eklem ağrıları, kutis vertisis girata, hiperhidroz ve göz kapaklarında hipertrofi ile seyreder.Olgumuzda özellikle el bileği ve el parmaklarında olmak üzere eklem ağrıları, kaba yüz görünümü, parmak distal falankslarda çomaklaşma, sebore, hidrozis ve kutis vertisis girata mevcuttu.Özelikle erken dönemde sadece eklem bulguları ile gelen hastalarda pakidermaperiostozis gibi nadir görülen hastalıkların da göz önünde bulundurulması gereklidir.Hastalığın etkin bir tedavisi olmamasına rağmen eklem bulguları olan hastalarda non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar(ind ometazin,ibuprofen,selekoksib vb.) ve kolşisin kullanılmaktadır.Antirezorbtif ve osteoklast inhibitör özellikleri nedeniyle pamidronat ve risedronat gibi bifosfanatlar kullanılabilir. Eklem efüzyonu olanlarda intraartiküler steroid enjeksiyonu denenebilir.Yüz derisindeki kalınlaşmalar, kutis vertisis girata, parmaklarda çomaklaşma ve pitozis için cerrahi uygulanabilir

ANAHTAR KELİMELER: artralji, artrit, pakidermaperiostozis, romatoid artrit

EL GRAFİSİNDE KORTİKAL KALINLAŞMALAR



PS-64 POLİMİYALJİ ROMATİKA VE USUAL İNTERSTİSYEL PNÖMONİ (UIP) BİRLİKTELİĞİ YETERİNCE SORGULANIYOR MU?

Ali Yazıcı[1], Serpil Demirulus[1], Gamze Kılıç[2], Erhan Çapkın[1], Murat Karkucak[1]
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Trabzon, Türkiye*
[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji BD, Trabzon*

AMAÇ: Polimiyalji romatika (PMR), ileri yaş hastalarda omuz, pelvik kuşak ağrısı ve sabah tutukluğu ile karakterize inflamatuar bir hastalıktır. Literatürde interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ile PMR birlikteliği nadiren raporlanmıştır. Her iki hastalığın tedavisinde kullanılan kortikosteroidlerin birçok yan etkisi bulunmaktadır. Biz bu olgumuzda PMR ile ilişkili İAH birlikteliğini ve uzun süreli kortikosteroid tedavisinin olumsuz etkilerini sunmayı amaçladık.

OLGU: 68 yaş erkek hasta son 2-3 aydır artış gösteren her iki omuz ve kalça kuşağında inflamatuar karakterde ağrı ile romatoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinden bir yıldır Usual İnterstitial Pneumonia (UIP) tanısıyla göğüs hastalıkları tarafından takipli olduğu ve o tarihte başlanmış ve 3 ay önce kademeli olarak azaltılarak kesilmiş yüksek doz metilprednizolon kullanım öyküsü olduğu öğrenildi. Sistemik sorgulamasında yaygın miyalji, halsizlik, sabah tutukluğu (>1saat), disfaji ve özefajit yakınmaları mevcuttu. Fizik muayenesinde her iki omuz eklem hareket açıklıkları aktif ve pasif tüm yönlere limitli ve ağrılıydı (VAS-ağrı 10). Her iki alt ekstremite proksimal kaslarda kuvvetsizlik (4/5), torakal kifoz ve alt lomber vertebralarda perküsyonda hassasiyeti mevcuttu. Omuz ultrasonografisinde bilateral biseps tendiniti tespit edildi. Uzun süreli steroid kullanım öyküsünden dolayı akut faz reaktanları normal sınırlardaydı. Hastanın laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Hasta PMR ön tanısıyla ileri tetkik ve ayırıcı tanı açısından hospitalize edildi. Alt ekstremite proksimal kaslarda kuvvetsizliği olan hastada, EMG'de polifazik düşük amplitüdlü motor unit potansiyeller tespit edilmesine karşın CK değerinin normal olması ve uyluk MRG'de miyosit ile ilişkili bulgu saptanmaması nedeni ile kuvvetsizlik etiyolojisinde öncelikli olarak kortikosteroid kullanımına bağlı miyopati düşünüldü. Hastanın uyluk MRG 'de femur distalde kemik iliği infarktı (Resim 1), kalça MRG 'de bilateral avasküler nekroz (Resim 2), lomber grafi ve MRG' de L5 vertebrada çökme fraktürüne ait bulgular tespit edildi. Bu görüntülenme bulgularının ve endoskopide tepit edilen kandida özofajitinin, hastanın kullandığı kortikosteroid tedavisine bağlı olduğu düşünüldü.

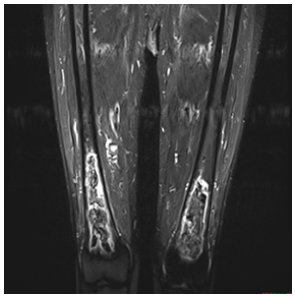
Hastamızda fizik muayene, klinik ve görüntüleme bulguları ile PMR ayırıcı tansısında yer alan malignensiler, vaskülit, enfeksiyon ve konnektif doku hastalıkları ekarte edildi. Hastanın dev hücreli arterit açısından sorgulanmaları, temporal arter US ve Torakal MR anjiyografi bulguları negatif olarak geldi. Toraks BT'de İAH bulgularında progresyon tespit edilmedi. UIP etiyolojisine yönelik yapılan incelemelerde PMR dışında ek bir patoloji saptanmadı.

Daha önce orta-yüksek doz KS kullanımına sekonder çok sayıda yan etki gelişen hastada PMR tedavisine yönelik sistemik KS ve pulmoner tutulumu olması nedeni ile metotreksat tedavisi düşünülmedi. Bisipital tenosinovite yönelik düşük doz lokal KS enjeksiyonu uygulanması ve beraberinde İAH olması nedeni ile Mikofenolat Sodyum başlanmasına karar verildi. Tedavinin ilk haftasında omuz ağrılarında azalma ve EHA'da artış sağlandı. Ancak malignite taramalarında yönelik yapılan endoskopi sonucunda kandida özefajiti tespit edilmesi nedeniyle enfeksiyon hastalıkları tarafından antifungal tedavisi düzenlendi ve tedavi sonlanana kadar Mikofenolat Sodyumun kesilmesi planlandı. Klinik olarak stabil, tedaviye olumlu klinik yanıt alınan hasta poliklinikten takip edilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Literatürde PMR ve İAH birlikteliği nadir rapor edilmiş olmakla beraber omuz, kalça ağrısı ve beraberinde pulmoner semptomları olan hastaların ayırıcı tanısında PMR göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca hastalarda KS kullanımı açısından dikkatli olunmalı ve ilaç yan etkisi açısından gerekli takipler yapılmalıdır.

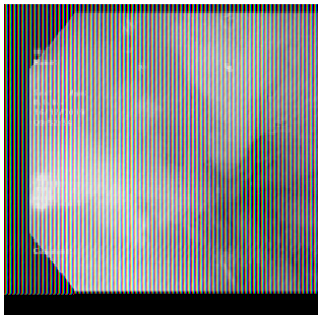
ANAHTAR KELİMELER: interstisyel akciğer hastalığı, polimiyaljia romatika, usual intersisyel pnömoni

resim 1



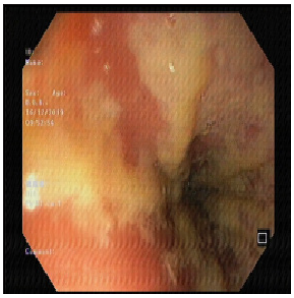
Uyluk MRG T2 cor görüntüsü

resim 2



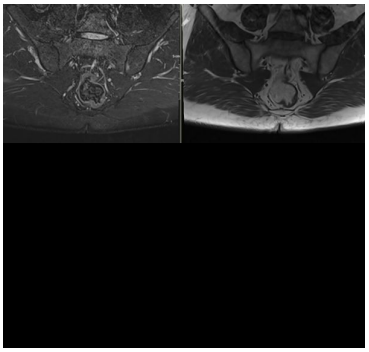
Kalça MRG T2 cor görüntüsü

resim 3



Endoskopide candida ozefajiti

tablo-1



laboratuar bulguları

PS-65 TNF-A İNHİBİTÖRÜ KULLANAN HASTADA GELİŞEN TİROİD PAPİLLER KARSİNOMU: OLGU SUNUMU

Gökhan Taşkın, Eser Kalaoğlu, Nazlı Derya Buğdaycı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul

AMAÇ: TNF canlı tüm hücrelerde yer alan, geniş spektrumda etkinliği olan bir sitokindir. TNF-α; enfeksiyon, malignite, otoimmünitelerde gelişen inflamatuar reaksiyonların ve vücut savunma sisteminin ana düzenleyicisidir. Kronik inflamasyonun ana düzenleyicisi olan TNF-α'ya karşı geliştirilen TNF-α inhibitörleri yaklaşık 20 yıldır Romatoid Artrit (RA), Psoriatik Artrit (PsA), Ankilozan Spondilit (AS) gibi immün sistem aracılığı ile oluşan inflamatuvar romatizmal hastalıkların tedavisinde tercih edilmektedir. Yapılan çok sayıdaki klinik çalışmada, bu tedavinin inflamasyon ve eklem hasarı üzerindeki etkinliği kanıtlanmıştır. Sık kullanılmaya başlayan bu ilaçların etkinliklerine rağmen artmış kanser ve enfeksiyon riski gibi yan etkileri nedeniyle endişeler mevcuttur. Bu yazıda, Ankilozan Spondilit (AS) nedeniyle TNF-α inhibitörü tedavisi alan hastada gelişen tiroid papiller karsinomuna dikkat çekmek ve klinik seyri hakkında bilgi vermek amaçlanmaktadır.

OLGU: 32 yaşında erkek hasta, bel ağrısı, sabah tutukluğu ve ayak tabanında ağrı şikayetleriyle 2017 yılında polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde, 19 yaşından beri bel ağrısı ve sabah tutukluluğu şikayetleri olduğunu ve 26 yaşına kadar ağrı kesiciler ile idare ettiğini söyledi. 2012 yılında ayak tabanında şikayetleri artması sonucu Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) polikliniğine başvurmuş ve plantar fasiit düşünülerek ve enjeksiyon yapılmış. 1 yıl sonra ağrıları tekrarlayan hastaya extracorporeal shock wave therapy (ESWT) yapılmış. ESWT sonrasında şikayetleri şiddetlenen hasta farklı bölümlere başvurmuş ve lomber manyetik rezonans görüntülemede (MRG) lomber disk hernisi tanısı alarak tedavi edilmiş. Ağrıları geçmeyen hasta 2015 yılında Romatoloji polikliniğine başvurmuş, HLA-B27 testi pozitif gelen hastaya AS tanısı konarak Sülfasalazin başlanmış. Sülfasalazinden fayda görmeyen ve yan etki gelişen hastaya adalimumab başlanmış.

2 yıl boyunca adalimumab kullanan ve ilaçtan az fayda gördüğünü ifade eden hastanın tarafımızca 2017 yılında yapılan fizik muayenesinde servikal ve lomber eklem hareket açıklığı (EHA) her yöne minimal kısıtlıydı. Kalça, bel, sol aşil tendon bölgesinde ve her iki topukta ağrısı mevcuttu. Modifiye schöber 5.5 cm, BASDAI 7.1, BASFI 3, BASMI 4.1 idi. Sedimentasyon 8 mm/h ve CRP 2.22 mg/L saptandı. SİE MR'da sakroileit (Resim 1), direkt grafide grade 3 sakroileit(Resim 2), lomber ve servikal ligaman kalsifikasyonları izlendi. Hastanın adalimumab tedavisini infliksimab ile switch ettik. 3 ay sonra şikayetlerinin azaldığını ama ara ara kalça ağrılarının olduğunu ve her iki ayak tabanındaki ağrının azalmadığını belirtti.

Şikayetleri süren hastanın infliksimab tedavisi etanercept ile switch edildi. Son muayenesinde hastanın etanercept tedavisi devam ederken servikal ve lomber eklem hareket açıklığı (EHA) tama yakındı. Her iki kalça, diz, ayak bileği ve omuz eklem muayeneleri normaldi. Modifiye schöber 6 cm, göğüs ekspansiyonu 2,5cm, BASDAI 1.7, BASFI 0.5, BASMI 1 idi. Sedimentasyon 20 mm/h ve CRP 2.5 mg/L saptandı.

Etanercept tedavisi altındayken 21.09.2018 tarihinde boyun şişlik şikayeti nedeniyle hastadan boyun ultrasonografisi (USG) istendi. Çekilen USG'de tiroid sağ lobda büyüğü 30,5x23x28 mm boyutunda nodüller görülmesi üzerine hasta genel cerrahiye konsülte edildi. Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu tiroid papiller karsinom tanısı alan hastanın mevcut etanercept tedavisi hemen stoplandı ve non-steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ) ile tedaviye devam edildi. 13.11.2018 tarihinde hastaya genel cerrahi tarafından total tiroidektomi operasyonu yapılmış, post-op 1 kür radyoaktif iyot tedavisi almış. Kontrole gelen hastaya NSAİİ tedavisi devam edildi.

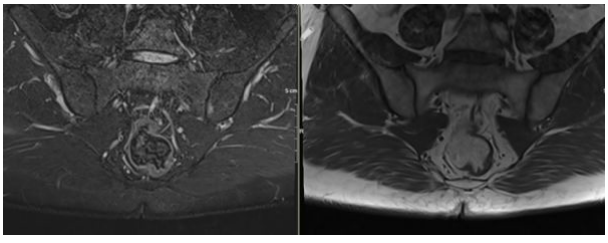
SONUÇ: AS ve RA gibi romatolojik hastalıkların patogenezinde artmış inflamasyon bulunmakta olup TNF-α anahtar rol oynar. Bu etkiyi kıran TNF-α inhibitörlerinin son yıllarda kullanımı artmıştır. TNF-α inhibitörleri inflamatuar artirit etkilerini azaltıp yapısal hasarı en aza indirme, daha iyi semptom kontrolü ve yaşam kalitesi sunması açısından önemlidir. Bu etkili ilaçların ortaya çıkması ile hastalık kontrol hedeflerinde önemli sonuçlar elde etmemiz sağlanmıştır. Her ne kadar TNF-α inhibitörleri ile tedavi romatolojik hastalıklarla mücadelede önemli bir silahımız haline gelse de kanser ilişkili potansiyel risk, önemli bir sorun olmaktadır.

TNF-α'nın kansere neden olan inflamasyonun tetiklenmesinde aracı mediyatör rolüne karşın natural killer ile sitotoksik T hücresi üzerinden tümör hücrelerinde ölüme neden olması gibi zıt etkileri vardır. Bu nedenle de TNF-α teorik olarak kanser büyümesini uyarabilmekte veya engelleyebilmektedir. TNF-α'nın ve dolayısıyla inhibitörünün bu etkileri, kanser ile ilişkili yapılan araştırmalarda çıkan sonuçlar arasında uyumsuzluğun nedeni olabilir.

Dreyer ve ark. yaptığı TNF-α inhibitörü tedavisi alan 3688 hastanın yer aldığı bir çalışmada 30 hastada kanser gelişimi görülmüştür. Bu hastalarda tiroid kanseri gelişimi saptanmamıştır. Bununla birlikte TNF-α inhibitörü tedavisi ile tiroid kanserleri arasında ilişki hala tartışmalıdır. Amerikan Romatoloji Cemiyeti TNF-α inhibitörü tedavisi başlamadan önce çeşitli kanserin taramaları önermesine rağmen; artan insidansa da sahip olan papiller tiroid kanser için tarama önerisinde bulunmamaktadır. Diğer taraftan Amerikan Tiroid Derneği; tiroid kanseri risk faktörü olan hastalarda tiroid USG taraması önermektedir. Biz de hastamıza TNF-α inhibitörü tedavisi başlamadan önce yapılması önerilen taramalar içinde yer almaması nedeniyle tiroid kanser taraması yapmamıştık; ama insidental olarak papiller tiroid karsinomu saptanması üzerine TNF-α inhibitörü tedavisini stopladık. Tüm bu veriler incelendiğinde bizim olgumuzdaki gibi tiroid papiller karsinom gibi sık görülen bir kanserin gözden kaçmaması için TNF-α inhibitörleri tedaviye başlanmadan önce tiroid kanseri taramalarının yapılan taramalara eklenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. TNF-α inhibitörleri ve kanser ilişkisini belirlemek için literatürde yeterli çalışma olmaması nedeniyle daha ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: Aksiyel spondiloartrit, Ankilozan Spondilit, TNF-α inhibitörü, Tiroid papiller karsinomu

Resim 1



Resim 2



pelvis x-ray

PS-66 HIGH LEVELS OF CATHEPSIN S AND CYSTATIN C IN FIBROMYALGIA SYNDROME

İbrahim Koçak[1], Sami Hizmetli[2], Ayça Taş[3], Ahmet Karadağ[1], Cemile Zontul[4], Yavuz Siliğ[4]
[1]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey*
[2]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Division of Rheumatology, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey*
[3]*Department of Nutrition and Diet, Faculty of Health Sciences, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey*
[4]*Department of Biochemistry, Faculty of Medicine, Cumhuriyet University, Sivas, Turkey*

OBJECTIVE: This study aims to compare the serum Cathepsin S (CatS) and Cystatin C (CysC) levels between patients with fibromyalgia syndrome (FM) and healthy control subjects.

MATERIALS-METHODS: The study included 145 FM patients newly-diagnosed with FM according to the 2010 American College of Rheumatology criteria and 129 healthy volunteers. Venous blood samples were collected from both groups for the measurement of the levels of serum CatS and CysC levels.

RESULTS: No statistically significant difference was determined between the patient and control groups in terms of age and sex (p>0.05). A comparison of the serum CatS and CysC levels of the FM and control groups revealed a statistically significant difference (p=0.001).

CONCLUSION: The serum CatS and CysC levels were found to be higher in the FM patients. These results can be of guidance for further clinical studies of the etiopathogenesis and treatment of FM.

KEYWORDS: Cathepsin S, Cystatin C, fibromyalgia, pain

Table 1. Comparison of serum Cathepsin S and Cystatin C levels between patients and controls

	Patients (n=145)	Controls (n=129)	p
Cathepsin S (mg/L)	538.6 (255.7-61.4)	360 (157.1-675.7)	0.001*
Cystatin C (mg/L)	2.88 (1.38-4.33)	1.97 (1.15 – 2.91)	0.001*

**P<0.05 value was regarded as significant; Results are given median 1th and 3th quartiles; n: Number of patients.*

PS-67 ROMATOİD ARTRİTLİ HASTADA ORTAYA ÇIKAN NADİR BİR GÖZ KOMPLİKASYONU DESMATOSEL

Duygu Öztürk, Deniz Dülgeroğlu Erdoğdu, Yasemin Tombak, Emel Ekşioğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Ankara

AMAÇ: Romatoid Artrit'in(RA) göz tutulumu keratokonjoktivit sikka başta olmak üzere sklerit, episklerit, üveit, ülseratif keratit, retina dekolmanı, maküla ödemi gibi klinik tablolar olabilir. RA tedavisinde kullanılan ilaçlar da gözü etkileyebilir. Uzun süreli kortikosteroid kullanımı; katarakt ve glokoma, hidroksiklorakin keratopati ve retinopatiye yol açabilir. Desmatosel kornea tabakasında ülserasyona bağlı descement membranının göz içi basınç artışı etkisi ile öne doğru prolobe olmasıdır. Nedenleri arasında; enfeksiyonlar, RA gibi inflamatuvar hastalıklar, travma, Keratoconjuncitivis sicca vardır. Bu vaka takdiminde uzun süredir RA tanısıyla takipli, ciddi Diyabetes Mellitus (DM), Diyabetik Nefropatisi olan tedavisinde tosilizumab bulunan hastada ortaya çıkan nadir bir göz komplikasyonu olan desmatosel anlatılmıştır.

OLGU: ŞO, 67 yaşında kadın, 30 senedir RA nedeniyle takipli, ek olarak hipertansiyon ve DM hastalıkları mevcut. 7 yıldır i.v. Tosilizumab 600mg/ay kullanıyor. Klinik aktivitesi yok, sabah tutukluğu 5-10 dakika, şiş ve hassas eklemi yok, VAS:25, HAQ:1,2, DAS-28:3.03, her iki elde kuğu boynu ve ulnar deviasyon deformitesi mevcut. Sistemik sorgusunda; 20 gündür sol gözünde kızarıklık, akıntı, opaklaşma, görme bulanıklığı şikayeti mevcut. Tam kan sayımında lökosit:10,02, CRP: 41 mg/L, ESH: 49 mm/ sa. Hastaya Tosilizumab dozu verilmedi, göz şikayetleri için daha önce takipli olduğu göz hastalıkları kliniğine yönlendirildi. Kendisine sol gözde perfore desmatosel tanısı konulmuş; Amniotik membran transplantı ile fibrin yapıştırıcı kombinasyonuyla tedavi edilmiştir. Hasta 2 hafta sonra kontrole geldiğinde göz patolojisinde iyileşme tespit edildi. Göz doktorunun biyolojik ajan almasında sakınca olmadığına dair görüşü üzerine Tosilizumab dozu verildi.

SONUÇ: RA da immun kompleksler ve proinflamatuvar sitokinlere bağlı olarak korneada matriks metalloproteinaz enzim aktivitesi dengesinin bozulmasıyla keratite yatkınlık oluşur. RA ile birlikte görülebilen sekonder Sjögren de, göz kuruluğu yaptığı için desmatosel için risk faktörü olabilmektedir. IL-6 antagonisti olan tosilizumab proinflamatuvar sitokinleri baskılayarak keratit olşumunu önleyici özellik gösterir. Literatürde tosilizumab üveit tedavisinde olumlu etkisi nedeniyle önerilmektedir. Hastamızda ortaya çıkan göz patolojisini Tosilizumab'a bağlamak için yeterli kanıt yoktur.

ANAHTAR KELİMELER: Romatoid Artrit, Göz Hastalığı, Desmatosel, Tosilizumab

PS-68 ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ BİR OLGUDA HIZLA İLERLEYEN PULMONER APİKAL FİBROZİS

Hasan Ulusoy[1], Nazmiye Tibel Tuna[2], Aslı Tanrıvermiş Sayıt[3]
[1]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, FTR Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun*
[2]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı*
[3]*Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı*

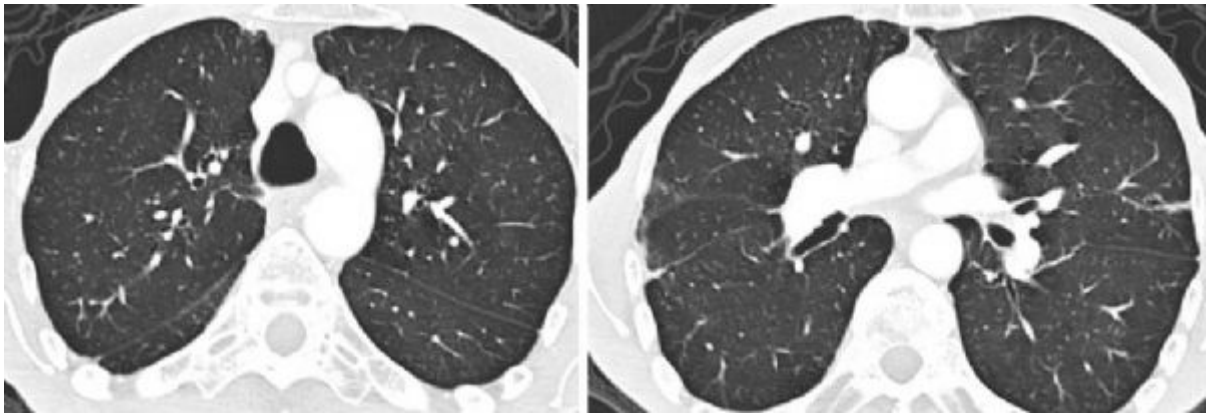
AMAÇ: Pulmoner apikal fibrozis ankilozan spondilitin (AS) geç dönemlerinde görülen nadir bir komplikasyondur. Tüberküloz ve malignite ile karışabilen bu lezyonun temel özelliği çok yavaş gelişmesi ve sıklıkla asemptomatik olmasıdır. Biz burada klinik olarak remisyonda olan, ancak 3 yıl içerisinde hızla pulmoner apikal fibrozis gelişen AS'li bir olgu sunuyoruz.

OLGU: Atmış yaşında erkek hasta son 2 yıldır giderek artan öksürük, nefes darlığı ve çabuk yorulma şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Öyküsünde 1976 yılında tanı konulan AS dışında hastalığı yoktu. Son yıllarda ağrısı olmadığından ayda 2-3 gün aldığı analjezik antiinflamatuar ilaçlar dışında sürekli kullandığı bir ilacı yoktu. Fizik muayenede sağ akciğer üst zonlarda solunum sesleri azalmıştı. Göğüs ekspansiyonu ve lomber Schober's testi 0 cm olarak ölçüldü. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 72 mm/h, C-reactive protein (CRP) 28 mg/dL bulundu. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonlarda diffüz opasite artışı, trakeada sağa deviasyon görüldü. Toraks BT'de sağ akciğer üst lobda kronik fibrozis ile uyumlu olarak traksiyon bronşiektazilerinin eşlik ettiği konsolidasyon görüldü. Hastanın üç yıl önce 2016'da çekilen Toraks BT'sinde ise sağ akciğer üst lobunda parankimal destrüksiyona neden olan apikal fibrozis lezyonunun olmadığı ve bu lezyonun üç yıl içerisinde geliştiği anlaşıldı. Biyopsi sonucunda malignite, granülomatöz inflamasyon ve vaskülit lehinde bir bulguya rastlanmadı. Boyama ve kültür sonuçlarında herhangi bir enfeksiyon ajanına rastlanmadı. Böylece hasta AS'in pulmoner tutulumu olarak kabul edildi. Pulmoner rehabilitasyon programına alınan hastaya etanersept 50 mg/hafta ve meloksikam 15 mg/gün başlanarak takibe alındı.

SONUÇ: Bu olgu, AS'li hastalarda yıllar içerisinde kas-iskelet sistemine ait semptomların azalmasına rağmen pulmoner apikal fibrozis gibi ekstraartiküler komplikasyonların gelişmeye devam edebileceğini göstermektedir. Bu nedenle şikayeti olmayan hastalarda da düzenli sistemik kontrollere devam edilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit, Apikal fibrozis, Pulmoner tutulum

Toraks BT 2016



Sağ akciğerdeki lezyonun olmadığı görülüyıor

Toraks BT 2019



Sağ akciğerde apikal fibrozis ve traksiyon bronşiektazileri

PS-69 PRİMER SJÖGREN SENDROMLU HASTALARDA FONKSİYONEL KAPASİTE VE KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ ARASINDA İLİŞKİ:VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

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

AMAÇ: Dünya çapında, tüm kardiyovasküler hastalıklar arasında, ateroskleroza sekonder gelişen koroner kalp hastalığı(KKH) en önde gelen ölüm nedenidir. Primer Sjögren Sendromunda (PSS) KKH için kümülatif insidans anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.Bu çalışmada PSS hastalarında fonksiyonel kapasite ile geleneksel risk faktörleri ilişkisinin sağlıklı kontrollere karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 27 PSS hastası ve 27 sağlıklı kontrol dahil edildi. Her iki grubun arteryal kan basıncı, bel çevresi ölçümleri, sigara alışkanlıkları, serum lipit düzeyleri, açlık kan şekeri, akut faz reaktanı düzeyleri kaydedildi. Fiziksel aktivite düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi(IPAQ) kullanılarak değerlendirildi. Katılımcıların Kardiyovasküler olay riski Framingham risk hesaplama modeli ile hesaplandı. Tüm katılımcıların fonksiyonel kapasiteleri 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT) ile değerlendirildi.

BULGULAR: PSS grubunun 6DYT sonucu kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu (p=0,03). Her iki grubun 6DYT sonuçları; sigara içimi, IPAQ skoru ve yaşa göre düzeltilmiş olarak univariate varyans analizi ile karşılaştırıldığında anlamlılığın korunduğu görüldü. Her iki grupta yaş, Framingham risk sonucu, beden kitle indeksi ve bel çevresinin fonksiyonel kapasite ile anlamlı ilişki içerisinde olduğu saptandı(r=0,32-0,39 p<0,05). PSS grubuda serum total kolesterol ve trigliserid düzeyleri fonksiyonel kapasite ile ilişkili bulundu. Kontrol grubunda IPAQ skoru ile fonksiyonel kapasite arasında pozitif korelasyon saptandı(r=0,435, p=0,011)

SONUÇ: PSS hastalarında kalp hastalıklarına bağlı artmış mortalite riski göz önünde bulundurularak aerobik egzersiz programını içeren egzersiz reçetesi düzenlenmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Aerobik Egzersiz, Fonksiyonel Kapasite, Primer Sjögren Sendromu

PS-70 PSÖRİATİK ARTRİTLİ HASTADA SİRİNGOMYELİ VE EŞLİK EDEN KÜBİTAL TÜNEL SENDROMU

Gülşah Soytürk, Nazlı Derya Soy Buğdaycı, Nurdan Paker
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon SUAM,İstanbul

AMAÇ: Bu yazı da Psöriatik artrit (PsA) tanısıyla uzun süredir takip edilen şiddetli sol dirsek artriti olan hastanın, uyuşma, karıncalanma, el de becerisizlik şikayetlerinin eklenmesi üzerine yapılan tetkiklerde syringohidromiyeli ve kübital tünel sendromu tanısı konulması süresi tartışılmıştır.

OLGU: Yaklaşık 20 yıldır PsA tanısı ile takip edilmekte olan 59 yaşında erkek hasta, 2016 yılından itibaren infliksimab 3 mg /kg / 8 haftada kullanmaktadır. 2013 yılında sol dirsekte var olan tedaviye dirençli ağrılar ile değerlendirilen hastaya yapılan yüzeyel ultrasonografi de sol kolda dirsek distalinde cilt altında ödem, sol dirsek çevresi yumuşak dokuda 23 mm çaplı heterojen hipoekoik alan ve 2 cm çaplı internal ekojineteler içeren koleksiyon saptanmış. Hastaya kontrastlı sol dirsek eklemi manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesi yapılmış. Eklem aralığında sıvı artışı, sinovyal kalınlaşma ulna radius ve humarus troklear bölgede kemiklerde subkondral ödem, brakioradial, brakial ve pronator kaslarda ödematöz sinyallerin eşlik ettiği infektif/inflamatuar sinyal değişiklikleri şeklinde raporlanmış. Sol dirsek kitle eksizyonu yapılıp patolojiye gönderilmiş. Patoloji raporu fokal alanda sinovyal hiperplazi içeren bağ dokuda vasküler proliferasyon, miksoid dejenerasyon, hafif şiddette kronik inflamasyon olarak raporlanmış. Operasyondan yaklaşık 3-6 ay sonra hastanın sol dirsek ağrısına 3-4-5. parmakta uyuşma, karıncalanma zamanla ilerleyen elde beceriksizlik ve sol omuz ağrısı eklenmiş. Daha öncesinde her iki üst ekstremite ve alt ekstremitesinde bu tarz semptomları olmayan hastanın yürümede dengesizlik ve idrarını tutamama gibi şikayetleri de sorgulandığında yoktu.

Fizik muayenesinde; hassas ve şiş eklem -, daktilit sol el phalanksları +, pullu eritematöz döküntüler sol ön kol ve her iki alt ekstremite tibial ön yüzünde +, entezit -, tırnaklarda çizgilenme + çukurlaşma + sol dirsekte lateral epikondilin 1 cm kadar altında operasyon sonrası var olan ve geçmeyen 1x1 cm boyutlarında akıntılı yara +, şişlik – medial epikondil bölgesinde palpasyonla hasssasiyet +, dirsek eklem hareketleri açıklığı fleksiyon 80 derece, ekstansiyon –20 derece idi, dirsek fleksiyon testi + medial epikondil impingement testleri +. Kas gücü değerlendirilmesinde sol el bileği, MCP eklem ve parmak ekstansör kas gücü 4/5 diğerleri tamdı. Patolojik refleks yoktu. Refleksler sol üst ekstremite de brachialis ve triceps hipoaktif diğerleri normoaktifti. Hastanın orta parmak dirençli ekstansiyon da ağrısı vardı. Duyu muyanesinde bilateral üst ekstremite de hipoestezisi mevcuttu. İnterosseoz kaslarda atrofi + 4-5.parmakda adduksıyon zaafiyeti + mevcuttu. Hastada osteonekroz, yara yeri enfeksiyonu, servikal radikülopati, ulnar tuzak nöropati ön tanıları düşünüldü. Hastadan omuz ön-arka grafisi, servikal grafi, dirsek grafisi, servikal ve dirsek manyetik rezonans görüntüleme (MRG), rutin kan testleri ve sırası ile EMG istendi. Laboratuar testleri ve grafileri normal olarak değerlendirildi. Yapılan servikal MRG de C4 düzeyinden başlayarak proksimal torakal spinal kord boyunca uzanan hidrosyringomyeli ve kök basısı yapmayan multisegmente disk patolojileri saptandı.Yapılan dirsek MRG da sinovit ile uyumlu sıvı artışı ve dejeneratif hipertrofik değişiklikler izlendi. EMG de sol ulnar sinir motor ileti çalışmasında solda BKAP ufalmış, duyu ileti çalışmasında solda DAP elde edilememiş olup FCU innervasyonu öncesinde kronik parsiyel aksonal lezyonu ile uyumlu şeklinde raporlandı.

Bu tetkikler sonucunda diğer tanılar dışlandı, hastaya PsA dirsek eklem artriti ve syringomyeli zemininde eşlik eden kübital tünel sendromu teşhisi konuldu.

Hastaya semptomları artırıcı hareketlerin tekrarlanmasından kaçınılması açısından hasta eğitimi ve aktivite modifikasyonu anlatıldı. Dirseği 45° fleksiyonda tutan termoplastik rijit splinti tüm gün kullanması, günde 2-3 kez splint çıkartıp pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri yapılması önerildi. Ağrı kontrolünde non-steroidal antiiflamatuar ilaçlar (NSAİİ) kullanılabilirdi ancak hasta kullanmak istemedi. Ağrı kontrolü sağlandıktan sonraki dönemde total kol gücünü ve eklem kinematiğini arttırmak amacıyla basamaklı olarak hafif günlük aktivitelerde splint çıkartılıp üst ekstremite eklem haraket açıklığı, aktif-yardımlı fleksibilite egzersizleri ve submaksimal güçlendirme egzersizleri planlandı.

SONUÇ: Psöriatik artrit genellikle romatoid faktörün (RF) negatif olduğu psöriasis ile ilişkili inflamatuvar bir artrittir. PsA kliniğinde inflamatuvar ağrı, yaygın eklem ağrısı, artrit, daktilit, entezit, üveit, periferal ödem, tırnak tutulumu gibi bulgular görülebilir(1). Spinal kordun kronik, progresif, dejeneratif bir hastalığı olan siringomyelinin semptom ve bulguları sirinksin lokalizasyonu ve boyutlarına bağlı olarak değişiklik gösterir. Yüzeyel ya da derin duyu bozuklukları, ellerde ağrı, yanma, atrofi görülebilmektedir(2). Kübital tünel sendromu, karpal tünel sendromundan sonra ikinci en sık görülen sıkışma sendromudur. Şikayet genellikle önkolun medialine yayılan ağrı, elin dorsal ve palmar yüzünde duyu anormallikleri ve elin intrensek adalelerinde motor zayıflık şeklindedir(3).
Dirsek ağrısı, kollarda uyuşma karıncalanma, el becerilerinde gelişen kayıp; servikal radikülopati, siringomyeli, omuz patolojileri, osteoartrit, enfeksiyon, osteonekroz, maligniteye sekonder gibi birçok nedene bağlı düşünülebilir. Bizim hastamızda olduğu gibi bu semptomlara neden olabilecek birçok hastalığa aynı anda sahip olan bireylerde yeni gelişen hastalık tanısı gözden kaçabilmektedir. Tuzak nöropatilerinde tanı klinik olarak konur ve genellikle sinir iletim çalışmalarından (Elektronöromyografi-ENMG) da yararlanılır (4). Hastalara hastalığın gidişatının genellikle iyi seyirli olduğu, semptomları artırıcı hareketlerin tekrarlanmasından kaçınılması açısından hasta eğitimi ve aktivite modifikasyonu önemi özellikle anlatılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1- Bruce IN. Psoriatic Arthritis. Clinical Features. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblat ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. 4th ed. Philadelphia:Elsevier Limited, 2008;1165-76.

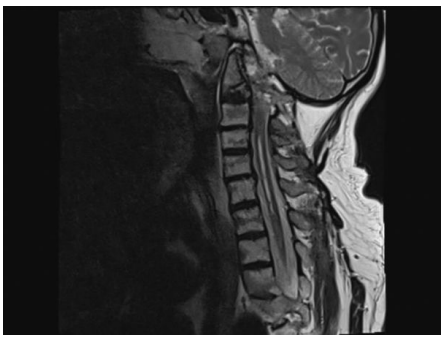
2- Karaoğlan B. Siringomyeli ve tedavisi. In: Beyazova M, Kutsal YG editors. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara, Günefl Kitabevi Ltd. fiti; 2000. p.2020-27.

3- Colditz JC. Splinting the hand with a peripheral nerve injury. In: Mackin EJ, Callahan AD, Skirven TM, Schneider LH, Osterman AL, Hunter JM, editors. Rehabilitation of the hand and upper extremity, 5th ed. St. Louis: Mosby; 2002. p.622–34.

4- Nai. Wen Tsai, Lian. Hui Lee, Chi. Ren Huang et al. The diagnostic value of ultrasonography in carpal tunnel syndrome: a comparison between diabetic and non. diabetic patient. BMC neurology. 2013; 13:65

ANAHTAR KELİMELER: Kübital Tünel, Psöriatik artrit, Hidrosiringomiyeli

Servikal MRG



C4-Proksimal torakal spinal kord boyunca uzanım gösteren Hidrosyringomyeli

PS-71 SERTOLİZUMAB PEGOL TEDAVİSİ ALTINDA DEMİYELİNİZAN HASTALIK GEÇİREN BİR VAKA

Muharrem Aker, Gaye Narin, Ali Erdem Baki, Elif Tipi
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi,Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,Zonguldak

AMAÇ: Tümör nekroz faktör alfa (TNF-α), T hücre aracılı doku hasarına sebep olan inflamasyonda rol alan önemli bir sitokindir. TNF-α inhibisyonu yapan ilaçlar (anti-TNF) birçok romatizmal ve otoimmün hastalığın tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Kabul edilebilir düzeyde güvenilirliği ve tolerabilitesi olan bu ilaçların kullanımı sırasında gelişebilen yan etkiler arasında ciddi enfeksiyonlar, cilt kanseri, demyelinizan hastalıklar, kalp yetmezliğinde kötüleşme, immun hastalık,lupus like sendrom,vaskülitler,DM,miyozit,MG gibi bir çok hastalık sayılabilir. Ayrıca sayısız nörolojik komplikasyonlara sebep olmaktadır ki bunların en yaygın olanı demiyelinizasyon durumunun ortaya çıkması ya da alevlenmesi olarak bildirilmektedir. Ancak anti-TNFa ajanların kullanımı sonucu hastalarda multipl sklerozu tetiklediğine veya santral sinir sisteminde yeni demiyelinizasyonu indüklediğine dair tartışmalar mevcuttur.Bu olayların rastantısal mı olduğu,nedensel ilişkili ya da TNFa inhibisyonunun demiyelinizasyonu tetiklediği ya da şiddetlendirici etkisi henüz tam bilinmemektedir.Biz bu olgumuzda sertolizumab pegol tedavisi sırasında demiyelinizan hastalık tanısı alan bir vakayı incelemek istedik.

OLGU: 22 yasında kadın hasta ilk kez 9 yasında iken diz,ayak bilekte şişlik yakınması ile başvurduğu bir Romatoji Kliniği tarafından JİA tanısıyla düzensiz olarak çeşitli hastalık modifiye edici ajan kullanmış.17 yaşında ilk olarak Bülent Ecevit Üniversitesi FTR polikliniğine başvuran hastanın muayenesinde sol kalçada artralji,sağ dizde artrit,karın ağrısı, ateş şikayetleri ve tetkiklerinde RF pozitifliği (22) HLAB27 pozitif, ANA 1/1000 granüler pozitif, FMF E148q mutasyonu pozitif belirlenmiş.Tedavisinde sulfasalazın,kolsisin ve kortikosteroid ile devam edilen hasta şikayetlerinin devam etmesi üzerine başvurduğu dış merkez Romatoloji Kliniği tarafından sertolizumab pegol tedavisi başlanmış.Tedavisinin 3.ayında Bülent Ecevit Üniversitesi FTR polikinliğine yeniden başvuran hastanın nörolojik muayenesinde bulanık görme ve alt ekstremitelerde hipoestezi yakınması mevcuttu. Hasta nöroloji ve göz hastalıklarına yönlendirildi. Başvurduğu göz hastalıkları doktoru tarafından optik nörit ön tanısı ve nöroloji kliniği tarafından mevcut kliniği üzerine çekilen kranial MRG da solda daha çok olmak üzere bilateral serebral hemisferde periventriküler düzgün konturlu 5-6 adet, en büyüğü sol lateral ventrikül posterior horn komşuluğunda 1 cm yi bulan T2 yüksek sinyalli lezyonlar izlenmiş ve multipl skleroz plakları olarak yorumlandı. Hastada demiyelinizan hastalık saptanması üzerine sertolizumab pegol tedavisi kesilerek MS tedavisine başlandı.Çekilen diğer MRGlarında spinal lezyonlarda regresyon gösteren periventriküler akut lezyonlar saptandı.

SONUÇ: Ülkemizde kullanılmakta olan tümör nekrotizan faktör alfa inhibitörü (anti-TNFa) ajanlardan olan sertolizumab pegol, TNFa'ya karşı oluşturulmuş humanize bir monoklonal antikorun, rekombinan yapıda ve polietilen glikol ile pegilize edilmiş Fab kısmından oluşur. Sertolizumab öncelikle 2008 yılında Crohn hastalığı için, akabinde 2009 yılında romatoid artrit, 2013 yılında psöriatik artrit ve ankilozan spondilit kullanımı için FDA'den onay almıştır. Anti-TNFa ajanlarının kullanımına sekonder nörolojik ciddi yan etkiler bildirilmiş olup özellikle demiyelinizasyona neden olan multıpl skleroz, optik nörit, çeşitli periferik nöropatiler (Guillain Barre, kronik inflamatuvar demiyelinizan polinöropati, iletim bozukluğu ile giden multifokal polinöropati, aksonal polinöropati) bunların içerisinde bulunmaktadır. Mevcut rehberler multiple skleroz gibi demiyelinizan tablosu bulunan ya da aile hikayesi olan insanların anti-TNFa ajanların kullanımı sonucu santral sinir sisteminde artmış demiyelinizasyon ile karşı karşıya olduğunu söylenmektedir. Bizim hastamızın özgeçmişinde demiyelinizan bir hastalık öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde demiyelinizan bir patoloji öyküsü olmasa da mevcut durumun var olan bir demiyelinizan hastalığın tetiklenmesi mi yoksa kullanılan ajana sekonder gelişen bir demiyelinizan patoloji mi olduğunun ayrımı yapılamamaktadır. Bu ayrım yapılamasa bile hastada demiyelinizasyon geliştiğinde bundan sonraki basamakta kullanılacak tedavide farklı bir yol izlemek gerekecektir. Sonuç olarak anti-TNFa ajanlarını kullanan hastalarda santral sinir sisteminde demiyelinizasyon gelişebileceği unutulmamalıdır. Özellikle şüpheli nörolojik semptomları olan hastalar ayrıntılı nörolojik muayene ile değerlendirilmelidir. Rutin MRG önerilmemekle birlikte ailesinde demiyelinizan ya da otoimmun hastalık öyküsü olan hastalar tedavi öncesi MRG olası sessiz demiyelinizan lezyonları saptamada faydalı olabilir. Literatürde benzer vakalar,otoimmun hastalıkların sıklaştığı 45li yaşlarda daha yoğunlaşmakla beraber bizim vakamızda bu durum daha eken yaşta ortaya çıkmıştır ve tedavi sonrası da progresyon devam etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER: sertolizumab pegol, demiyelinizan hastalık, multipl skleroz, juvenil idiopatik artrit

PS-72 ÇOCUKLARDA ŞİDDETLİ KEMİK AĞRISI NEDENİ; KRONİK REKÜRRENT MULTİFOKAL OSTEOMYELİT

Duygu Kurtuluş[1], Batuhan Palalıoğlı[2], Ferhat Demir[3], Betül Sözeri[3]
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniği*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniği*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğtim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Romatoloji Kliniği*

Kronik rekürren multifokal osteomiyelit (CRMO) genellikle çocuklar ve ergenlerde görülen sıklıkla kendini sınırlayan, enfeksiyöz olmayan otoenfamatuvar bir hastalıktır. Tekrarlayan ağrılı ve simetrik tutulumlu kemik lezyonları ile karakterizedir. Nadir görülen bu hastalığın etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Ergen kızların daha çok etkilendiği bu hastalıkta kadın/erkek oranı 5/1'dir. En sık 4 ila 14 yaşları arasında görülür. CRMO, sinsi başlayan hafif ya da orta şiddette ağrı ile tutulan kemiğin üzerinde enflamasyon bulgularının gözlendiği bir durumdur. Genellikle uzun kemiklerin metafzlerini tutar, sıklıkla simetrik ve bilateraldir.Radyolojide litik lezyonlarla karşımıza çıkabileceği gibi değişen derecelerde skleroz da eşlik edebilir. Alevlenme ve iyileşme atakları ile seyreder.

Biz burada her iki bacağında kronik tekrarlayan ağrı ve şişlik şikayeti ile başvuran, klinik ve laboratuvar olarak ayırıcı tanısı yapılarak, CRMO tanısı konan 6.5 yaşında bir kız olguyu sunuyoruz.

OLGU: 6,5 yaşında kız hasta her iki diz ve ayak bileklerinde şiddetli ağrı nedenei ile hastanemiz pediatrik romatoloji polikliniğine baş vurdu. 2 yaşından bu yana şikayetleri olan hasta dış merkezlerde takip edilmiş. 2 yaşında eklem ağrısı ve tutukluk atakları başlamış ve FMF tanısı almış. 4 yaşına kadar bir çok defa hastane yatışı gerektiren eklem ağrışı ve şişlikleri olmuş. 4 yaşında juvenil idiopatik artrit (JİA) tanısı almış ve hastaya MTX, prednizolon ve NSAİD tedavisi başlanmış. Tedaviye yeterli yanıt alınamayınca etanercept eklenmiş. Bize baş vurduğuda ki ilk fizik muayenesinde; Vücut Ağrılığı 14.6 kg (<3p),Boy Uzunluğu 99.5 cm (<3p), Diz hareketleri ağrılı, ödem yok, ısı artışı yok, kızarıklık yok, genl durum orta. Bilinç açık. Cilt: Doğal. Mukozalar ıslak. Cilt lezyonu yok. Sedimentasyon: 72 mm/saat, CRP: 13.4 mg/dL, Ferritin: 44 ng/mL, Serum Amiloid A: 1030 mg/L, ANA: Negatif, WBC: 5.43 103/uL,NEU: 2.97 103/uL, Hb: 7.4 g/dL, Hct: 24 %, Trombosit: 456000 103/uL, Periferik Yayma: Atipik Hücre Görülmedi Malignite ekartasyonu amacıyla KİA yapıldı, atipik hücre görülmedi. Kemik iliği uzun inkübasyon kültür ARB ve Mikobakteri PCR gönderildi. Normal olarak sonuçlandı. Hastaya ağrılarının devam etmesi üzerine tüm vücut MRI çekildi ve MRI CRMO veya Malignite olarak değerlendirildi (ŞEKİL1) ardından kemik iliği biyopsisi yapıldı. Enfeksiyöz nedenler, maligniteler dışlandıktan sonra hastada değişen zamalarda eklem tutukumuna ödem ve cilt lezyonlarının eşlik ettiği kronik rekürren multifokal osteomyelit tanısı konuldu. Metotreksat ve etanercept tedavilerine rağmen ağrılar ve akut faz reaktanlarında da yükseklik devam ettiği için TOCILIZUMAB tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında tüm akut faz reaktanları ve kliniği normale döndü. Hasta hala hastanemiz Pediatrik romatoloji polikliniğinden takibi altndadır.

SONUÇ: Kronik Rekürren Multifokal Osteomyelit(CRMO) çocuklarda ve adölesanlarda görülen, ailesel olmayan otoinflamatuar bir kemik hastalığıdır. Etkilenen kemik üzerinde ödem ve hassasiyet görülmektedir. En sık Tibia'yı tutmakla beraber spesifik tutulum yerleri klavikulalardır. Lezyonlar vertebra dahil olmak üzere herhangi bir kemikte gözlenebilir. İnflamatuar durumlar, otoantikorlar, patojenler veya antigenspesifik T hücrelerinin yokluğunda ortaya çıkan serolojik inflamasyon markerlarında(CRP, ESR,TNF-a,IL-6) yükselmeleri de içeren sistemik inflamasyon epizodları ile karakterizedir.Bu durum çoğu klinikte osteomyelitle karıştırılabildiğinden, hastanede gereksiz IV antibiyoterapi uygulanabilmekte, gereksiz radyasyona maruz kalınabilmektedir. Hastalık tanı alana kadar birçok kez kemik biyopsisi yapılabilmektedir. Tedavide genellikle NSAII, kortikosteroidler, MTX, anti-TNF ajanları ve bifosfanatlar kullanılır. Hali hazırda uygulanan tedavi seçeneklerine ek olarak, IL-1 reseptör antagonistleri, Anti-human IL-6 reseptör monoklonal antikoru, anti IL-1 antikor tedavileri uygulanabilir. Sonuç olarak klinik ve radyolojik olarak osteomiyeliti düşündüren olgularda eğer multifokal tutulum özellikle de tekrarlayan ataklar mevcut ise ayırıcı tanıda kronik rekürren osteomiyelit de akla gelmelidir. Tanının erken dönemde konulması ilerleyen dönemlerde gereksiz tetkik ve tedavilerin önlenmesi ve hastalık komplikasyonlarının önlenmesi açısından önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER: Kronik rekürren multifokal osteomiyelit, kronik enfeksiyöz olmayan osteomiyelit

PS-73 KİENBÖCK HASTALIĞI: HANGİ ETİYOLOJİ ETKİLİ?

Aylin Ayyıldız, Jülide Öncü Alptekin, Roza Jizel Dağdelen, Beril Doğu, Banu Kuran
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM

GİRİŞ: Kienböck hastalığı (Lunatomalazi) lunatumun avasküler nekrozu ile seyreden, el bilek ekleminde ilerleyici ağrı ve fonksiyon kaybına neden olan bir tablodur. Etiyoloji mekanik, vasküler ve travmatik olmak üzere üç ana başlıkta değerlendirilebilir. Kortikosteroid kullanımı risk faktörleri arasındadır. Kienbock hastalığı ayrıca sistemik lupus eritematozus (SLE), antifosfolipid antikor sendromu, orak hücreli anemi ve Crohn enteritiyle de ilişkilidir. Kienbock; skleroderma, romatoid artrit, gut ve dermatomiyozit gibi romatizmal hastalıklarla görülebilmektedir.

VAKA: Bilinen romatoid artrit nedeniyle dış merkezde takipli 33 yaş kadın hastanın yaygın el küçük eklem ağrısı ve her 2 dizde mekanik karakterde ağrı nedeniyle tarafımıza başvurmuştur. Sabah tutuklukları 30 dakikadan fazla sürmekteydi. Öncesinde her 2 el küçük eklemlerinde şişlikler de olduğunu tarifleyen hasta 2 yıl hidroksiklorokin 200mg ve prednizolon 4 mg kullanımı öyküsü mevcuttu ve bize geldiğinde de halen devam etmekteydi. Hasta sorgulamasında döküntü yoktu, raynaud fenomeni yoktu, ağız-göz kuruluğu yoktu, fotosensitivite ve malar raş yoktu, aile öyküsü yoktu. Sadece 24. Haftalık doğum ve düşük öyküleri mevcuttu. Hastanın laboratuarında; RF: pozitif (10.70), ANTİ-ccp: negatif, ANA: 1/1000 pozitif, anti-Scl70: negatif, anti- dsDNA: negatif, C3 ve C4,CRP ve sedimentasyon normaldi. İlaç tedavisi aynı şekilde devam edilen hasta 2 ay sonraki kontrolünde gebelik planı olduğu için kendi kararıyla tüm ilaçlarını keserek geldi. Yaklaşık 2 sene kadar gebelik isteği nedeniyle ilaçsız takip edilen hastanın 2 kez abortus öyküsü mevcuttu. İlaçsız takibi sırasında raynaud fenomeni ve sol el bilekte ağrı şikayeti oldu; fakat şişlik ve kızarıklık olmadı. Travma öyküsü olmayan hasta sol el bileğindeki ağrı için istenen magnetik rezonans görüntülemede; "Os skafoideumda fraktür, os lunatum ve skafoidenumda avasküler nekroza ait sinyal intensite değişiklikleri izlenmiştir." Ortopedi konsültasyonu istenen hasta Kienböck hastalığı nedeniyle operasyon planlandı ve preop dönemde ilaç düzenlemesi için tarafımıza başvuran hastanın laboratuarı tekrarlandı. Hastanın CRP ve sedimentasyonu normaldi, ANA 1/1280 pozitifti, Anti-Sentromer: 4+, Anti Scl70:negatif, RF ve Anti-CCP negatifti. Hastanın cildinde parlak görünüm mevcuttu. Hasta skleroderma/antifosfolipid sendromu yönünden değerlendirildi. Hastaya preoperasyon dönemde kalsiyum kanal blokeri başlandı ve os lunatum avasküler nekrozu için stabilizasyon-füzyon uygulandı. Postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ: Os lunatumda avasküler nekroz pek çok etiyolojik neden ile görülebilir. Hastamızda da uzun süre düşük doz kullanım öyküsü mevcuttu. Bununla beraber skleroderma, antifosfolipid sendromu ve raynaud fenomeni de vardı. Altta yatan Kienböck etiyolojisini destekleyen pek çok faktör olmasına rağmen bu nedenlerin hastalık üzerindeki etkileri kesin olmadığı için hasta idiyopatik Kienböck hastalığı olarak kabul edilmiştir. Raynaud sendromu ve vasküler patolojilerle giden antifosfolipid sendromunda avasküler nekrozun farkı bölgelerde tutulumları yönünden hasta dikkatle izlenmelidir. Altta yatan patolojinin de tedavisi verilmelidir.

ANAHTAR KELİMELER: Kienböck, Romatoid Artrit, skleroderma, Steroid

PS-74 MEKANİK BEL AĞRILI HASTALARDA FARKLI FİZİK TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN AĞRI, FİZİKSEL FONKSİYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Murat Yesil[1], Hilal Yesil[2]
[1]*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Afyon*
[2]*Afyon Kocatepe Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Afyon*

AMAÇ: Günümüzde egzersiz ve fizik tedavi yöntemleri bel ağrısı tedavi protokollerinde önemli nonfarmakolojik tedavi uygulamaları olarak kabul edilmektedir. Bu yöntemlerin etkinlikleri kanıtlanmış olmasına rağmen etkilerinin birbirleriyle karşılaştırıldığı çalışma sayısı oldukça azdır. Biz bu çalışmamızda mekanik bel ağrılı hastalarda sıklıkla kullandığımız fizik tedavi modalitelerinden Transkutanöz elektriksel sinir stimulasyonu (TENS), interferansiyal akım ve ultrason tedavilerinin hastaların ağrı, fiziksel fonksiyonları ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini araştırmayı ve bu modalitelerin birbirlerine üstünlükleri olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmada, mekanik bel ağrılı 45 hasta üç gruba randomize edildi; Grup 1'e 3 hafta süre ile TENS+ infraruj+ bel kaslarına kuvvetlendirme egzersizleri verildi, Grup 2'ye 3 hafta süre ile İnterferans+ infraruj+ bel kaslarına kuvvetlendirme egzersizleri verildi, Grup 3'e 3 hafta süre ile ultrason + infraruj+ bel kaslarına kuvvetlendirme egzersizleri verildi. Hastaların ağrı düzeyleri vizüel analog skala (VAS) ile, fonksiyonel seviyeleri Oswestry bel indeksi ile, yaşam kaliteleri kısa form-36 (SF 36) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama yaşları 43.1 ± 5.2 olan hastaların 35'i kadındı. Hastaların baseline demografik ve klinik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Hastaların baseline SF- 36 subgrupları ($p>0.05$), VAS skorları ($p=0.364$) ve Oswestry ($p=0.654$) arasında da anlamlı fark yoktu. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerler arasında fark olup olmadığını incelediğimizde; 1. grupta; VAS ($p<0.001$), SF 36 'nın fiziksel fonksiyon ($p=0.016$), fiziksel rol ($p=0.005$), ağrı ($p=0.004$), genel sağlık ($p=0.021$), emosyonel rol ($p=0.032$) ve Oswestry ($p=0.007$) skorunda anlamlı iyileşme olduğu görüldü. 2. grupta VAS ($p<0.001$), SF 36 'nın fiziksel fonksiyon ($p<0.01$), fiziksel rol ($p=0.001$), ağrı ($p=0.003$), sosyal fonksiyon ($p=0.002$), emosyonel rol ($p=0.009$), mental sağlık ($p=0.004$) subgruplarında ve Oswetry ($p=0.001$) skorunda anlamlı iyileşme olduğu görüldü ve 3. grupta VAS ($p=0.022$), SF 36 'nın fiziksel fonksiyon ($p=0.033$), fiziksel rol ($p=0.028$), ağrı ($p=0.014$), genel sağlık ($p=0.017$), vitalite ($p=0.019$) ve emosyonel rol ($p=0.017$) subgruplarında ve Oswestry ($p=0.024$) indeksinde anlamlı iyileşme olduğu görüldü. Tedavi sonrasında gruplar arasındaki yüzde değişim skorlarına baktığımızda; her üç tedavi grubu arasında değerlendirilen parametreler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi.

SONUÇ: Sonuç olarak, randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmada fizik tedavi modaliteleri ve egzersizin mekanik bel ağrılarında ağrı, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi açısından anlamlı derecede iyileşme sağladığını gözlemledik.

ANAHTAR KELİMELER: Bel ağrısı, TENS, ultrason

PS-75 RADYOTERAPİ SONRASI LOMBER VERTEBRALARDA YAĞLI KEMİK İLİĞİ İNFİLTRASYONU

Bayram Kelle
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Adana

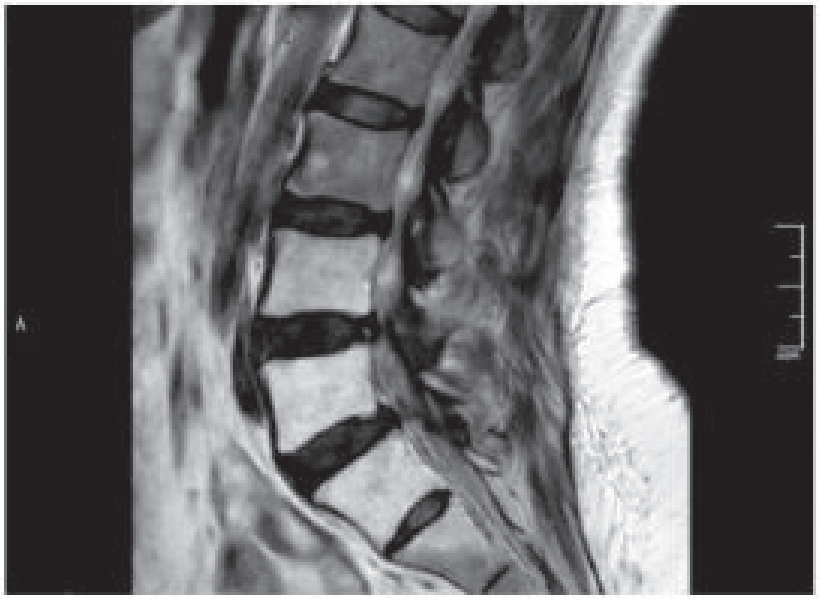
AMAÇ: Ağrı, kas-iskelet sistemi hastalıkları ile uğraşan klinisyenlere yapılan en sık başvuru sebebidir. Bunlar içinde bel ağrısı çok büyük bir öneme ve yüzdeye sahiptir. Bu olgu sunumunda radyoterapiye sekonder kemiklerde gelişebilecek değişikliklerden yağlı kemik iliği infiltrasyonunu sunmayı amaçladık.

OLGU: 62 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 aydır devam eden bel ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı hareketle artmakla beraber sabahları da ağrı olduğunu belirtmekteydi. Sağ alt ekstremitede dize kadar yayılmakta ve ara ara uyuşması olmaktaydı. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 2 yıl önce tanısı konulmuş olan meme kanseri öyküsü vardı. Bu durum için opere olmuş ve radyoterapi almıştı. En son radyoterapi 6 ay önce uygulanmıştı ve daha sonra yapılan kontrollerde kür sağlandığı belirtilmişti.
Fizik muayenesinde; hasta bağımsız-desteksiz mobilize oluyordu. Bel fleksibitesinde tüm yönlerde minimal kıstlılık vardı ve özellikle ekstansiyon ağrılıydı. Lomber paravertebralar kaslarda belirgin spazm vardı.
Bacak kaldırma testi bilateral negatifti. Kalça eklemlerinin dış rotasyonları minimal ağrılı ve kısıtlıydı. Motor muayene ve dokunma duyusu normaldi. Derin tendon refleksleri normaaktifti. Patolojik refleks yoktu.
Hastanın yapılan kan tetkikleri normal değerlerdeydi. Direk lomber grafide dejeneratif değişiklikler ile uyumlu bulgular vardı.
Çekilen lomber MR görüntülemede özellikle T2 sekansta L3-4-5 vertebralarda hiperdens görünüm dikkati çekmekteydi. İlk olarak hastanın öyküsü göz önünde tutularak olası metastaz olabileceği düşünüldü. Fakat hastanın kliniği, tetkik sonuçları ve gerekli konsültasyonlar sonrası hastanın bu durumunun radyoterapiye sekonder gelişen yağlı kemik iliği infiltrasyonu olduğu anlaşıldı. Hastanın ağrılarının kronik lomber straine bağlı olduğu düşünülerek gerekli tedavi verildi.

SONUÇ: Radyoterapi sonrası hastanın kliniği ile uyumlu olarak ileri görüntüleme tetkiklerinden MR değerlendirilmesinde kemiklerdeki yağlı kemik iliği infiltrasyonunun olabileceği akılda tutulmalı ve gereksiz incelemelerden kaçınılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Radyoterapi, yağlı kemik iliği infiltrasyonu, manyetik rezonans

Şekil 1. Lomber 3-4-5 vertebralarda T2 sekansda hiperdens MR görünümü



Şekil 1. Lomber 3-4-5 vertebralarda T2 sekansda hiperdens MR görünümü

PS-76 GEÇ BAŞLANGIÇLI BİR ROMATOİD ARTRİT OLGUSU

Seher Kara
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği

AMAÇ: Romatoid Artrit kronik seyirli,nedeni bilinmeyen sitemik iltihabi bir hastalıktır.En sık 30-50 yaş arasında görülmektedir.Prevelansı %0.5-%1 arasındadır.Biz bu olgumuzda 80 yaşında yeni tanı konmuş bir romatoid artrit vakasından bahsedeceğiz.

OLGU: 80 yaşında bayan hasta,polkliniğe yaygın vücut ağrısı şikayeti ile başvurdu.Yapılan fizik muayenede bilateral Metakarpofalangeal(MCP) eklemleri ağrılı ve şişti.Yapılan labaratuar testleri sonucu hastaya geç başlangıçlı romatoid artrit teşhisi kondu.

SONUÇ: Romatoid artrit daha sıklıkla 30 -50 yaş arası bayanlarda görülmesine rağmen nadiren de olsa geç başlangıçlı olarak karşımıza çıkabilmektedir.Bazı durumlarda ileri yaşta hastaların şikayetleri ve klinikleri tipik olarak karşımıza gelmemektedir.Klinikte dikkatli olmalı özellikle yeni başlayan ağrı şikayetlerde enflamatuar hadiseleri gözden kaçırmamız gerektiği kanaatindeyiz

ANAHTAR KELİMELER: romatoid artrit, geç başlangıçlı

PS-77 BİLDİKLERİMİZ DIŞINDA EL OSTEOARTRİTİ SEYRİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER OLABİLİR Mİ?

Zerrin Şahin, Dilek Gönültaş
Haydarpaşa Numune EAH, FTR Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Osteoartrit etyopatogenezinde bir çok faktör rol oynamaktadır. Osteoartrit seyrinde bildiklerimiz dışında farklı etkenler de etkili olabilir mi diye düşündüren bir olguyu paylaşmak istedim.

OLGU: 78 yaşında bayan hastanın menapoz sonrası el parmak uçlarında ağrıları başlıyor. Osteoartrit tanısı alan hastanın yıllar içinde parmak uçlarında yana eğilmelerde gelişiyor. Şu anda ağrıları olmayan ve polikliniğe bir yakınını getirdiğinde görülen hastanın sağ 4. parmağı dışındaki parmaklarında belirgin osreoartritik değişiklikler görülmekteydi. El grafilerinde bu dördüncü parmağı dışındaki DIF eklemlerinde eklem aralığında daralma, subkondral skleroz,osteofit ler ve radial devisayonları içeren deformiteler görülürken, bu sağ 4. DİF de hafif subkondral skleroz dışında değişiklikler görülmemekteydi. Boyu 155cm, kilosu 46 kg olan hasta 58 yıl önceki evliliğinden beri altın yüzüğünü taktığını, 20 yıldan beri KOAH ve hipertansiyon tanısının olduğunu, her zaman dengeli beslendiğini, Çocuk Esirgeme Kurumundan emekli olduğunu ve gençliğinden beri günde 2-3 paket sigara kullandığını ifade ediyor.

SONUÇ: Sağlak olan hastanın bu sağ dördüncü parmağın maruz kaldığı etkenler açısından diğer parmaklardan tek farklılığı altın yüzük takmasıydı.

ANAHTAR KELİMELER: el osteoartriti, osteoartrit

El Röntgen Grafisi



sağ 4. parmak grafisi



PS-78 SUPRASACAPULAR NERVE BLOCK IN HEMIPLEGIC SHOULDER PAIN: COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF PLACEBO, LOCAL ANESTHETIC AND CORTICOSTEROID INJECTIONS: A RANDOMIZED CONTROLLED STUDY

Rana Terlemez[1], Selda Çiftçi[2], Mahir Topaloğlu[3], Beril Doğu[2], Figen Yilmaz[2], Banu Kuran[2]
[1]*Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[3]*Koç Üniversitesi Hastanesi*

BACKGROUND: Shoulder pain is a common complication of hemiplegic patients that can interrupt their rehabilitation program and is associated with poorer outcomes. The usefulness of the suprascapular nerve block. (SSNB) in the stroke population has been suggested, but some concerns still remain.

OBJECTIVES: To investigate the effect of SSNB on pain intensity and passive range of motion (PROM) in patients with hemiplegic shoulder pain (HSP).

STUDY DESIGN: A prospective, double blind, randomized controlled trial was conducted in 34 stroke patients with HSP. They were randomly divided into three groups: Local anesthetic (LA) injection into the trapezius muscle (placebo group), LA injection into the suprascapular notch, and LA and corticosteroid (CS) injections into the suprascapular notch.The main outcome was visual analog scale (VAS) scores evaluated before and after administration of the injection at 1 hour, 1 week, and 1 month.

RESULTS: There were significant decreases in the VAS scores with all three injections at all follow-up time points (p: 0.001 for the placebo group, p <0.001 for the LA group, and p <0.001 for the LA+CS group). When changes in VAS scores were compared between the groups, the LA+CS group demonstrated a higher decrease in VAS than the placebo group. Improvement in the PROM was seen only in the LA and LA+CS groups.

CONCLUSION: The findings of this study support the use of an SSNB with or without CS, to increase the range of motion in the affected shoulder, especially during the

REHABILITATION PERIOD.

KEYWORDS: suprascapular nerve block; hemiplegic shoulder pain

PS-79 BEL AĞRISININ GEÇ TANI KONULAN NEDENİ: ABDOMİNAL AORT ANEVRİZMASI

Didem Boz[1], İlknur Aktaş[1], Feyza Ünlü Özkan[1], Esma Esin Derin Çiçek[2], Pınar Akpınar[1]
[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*

AMAÇ: Bel ağrısı en sık doktora başvurma nedenlerinden biridir. Mekanik, inflamatuvar, tümoral, metabolik ve vasküler nedenlerden kaynaklanabilir. Vasküler bel ağrıları, tüm bel ağrılarının küçük bir kısmını oluşturur ancak ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabileceği için tanının gecikmeden konulması gerekmektedir. Bu olgu sunumunda abdominal aort anevrizmasına bağlı tedaviye yanıtsız şiddetli bel ağrısı olan bir vaka sunulmuş, bel ağrısı nedenleri arasında abdominal aort anevrizmasının akılda tutulması gerekliliği vurgulanmıştır.

OLGU: 78 yaşında erkek hasta bel ve sol kalça ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Bir yıldır olan, gece uykudan uyandıran, aktivite ve istirahatle değişmeyen devamlı ağrıdan yakınmaktaydı. Prostat kanseri, kronik böbrek yetmezliği, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı nedeniyle takip edilen hastanın öz ve soygeçmişinde başka özellik bulunmamaktaydı. Metastaz şüphesiyle yapılan PET/CT sonucunda her iki femur trokanterik bölgede aktivite artışı saptanması üzerine ortopedi, beyin cerrahisi ve algoloji kliniklerince değerlendirilen hastadan pelvis AP grafi, lomber bölge manyetik rezonans görüntüleme(MRG) istenmişti. Tetkikler sonucunda bilateral kalça osteoartriti ve L4-L5 seviyesinde minimal diskal bulging gözlenmesi üzerine uygulanan medikal ve fizik tedavilerden fayda görmemişti.

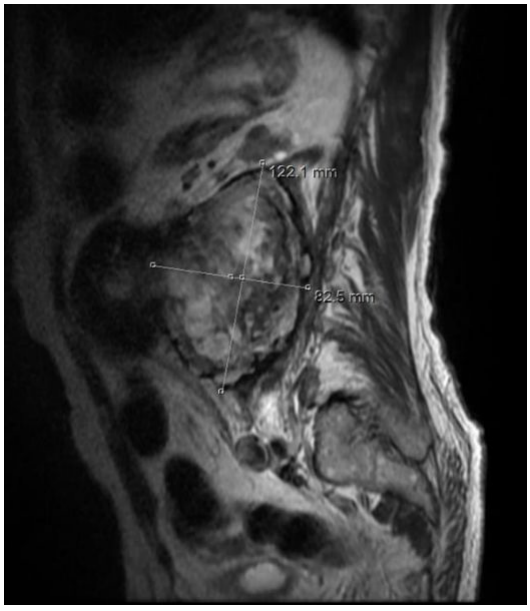
Fizik muayenede sol kalça fleksiyon kas kuvvetinin 4/5 olması dışında nörolojik defisit saptanmadı. Kalça eklem hareket açıklığı normal sınırlarda ve ağrılıydı, düz bacak kaldırma testi sol tarafta pozitifti. Sol piriformis kası ve büyük trokanter palpasyonla ağrılıydı. Hafif normositer anemi ve kreatinin değerinin 1,77 olması dışında tam kan sayımı ve biyokimya tetkikleri normaldi.

Hasta sol piriformis kasına, kalça eklemine ve trokanterik bölgeye ultrason eşliğinde yapılan lokal anestezik enjeksiyonlarından ve analjezik tedaviden fayda görmedi. Ağrıların vasküler kaynaklı olabileceği düşünülerek alt ekstremite doppler inceleme ve hastanın yakınmaları doğrultusunda yeni gelişen bir patoloji varlığını dışlamak üzere kontrastlı lumbar spinal MRG istendi. Doppler sonucu normal sınırlardaydı ancak MRG'de aort iliak bifurkasyondan kraniale uzanan tromboze anevrizma ve sol psoas kası içerisinde komşu vertebral korpusu erode eden, organize hematom/psödoanevrizmayla uyumlu 12x8 cm oluşum (Resim) izlendi. Hasta vasküler cerrahi için dış merkeze sevk edildi, cerrahi sonrası inme geçiren hastanın hayatını kaybettiği öğrenildi.

SONUÇ: Aort diseksiyonu ve abdominal aort anevrizmaları bel ağrısına neden olabilen nadir vasküler patolojilerdendir. En sık ölüm nedeni anevrizma rüptürüdür ve 50 yaş üzerinde rüptür riski artmaktadır. Özellikle, hipertansif, sigara içen, erkek hastalarda medikal tedaviye dirençli bel ağrılarının abdominal aort anevrizmasına bağlı olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Ağrı, anevrizma, aort, bel, kalça, şiddetli

Tromboze abdominal aort anevrizması



PS-80 TEKRARLAYAN GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS VAKASINDA RİTUKSİMAB BAŞARISI

Gizem Cengiz[1], Serhat Çelik[2], Çiğdem Can Çelik[3]
[1]*sağlık bilimleri üniversitesi van eğitim ve araştırma hastanesi, romatoloji kliniği,van*
[2]*gürpınar ism, van*
[3]*gürpınar devlet hastanesi,van*

AMAÇ: Granülomatöz polianjitis (GPA) büyük ve orta çaplı damarın nekrotizan vasküliti ile karakterize etyolojisi tam olarak bilinmeyen otoinflamatuar bir hastalıktır. Burada çocukluk çağında tanısı konulan Granülamatöz polianjitis tanısı alan ve relaps yapan olgu sunulmaktadır.

OLGU: Romatoloji polikliniğinde GPA tanısıyla takip edilen 21 yaşında bayan hastaya 6 yıl önce tanı konulmuş ve tedavi olarak 3-4 doz Siklofosfamid uygulanmış, daha sonra Rituksimab 1 doz uygulanmış remisyona girince Azatioprin ve düşük doz steroid ile devam edilmiş. Hasta kasım 2019 da baş ağrısı öksürük, hemoptizi ve ateş şikayeti ile polikliniğimize geldi. Yapılan romatolojık sorgulamada yaklaşık 3 aydır ilaçlarını almadığını ifade etti. Yapılan fizik muayenede sağ akciğer alt lobda solunum sesleri kabalaşma vardı,Artrit yoktu. Diğer sistemik muayene bulguları normal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar bulgularında crp 77, sedim 21, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal, idrarda proteinüri yoktu. Hastaya çekilen akciğer grafisinde sağ alt lobda kavitasyon görüldü (şekil1)

Toraks BT de sağ alt lobda 56 mm kaviter lezyon sağ üst lobda 17 mm,sol üst lobda 8mm ve alt lobda 9 mm buzlu cam dansitesinde nodüller izlendi (şekil 2).

Hastaya 3 doz pulse steroid verildikten sonra birer hafta ara ile 4 doz 500 mg Rituksimab verildi.

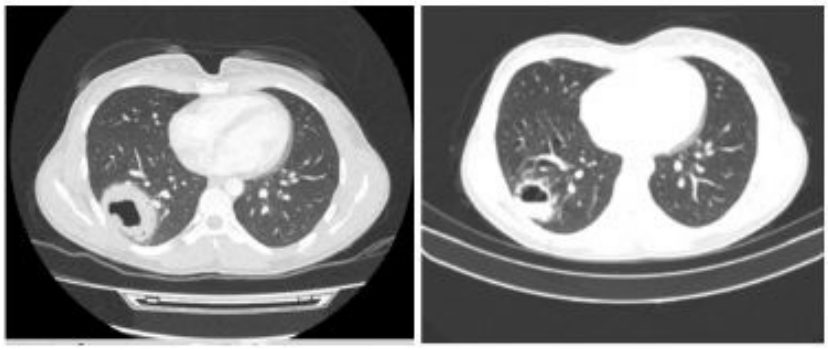
Steroid dozu tedricen azaltılarak Azatioprin ile tedaviye devam edildi. 3 ay sonraki takiplerde hastanın laboratuvar değerleri normale geldi, remisyona giren hastanın çekilen kontrol toraks BT sinde lezyonlarda küçülme olduğu tam olarak gerileme olmadığı görüldü.

SONUÇ: GPA tedavisinde Rituksimab'ın hastalığın hem başlangıç tedavisinde hem de relapslarında başarılı olduğu görüldü

ANAHTAR KELİMELER: Granülomatöz polianjitis, rituksimab, vaskülit

şekil 1

Şekil 1 Şekil 2



PS-81 PRİMER BİLİYER SİROZ VE ROMATOİD ARTRİT BİRLİKTELİĞİNİN RİTUKSİMAB TEDAVİSİNE YANITI

Yunus Durmaz[1], İlker İlhanlı[2], 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: Romatoid artrit (RA), eklemlerde simetrik artrite yol açan, inflamatuvar kronik bir hastalıktır. Sadece küçük eklem tutulumu ile kalmayıp diz, kalça, omuz gibi büyük eklemleri de tutabilir. Dünyada en sık görülen iltahaplı romatizmal hastalıkların başında gelir. Primer bilier sirozun sendromu(PBS),Romatoid artrit, CREST sendromu ile birlikteliği olabilir. Biz burada romatoid artrit tanısı ve birlikteliği olan bir hastada rituksimab tedavisine yanıtı sunmak istedik.

OLGU: 35 yaşında kadın hasta eklem şişlikleri nedeniyle başvurduğu dahiliye hekimi tarafından romatolojik değerlendirme açısından romatoloji bölümüne sevk edilmişti.Hastanın romatolojik öyküsünde el bilek mkf eklemlerde pif eklemlerde, diz ekleminde ağrı, şişlik,halsizlik,1 saati aşan sabah tutukluğu mevcuttu. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce bilinen bir medikal yardım almamış olduğu öğrenilen hastanın soygeçmişinde romatolojik hastalık yoktu. Fizik muayenesinde sağ el bilek el 2,3,4 MKF eklemlerde sol 2,3 eklemde artrit saptandı.Pulmoner ve kardiyak muayenesinde özellik saptanmadı.Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 4500/ µL, Hb:9,8g/dL,Plt: 550.000/µL;ESR:48 mm/saat, CRP 12,10 mg/L olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normal bulundu.Biyokimya testleri karaciğer enzim yükseklikleri mevcuttu; RF negatif, anti-CCP testi 148U/mL idi (normal refarans aralığı 0-4.99). Hastanın çekilen el eklem grafisinde erezyon ve periartikuler osteporoz saptanmadı.Hastanın mevcut klinik ve labaratuvar bulguları değerlendirildiğinde ön planda romatoid artrit tanısı düşünülerek hastaya metotroksate 15 mg/hafta, folik asit 10 mg /hafta, prednizolon 10 mg /gün plaquneil 400 mg başlandı.Mevcut karaciğer enzim yükseklikleri nedeniyle gastroenterolojı bolumunce değerlendirildi. Anti-nükleer antikor testi negatif gelen hastanın anti-mitokondriyal antikor pozitifti.Tüm hepatit paneli negatifti.Abdominal ultrasonografide karaciğer parankim ekosu hafif artmış, periportal ekojenite artışı satandı. Hastaya PBS tanısı ile Ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı.Hastanın kontrol karaciğer enzimleri normal refarans aralıklarına geriledi. Dmard tedavisi sonrası artritleri gerileyen hastanın pansitopenisi olması nedeniyle metotrokste tedavisi kesildi.Tedavinin kesilmesinin akabinde hastada el küçük eklemlerde ve sağ dirsekte artrit gelişti. Sağ dirsek artriti kızarık yoğun ısı artışı olması nedeniyle eklem sıvısı aspire edildi. Ve kültüre gönderildi. Kültür sonuçları üreme olmadı olarak raporlanan hastaya rituksimab 1000 mg 15 gün ara ile iki kez iv infüzyon tedavisi başlandı. Tedavinin 6. ayında hastada artritleri tam olarak geriledi ve labaratuvar hastalık aktivasyonu mevcut değildi.

SONUÇ: PBS ile birlikte romaolojik hastalık birliktelikleri litaraturde mevcuttur. Romatoid artrit tanısı alan bir hastada ilaç DMARD tedavisi kullanımı öncesi karaciğer enzim yükseklikleri mevcutsa otoimmun karaciğer hastalıkları da unutulmamalı ve AMA testi istenmelidir. Metotroksat tedavisi her iki hastalıktada kullanılabilmektedir. Bizim vakamızda metotroksate iyi yanıt olsada sitopeni nedeniyle tedaviye devam edilemedi ve rituksimab tedavisi başlandı ve iyi klinik ve labaratuvar yanıt alındı.

ANAHTAR KELİMELER: Primer Biliyer Siroz, Romatoid Artrit Rtuksimab

PS-82 SPİNAL KORD YARALANMALI HASTADA GÖRÜLEN İATROJENİK FRAKTÜR OLGUSU

Fatma Serenay Vardar, Zeynep Candan, Selin Duran, Emre Ata, Figen Yılmaz
SBÜ Sultan Abdülhamid Han SUAM, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Spinal kord yaralanması (SKY) sonrası görülebilen komplikasyonlardan birisi de osteoporoza sekonder gelişebilen fraktürlerdir. Fraktüler en çok distal femur ve proksimal tibia bölgelerinde olmaktadır. Kırık çoğunlukla transferler veya ambulasyon sırasında olan düşmelere bağlı oluşsa da eklem hareket açıklığı egzersizleri gibi minör streslerle de olabilir. Burada servikal SKY olan bir hastada egzersiz sırasında oluşan proksimal humerus fraktürü olgusu sunulmuştur.

OLGU: Yaklaşık 2.5 yıl önce merdivenlerden düşme sonrası servikal spinal yaralanma sebebiyle opere edilen 61 yaşında tetraplejik erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Fizik muayene sonucunda ABS (ASIA Bozukluk Skalası)' na göre C4 ABS-D olarak değerlendirildi. Her iki omuz, kalça ve ayak bileklerinde ileri eklem hareket kısıtlılıkları mevcuttu. Üst ekstremiteleri için aktif asistif, alt ekstremiteleri için pasif eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri ve spastisiteye yönelik ılımlı germe egzersizleri planlandı. Hastanın femur boyun T skoru değeri -4,9 idi ve yaklaşık 2 aydır haftada 70 mg alendronat + 2800IU D vitamini tedavisi altında idi. Yapılan rutin kan tetkikleri normal sınırlar içindeydi.

Rehabilitasyon programı çerçevesinde omuz EHA egzersizleri sırasında vizüel analog skalaya (VAS) göre ağrısının 10 olması ve programa devam edememesi üzerine her iki omzuna %1'lik 4cc prilokain ile supraskapular sinir blokajı yapıldı. Enjeksiyon sonrası ağrısını VAS 2 düzeyinde belirten hastanın, yaklaşık 1 saat sonra yapılan üst ekstremite germe egzersizleri esnasında omuzundan bir ses geldiğini belirtmesi üzerine çekilen grafisinde sol humerus üst uç kırığı olduğu görüldü. Ortopedi kliniği ile konsülte edilerek operasyon amacıyla ilgili kliniğe nakledildi.

SONUÇ: SKY hastalarında kırıklar daha çok alt ekstremitelerde gelişse de özellikle servikal spinal kord yaralanmalı hastalarda osteoporozun daha ciddi ve yaygın olabileceği, üst ekstremitelerde de minör travmalarla fraktürler gelişebileceği unutulmamalıdır. Ağrının uyarıcı ve dikkat çekici özelliği akıldan çıkarılmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: egzersiz, fraktür, osteoporoz, spinal kord yaralanması

Humerus üst uç fraktür



PS-83 TEKRARLAYAN POLİKONDRİT VE ANKİLOZAN SPONDİLİT BİRLİKTELİĞİ

Yunus Durmaz[1], Ahmet Kıvanç Cengiz[2], İlker İlhanlı[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: Tekrarlayan polikondrit; (TP) kartilajinöz dokunun rekürren ve progresif inflamasyonu ile karakterize multi sistematik tutulum ile seyreden nadir gözlenen otoimmün bir hastalıktır. Tekrarlayan polikondriti olan hastaların %33'ünde hastalığın aktif fazında tip 2 kollajene karşı otoantikor gelişimi olduğu tespit edilmiştir (3). Her iki cinste eşit oranda görülen TP, çocukluk veya ileri yaşlarda da görülmesine karşın en sık 44-51 yaş aralığında ortaya çıkar. Ankilozan Spondilit (AS) omurga ve sakroiliak eklemleri etkileyen, kronik sistemik inflamatuar bir romatizmal hastalıktır. Özellikle inflamatuar bel ağrısı ile karakterize, periferik eklem tutulumu ve eklem dışı bulguları da bulunabilen, SpA'ler içinde bir hastalıktır. Aksiyel iskelet tutulumu, sakroiliite bağlı bel bölgesinde ağrı, spondilit, entezit ve sindesmofit oluşumunun neden olduğu omurgada ilerleyici şekil bozukluğuna yol açar. Biz burada tekrarlayan polikondrit ve ankilozan spondilit birlikteliği olan bir vakamızı sunmak istedik.

OLGU: 26 yaşında kadın hasta eklem şişlikleri nedeniyle başvurduğu aile hekimi hekimi tarafından romatolojik değerlendirme açısından romatoloji bölümüne sevk edilmişti. Hastanın romatolojik öyküsünde inflamauvar bel agrısı, 1 saati aşan sabah tutukluğu, son 1 haftadır her iki kulakta kızarıklık ve eklem agrıları mevcuttu. Bu yakınmaları nedeniyle daha önce bilinen bir medikal yardım almamış olduğu öğrenilen hastanın soygeçmişinde ankilozan spondilit tanısı vardı. Fizik muayenesinde sol diz sağ ayak bilek eklemlerinde artrit saptandı. SİKT +/+. Pulmoner ve kardiyak muayenesinde özellik saptanmadı.Tam kan sayımı incelemesinde lökosit: 3700/ µL, Hb:10,8g/dL,Plt: 3200.000/µL;ESR:26 mm/saat, CRP 18,10 mg/L olarak saptandı. Biyokimya testleri ve tam idrar tetkiki normal bulundu; RF ve anti-CCP testi negatif idi. HLA-B27 testi pozitif saptanan hastanın çekilen sakroiilak eklem grafisinde evre 2 sakroileit ile uyumlu olması üzerine çekilen sakroilak Mr'de bilateral akut sakroileit ile uyumlu görüntü saptandı. Çekilen eklem grafilerinde erozyon saptanmadı. Yine hastanın her iki kulak kıkırdak kısımlarını içine alan kızarıklık, ısı artışı ve yoğun hassasiyet mevcuttu. Hasta bu nedenle TK sistemik tutulum arastırılmak uzere KBB,kardiyoloji,göz hastalıkları ve gögüs hastalıkları kliniğince araştırıldı. Ek tutulum saptanmadı. Hastanın mevcut klinik ve labaratuvar bulguları değerlendirildiğinde ön planda AS VE TP tanısı düşünülerek metilprednizolon 16 mg /gün başlandı. Tedavi sonrası hastanın artrit ve kulaktaki enflamasyon ve kızarıklık tamamen geriledi.

SONUÇ: TK nadir bir hastalık olmasına rağmen pek çok sistemi etkileyerek ciddi komplikasyonlara ve mortaliteye neden olmaktadır. Erken tanı ve tedavi, hastalığın mortalite ve morbiditesini önemli derecede etkilemektedir. TP, tekrarlayan aurikular perikondriti olan hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve bu hastalara multidisipliner bir şekilde yaklaşılmalıdır. AS ve TP birlikteliği nadir bir birlikteliktir. Bu nedenle sunmak istedik.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan Spondilit, Tekrarlayan Polikondrit

PS-84 DİSFAJİNİN NADİR BİR NEDENİ OLARAK SERVİKAL DISH: OLGU SUNUMU

Ceren Kara Göçer, Meral Bilgilisoy Filiz, Hanife Hale Hekim, Ali Akdağ, Şebnem Koldaş Doğan, Naciye Füsun Toraman
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Antalya

AMAÇ: Diffüz idiopatik iskelet hiperostozu (DISH) (ankilozan hiperostozis, Forestier Hastalığı, spondylitis ossificans ligamentosa), insidansı yaşla birlikte artan, etyolojisi bilinmeyen, vertebral kolondaki ossifikasyonlarla karakterize bir hastalıktır (1). En çok tutulan ligament ALL'dir (anterior longitudinal ligament). PLL (posterior longitudinal ligament tutulumu nadirdir (2). Klinik olarak en sık görülen semptomlar omurgada ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı ve özofagus kompresyonuna bağlı disfajidir (3). Bu bildiride, DISH tanısı koyulan ve dev anterior servikal osteofitin sebep olduğu disfaji ve ağrılı yutkunma şikayetiyle başvuran 74 yaşında erkek olgu sunulmaktadır.

OLGU: 74 yaşında erkek hasta uzun zaman önce başlayan ve son zamanlarda giderek artan yutma güçlüğü, katı gıdaları alırken takılma hissi yakınması ile polikliniğinimize başvurdu. Sıvı ve yarı-katı gıda alımı normaldi. Hasta zayıflamıştı, diyabet öyküsü yoktu. Boyun hareketlerinde kısıtlılık dışında, fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkikleri (kan biyokimyası, ESR, BK) normaldi. Yapılan üst GİS endoskopide antral lezyonlar dışında patoloji saptanmadı. Motor nöron hastalığı açısından yapılan EMG normal olarak sonuçlandı. Hastanın çekilen lateral servikal grafisinde; C3-C7 arasında vertebra korpuslarının anterior inferior kısmından başlayan, vertebra ön yüzünde uzanan diffüz hiperostoz görüldü (Resim 1). intervertebral disk mesafeleri normaldi. Servikal bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; C3-C7 vertebra anterior inferior bölgesinde ileri derece hiperostoz, orofarinks ve hipofarinkse posteriordan hafif bası mevcuttu (Resim 2). DISH teşhisi koyulan hastaya antiinflamatuar ve miyorelaksan tedavi ile servikal egzersizler ve yutma egzersizleri verildi. Hasta kliniğimizce takibe alınmış olup, tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ: DISH, tendon ve eklem kapsüllerinde, kalsifikasyon nedeniyle hiperostoz gelişen ve işlevsel bozukluğa neden olan yaygın bir hastalıktır (6). DISH'e erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla rastlanmaktadır (7). Klinik olarak en sık görülen semptomlar omurgada ağrı, sertlik, hareket kısıtlılığı ve nadir olarak özofagus kompresyonuna bağlı disfajidir (3). Krikoid seviyesinde küçük bir osteofit bile disfajiye neden olabilmektedir. Disfaji ve aspirasyon genellikle C4-C5 seviyesindeki osteofite bağlıdır. C3-C4-C5 seviyesindeki osteofitler epiglot mobilitesini sınırlayarak tekrarlayan aspirasyonlara neden olabilir (5). Bu bildiride, disfaji ile başvuran hastalarda nadir bir neden olarak servikal DISH'in düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

KAYNAKLAR:

1) Forestier J, Rotés-Querol J: Senile ankylosing hyperostosis of the spine. Ann Rheum Dis 1950; 9:321-330.

2) Epstein NE: Simultaneous cervical diffuse idiopathic skelethal hyperostosis and ossification of the posterior longitudinal ligament resulting in dysphagia or myelopathy in two geriatric North Americans. Surgical Neurology. 53(5):427-31, 2000

3) Cammisa M, De Serio A, Guglielmi G. Diffuse idiopatic skeletal hyperostosis. Eur J Radiol 1998; 27: 7-11.

4) Carrau RL, Cintron FR, Astor F: Transcervical approaches to the prevertebral space. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 116:1070-1073, 1990

5) Nelson RS, Urquhart AC, Faciszewski T. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: a rare cause of Dysphagia, airway obstruction, and dysphonia. J Am Coll Surg 2006; 202:938-42

6) Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). Radiology 1976; 119:559- 68

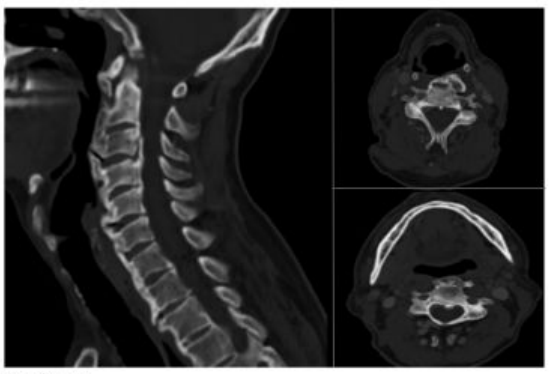
7) Kiss C, O'Neill TW, Mituszova M, Szilagyi M, Donath J, Poor G: Prevalence of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in Budapest, Hungary. Rheumatology 41:1335-1336, 2002

ANAHTAR KELİMELER: Forestier Hastalığı, yutma güçlüğü

Şekil-1



Resim 1



Resim 2

C3-C7 vertebra anterior inferior bölgesinde ileri derece hiperostoz, orofarinks ve hipofarinkse posteriordan hafif bası

PS-85 İNMELİ HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE FONKSİYONEL DURUM, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gül Devrimsel[1], Erdem Özkaya[2], Münevver Serdaroğlu Beyazal[1], Murat Yıldırım[3]
[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize*
[2]*Maçka Ömer Burhanoğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Trabzon*
[3]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Güneysu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Rize*

AMAÇ: İnme, ciddi fonksiyonel ve bilişsel yetersizlik ile hastaların yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık problemidir. İnme sonrası oluşan motor, duyusal, bilişsel ve ruhsal bozukluklar hastaların günlük yaşam aktiviteleri, eğitim, iş ve boş zaman aktivitelerinin tamamı ya da bir kısmındaki becerilerini kısıtlayarak hastaların sosyal katılımlarına engel olabilmektedir. Sosyal destek, etrafındaki insanlar tarafından stresli veya sıkıntılı bir bireye duygusal ve pratik yardım olarak tanımlanmaktadır. İnmeli hastalarda, sosyal desteğin, hastanın fiziksel ve psikososyal iyilik hali ile ilgili olarak hasta bakımı ve hastalık sonucunun kalitesini etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek, inmeli hastaların tedavi sürecini olumlu olarak etkilemektedir. Bu çalışmadaki amacımız, inmeli hastaların inme sonrası algıladıkları sosyal destek düzeyi ile hastaların fonksiyonel durumu, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya kliniğimize başvuran ilk defa inme tanısı konulmuş ve en az 6 aydır inme tanısı olan 50 (34 erkek, 16 kadın) hasta alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durumu, meslek-eğitim durumu, hastalık süresi, inme etyolojisi (iskemik-hemorajik), etkilenen taraf, eşlik eden ek hastalıklar ve bakım veren kişi ile olan yakınlık derecesi sorgulandı. Hastalarda algılanan sosyal destek düzeyini değerlendirmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), fonksiyonel durumu değerlendirmek için Barthel İndeksi, yaşam kalitesini değerlendirmek için İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) ve depresyonu değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 56.70±10.78 yıl idi. Ortalama hastalık süresi 25.92 ± 31.46 ay idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). Hastaların ortalama ÇBASDÖ skoru 51.42±14 idi. ÇBASDÖ alt gruplarında aile desteği skoru 21.80±4.85, arkadaş desteği skoru 15.22±5.95 ve özel kişi desteği skoru 14.52±5.40 idi. Ortalama BDÖ skoru 14.24±7.54, ortalama Barthel indeksi skoru 74.40±21.42 ve ortalama İÖYKÖ skoru 3.07±0.60 idi.

Barthel indeksine göre 28 hasta (%56) orta derecede bağımlı, 10 hasta (%20) yüksek derecede bağımlı, 6 hasta (%12) tamamen bağımsız, 5 hasta (%10) hafif bağımlı ve 1 hasta (%2) tamamen bağımlı idi. Algılanan sosyal destek puanları diğer gruplara göre daha düşük olan hastalar Barthel indeksine göre daha kötü fonksiyonel duruma sahipti. Tam/yüksek bağımlılığı olan hastalarda algılanan sosyal destek diğer gruplardan anlamlı olarak daha düşüktü (F =3.90, p = 0.02) (Tablo 1).

BDÖ kesme puanı skoruna göre hastaların %34'ünde sendromik düzeyde depresif semptomlar vardı ve %66'sında kesme puanı skorundan daha düşük skorlar vardı. Depresif durum ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki vardı. BDÖ'ye göre 17 puanın üstünde olan grupta algılanan sosyal destek düzeyi anlamlı olarak daha düşüktü (T=3.73, p =0.001).
Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir korelasyon vardı (r =0.55, p<0,001). Yaşam kalitesi ile aile desteği arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon bulunurken, yaşam kalitesi arkadaş ve özel kişi destekleri arasında güçlü bir pozitif korelasyon vardı (r =0.42, p =0.002; r = 0.51, p<0,001; r =0.52, p<0,001, sırasıyla).

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları, inme sonrası hastalarda algılanan sosyal destek ile fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. İnme rehabilitasyonunda algılanan sosyal destek kavramının önemini dikkate almak ve inme sonrası hastaların tedavi yönetiminde mevcut sosyal desteği iyileştirmek için stratejiler geliştirmek yararlı olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Algılanan sosyal destek, depresyon, fonksiyonel durum, inme, yaşam kalitesi

Tablo 1. İnmeli hastalarda algılanan sosyal destek ve fonksiyonel durum arasındaki ilişki

	Tamamen / yüksek oranda bağımlı N=11	Kısmen bağımlı N=28	Hafif / tamamen Bağımsız N=11	P- değerleri
Toplam algılanan sosyal destek Ortalama ± SS	41,55±13,50	53,79±13,17	55,27±13,69	0,02*
Aile desteği Ortalama ± SS	20,27±5,64	21,93±4,65	23,00±4,56	0,47
Arkadaş desteği Ortalama ± SS	10,91±5,35	16,36±5,65	16,64±5,67	0,02*
Özel kişi desteği Ortalama ± SS	10,55±4,48	15,64±5,25	15,64±5,12	0,02*

*SS; standart sapma, N; sayı, * p <0.05*

PS-86 CASE REPORT WITH LERICHE SYNDROME

Emine Burcu Balcı, Semra Aktürk
Inonu Univercity,physical medicine and rehabilitation department,Malatya

OBJECTIVE: Leriche syndrome is a disease that is characterized by a thrombotic occlusion in the aorta, frequently in the renal artery distal. The classical symptoms of this syndrome include pain in the lower extremities emerging during activity (claudication), impalpability of the femoral pulses and impotency in male patients. The definitive diagnosis of claudication, due to insufficient circulation as well as neurogenic-caused claudication, is hard. Medical history, physical examination and monitoring methods are important for definitive diagnosis. Impalpability of bilateral femoral pulses in physical examination may be a sign of leriche syndrome. With colored doppler ultrasonography, it can be demonstrated in cases having Leriche syndrome that there is no circulation in both iliac arteries. In these patients, thrombotic occlusion of the aorta shall be confirmed by computed tomography angiography. This case is a case of Leriche syndrome which was admitted to hospital with weakness and diagnosed as gullian barre syndrome.

CASE: 68 Y E HASTA A.K.

Hastanın 16 gün önce aniden sol bacağında güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma şikayeti başlamış ve yürüme bozukluğu gelişmiş. Birkaç saat içinde aynı şikayetler sağ bacağında da meydana gelmiş. Hastanın dış merkezde yapılan tetkiklerinde bir patoloji bulunamamış ve hasta taburcu edilmiş. Hastanın bu şikayetleri 4-5 gün kadar sürmüş. Son olarak solunum sıkıntısı gelişen hasta pnömoni ön tanısı ile yatırılmış. Muayenesinde alt ekstremite nabızlarının zayıf olarak palpe edilmesi üzerine alt ekstremite renkli doopler yapılmış ve ileri derecede aterosklerotik değişiklik olduğu saptanmış. Hastaya clexan 2*0.6 ve ASA 100 mg başlanmış. Nöroloji tarafından da değerlendirilen hastanın kranial mrında kronik iskemik değişiklikler tespit edilmiş. Emg: Aksonal dejenerasyonla giden segmental demiyelinizasyonun eşlik ettiği PNP ve F yanıtları azalmış olarak saptanması üzerine hasta GBS ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemiz nöroloji kliniğine sevk edilmiş.

FİZİK MUAYENE: Bilin açık oryante koopere, pupiller izokorik,IR+/+, göz hareketleri serbest, üst ektremite kas güçleri bilateral tam, alt ekstremite sol proksimal kas güçleri 3-/5, sol distal kas güçleri 2+/5, sağ proksimal kas güçleri 2+/5, distal kas güçleri1+/5. Sol alt ektremite hipoestezik. DTR alt ekstremitelerde -/-. Babinski bilateral lakayt, DERİN DUYU alt ekstremitelerde bozulmuş. Inpeksiyonda abdomende herhangi bir renk değişikliği yok, bacaklarda siyanoz mevcut.

Hasta nöroloji servisinde yatarken GBS tanısı düşünülerek cvp kateter açılıp plazmaferez yapılmış. LP' de BOS protein:68, hücre yok,PCR lar negatif,BOS kültürlerinde üreme yok. Kontrastlı torax BT ve tüm batın BT: SMA çıkış yeri distalinden itibaren iliak bifurkasyona kadar olan abdominal aorta segmentlerinde en geniş yerde 4.5 cm e ulaşan fuziform anevrizmatik dilatasyon mevcut olup tariflenen segmentler lümenini tama yakın dolduran, akıma izin vermeyen ve her iki iliak artere uzanım gösteren hipodens görünüm dikkati çekmiştir.(akut-subakuttrombüs?).Her iki eksternal internal iliak arter ve izlenebilen dallarında mevcut faz görüntülerde zayıf dolum mevcut(kollateral akım?). Hasta leriche sendromu ön tanısı ile kalp damar cerrahiye konsülte edilmiş.
Hasta dijital substraksiyon anjiografiye(DSA) alınmış. DSA da mevcut trombotik görünüm teyit edilmiş.

CONCLUSION: Aortanın akut oklüzyonu çok nadir görülen, ancak mortalite ve morbiditesi yüksek olan ciddi bir klinik tablodur. Aortoiliak oklüzif hastalığın akut ve kronik formları vardır. Aortoiliak parsiyel tıkanmalarda tanı gecikebilir. Bu durumda semptomlar, bacaklarda uyuşma, güçsüzlük, klaudikasyo, erkeklerde impotans, nadir karın ağrısı şeklinde olabilir. Akut Leriche sendromunda ise bacaklarda semptomlarla (ağrı,nabızsızlık, parestezi, paralizi, solukluk, soğukluk) birlikte, oklüzyon seviyesine göre intestinal ve/veya renal iskemiye bağlı semptomlar görülebilir. Semptomlar gelişen kollateral akıma bağlı değişkenlik gösterebilir. Leriche sendromlu hastalarda ana kollateral akım kaynakları sol internal mammarian arter (LIMA), superior ve inferior epigastrik arterlerdir. Akut total oklüzyonda bu semptomlar ani ve şiddetli başlar, ciddi komplikasyonlar ile seyreder. Akut aortik trombozun erken döneminde meydana gelen anterior spinal kord iskemisine bağlı parapleji, arteriyel oklüzyonun klasik semptomlarını örterek yanlış tanıya ve zaman kaybına neden olabilir. Bu nedenle alt ekstremitede nörolojik defisit ile gelen olgularda mutlaka periferik nabızların muayenesi yapılmalıdır.

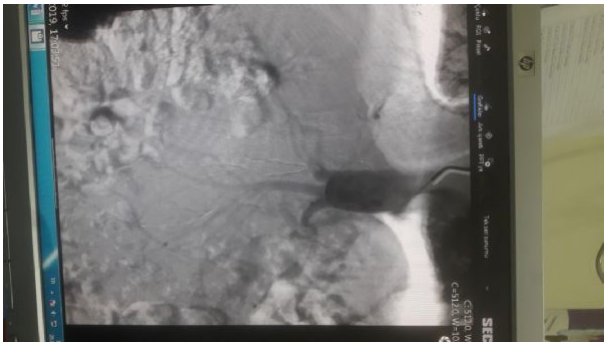
Leriche sendromu, sıklıkla kardiyovasküler cerrahi gerektiren, ateroskleroz geçmişi olan akut veya kronik acil bir durumdur. Akut total tıkanma belirtileri ani ve şiddetlidir. Akut tıkanıklıklarda daha yüksek ölüm oranı bu hastalığın erken teşhisi gerektiğini ve tedaviye gecikmeden başlanması gerektiğini göstermektedir. Bacak ağrısı ve güçsüzlük şikayetiyle hastaneye başvuran hastalar yanlışlıkla GBS tanısı alabilmektedirler. Ayırıcı tanıda vasküler patolojiler düşünülmeli ve klinisyenler tanıya giden yolda öncelikle detaylı anemnez ve kapsamlı bir fizik muayeneye güvenmelidirler. Aort ve iliak arterlerde tromboz nedeniyle uzuvlarda ağrı, şişkinlik, parestezi, soğukluk, solukluk ve felç gibi periferik arterlerin akut tıkanması ile ilgili bulgular görülmektedir. Tıkanma seviyesine bağlı olarak, karın ağrısı ve böbrek yetmezliği gibi semptomlar, bağırsak ve böbrek arterlerindeki kan akışındaki bozulma nedeniyle de gelişebilir. Akut aort trombozunun erken döneminde ön spinal kord iskemisinin bir sonucu olan flask paraplejisi nadiren ilk bulgu olacaktır.

Akut Leriche sendromu nadir görülmekle birlikte, ciddi ve mortal komplikasyonlarla seyreder. Bu nedenle hızlı tanı ve acil cerrahi, mezenter iskemi, parapleji veya renal yetmezlik gibi klinik tabloların geri döndürülmesinde çok önemlidir. Leriche sendromlu olgularda temel tedavi şekli cerrahi olup; fokal tutulum saptanan olgularda anjiyoplasti ve endovasküler stent uygulanabilmektedir. Olgumuzun cerrahi açıdan değerlendirilmesinde peroperatif ve postoperatif mortalite olasılığının yüksek olması nedeniyle operasyon hasta yakınlarının da isteğiyle yapılmamıştır.

Bu hastalarda trombotik süreç ön planda olduğundan egzersiz kontrendikedir bu yüzden Gullian Barre sendromu gibi patolojilerden ayırıcı tanısının yapılması çok önemlidir.

KEYWORDS: Leriche

Abdominal aortanin trombozu



DSA

Abdominal aortanin trombozu



Batin bt

PS-87 TEDAVİYE DİRENÇLİ PSÖRİATİK ARTRİT VE LİKEN PLANUS'LU HASTA

Gülnur Çelik, Deniz Dülgeroğlu Erdoğdu, Yasemin Tombak, Emel Ekşioğlu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, FTR Kliniği, Ankara

AMAÇ: Otoimmün romatizmal hastalıklarla birlikte erüpsiyon, rash gibi cilt tutulumları görülebilmektedir. Literatürde Liken Planus'un (LP) daha çok anti-TNF ve Salazopyrin (SLZ) ilaçlarının yan etkisi olarak görülebildiğinden bahsedilmektedir. LP paraneoplastik sendromlar içinde de gösterilmektedir. LP'un maliniteye dönüşme potansiyeli ise tam bilinmemektedir. Sigara da liken planusun da içinde bulunduğu oral lezyonlara yol açabilmektedir. Bu vaka takdiminde uzun süredir fazla sayıda sigara içen, Psöriatik Artrit (PsA) tanılı, ağızda belirgin ağrılı LP, egzamanın eşlik ettiği Metotreksat (MTX), Leflunamid, Siklosporin'i tolere edemeyen, tedaviye dirençli hasta anlatılmıştır.

OLGU: EŞ, 45 yaşında kadın, 4 yıldır eklemlerinde, bel ve sırtta ağrı, sabah tutukluğundan şikayet ediyor. Yirmi yıldır 1 paket/gün sigara içiyor. Ailede egzama öyküsü mevcut. Muayenesinde ciltte psöriazis, egzama, ağızda belirgin ağrılı liken planus erupsiyonları mevcut. El parmak ucu-zemin 21 cm, her iki omuz, dirsek, ayak bilekleri, sağ dizde hassasiyet mevcut, solda Sakroiliak eklem (SİE) kompresyonu pozitif, FABER +/+, sağda torakanterik entezit mevcut, VAS:100, BASDAİ: 9.3, BASFI: 6.2, BASMI: 2, ilk CRP:35 mg/L, ESH:34 mm/saat. SİE MR'da kemik iliği ödemi izlendi. Cilt lezyonları için Neostigmin, Dermarest (hydrocortison %1, anti itch lotion) kullanan hasta MTX mide bulantısı, Leflunamid baş dönmesi, Siklosporin ellerde karıncalanma, uyuşma polinöropati, Duloksetin sersemlik yaptığı için kesildi. Diklofenak Sodyum, İbubrufen, Duloksetin, Parasetamol/Tramadol, Naproksen/Kodein etkisiz olduğu için kullanılamadı. Hastaya Hidroksiklorokin 200mgx2, SLZ 1000mgx3, Etodolak 400mgx2 başlandı, sigarayı bırakması sağlandı. Hastanın ağrısı azaldı, cilt bulgularında iyileşme kaydedildi, ESH 18mm/saat, CRP 14 mg/L'ye geriledi.

SONUÇ: Oral liken planus tedavisi zor bir durumdur ve hastaların ağrı, yeme zorluğu yaşamasına yol açar. Hastanın yoğun sigara içiyor olması oral LP'a yol açıp, tedaviye direnç göstermesinin nedeni olabilir. Öncelikle sigaranın kesilmesi gereklidir. SLZ ve HCQ'in yan etkileri arasında cilt döküntüsü de vardır. Ancak bizim hastamızda oral mukoza ve cilt lezyonlarında düzelme kaydedilmiş, romatizmal şikayetleri azalmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Psöriatik Artrit, Liken Planus, Salazopyrin, Hidroksiklorokin, Sigara

PS-88 SIRT AĞRISI NEDENİ: NOTALJİA PARESTETİKA

Muhammed Şahin Elbastı, Gürkan Akgöl, Arif Gülkesen, Gökhan Alkan, Arzu Kaya
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

AMAÇ: Notaljia parestetika (NP) etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, dorsal spinal sinirlerin etkilendiği, sensoriyal bulgulara cilt lezyonunun eşlik ettiği bir hastalıktır. Hastaların yakınmaları sırtta kahverengimsi hiperpigmente genellikle kaşıntılı cilt lezyonuna eşlik eden lezyon çevresinde ağrı, parestezi, hipoestezi gibi sensoriyal bulgular ile karakterizedir (1,2). NP tedavisinde farmakolojik ajanların yanında çeşitli fiziksel tıp ve rehabilitasyon yöntemlerinden yararlanılmaktadır (3). Notaljia parestetika bazen hasta tarafından bazen doktor tarafından tesadüfen farkedilmekte ve bazen de altta yatan vertebral patolojiler ile ilişkili olabilmektedir. Olgumuzda notaljia parestetikalı bir hastada başarı ile uygulanan kuru iğneleme ve inhibisyon tekniğine göre uygulanmış kinezyolojik bantlama tedavisi sunuldu

OLGU: Otuz altı yaşında kadın hasta, üç yıldır devam eden sırt ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Sırt ağrısı yanıcı, bazen batıcı karakterdeydi ve son zamanlarda ağrısına kaşıntı da eşlik etmekteymiş. Hasta çeşitli ağrı kesici ve kas gevşetici ilaçları kullanmış, ancak çok az fayda görmüş. Öz geçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde hastanın ağrı ve kaşıntı tarifliediği bölgede inspeksiyonda sol skapula medialinde yaklaşık 5x9 cm ebatında ancak sınırları net belli olmayan hiperpigmentemaküler cilt lezyonu tespit edild i(Resim 1). Lökomotor sistem muayenesinde; eklem hareket açıklığı (EHA) değerlendirmesinde, boyun fleksiyon ve lateral fleksiyonu açık ve ağrısız, sağa ve sola rotasyonlar, ekstansiyon açık, EHA sonları ise ağrılıydı. Palpasyonda trapezius kaslarında daha belirgin olmak üzere birçok sırt kasında ağrılı fibröz bantlar tespit edildi. Durağan ağrı şiddeti, vizüel analog skalası (VAS) (VAS; 0= ağrı yok, 10= dayanılmaz ağrı) ile değerlendirildi ve VAS=8 olarak kaydedildi. Fibröz bantlara kompresyonla ağrı şiddeti VAS=10 olarak kaydedildi. Nöropatik ağrı için yanıcı, batıcı ve çakıcı ağrı şiddeti, Türkçe geçerlik çalışması da yapılmış olan Leeds Nöropatik Semptom ve Bulgu Değerlendirme Skalası (LANSS) ile değerlendirildi ve LANSS skoru=16 olarak kaydedildi. Nörolojik muayenesinde cilt lezyonunun olduğu alanın merkezinde hipoestezi ve parestezi tespit edildi. Üst ve alt ekstremite kas gücü ve refleks muayeneleri ve diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Laboratuvar değerlendirmelerinde tam kan sayımı, serum elektrolit seviyeleri ve diğer rutin biyokimyasal incelemelerde anormallik saptanmadı. Radyografik değerlendirmede; servikal grafide dejeneratif değişikler tespit edildi. Dermatoloji uzmanı görüşü alınarak hastaya notaljia parestetika tanısı ile cilt lezyonuna yönelik klobetazol 17-propiyonat krem 2 kez/gün başlandı. Hastaya nöropatik şikayetleri açısından gabapentin 600 mg/gün başlanıp 1800 mg /gün'e çıkıldı. Farmakolojik tedavi ile eş zamanlı olarak haftada iki gün ve toplamda sekiz seans olmak üzere maküler cilt lezyonu bölgesine ve sırttaki fibröz bantlara kas inhibisyon tekniği ile kinezyolojik bantlama ve o bölgelere 3 seans kuru iğneleme uygulandı. Ayrıca sırt kasları için germe ve güçlendirme hareketlerini içeren ev egzersiz programı verildi. Üçüncü seanstan itibaren ağrılarında azalma sağlanan hastanın sekiz seans sonunda durağan ağrı ve parestezi-hipoestezi yakınmalarında ve cilt lezyonunda belirgin gerileme gözlendi (VAS=2, LANSS=6). Ayrıca fibröz bantlara uygulanan kompresyonla hissedilen ağrı yakınması da anlamlı oranda azaldı (VAS=3).

SONUÇ: Sonuç olarak, özellikle fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi, nöroşirurji gibi kas iskelet sistemi ile uğraşan branşlarda, skapular bölgede cilt bulgularıve eşlik eden parestetik yakınmaları olan hastalarda, notaljia parestetika tanısının göz önünde bulundurulmasını, ayırıcı tanı açısından dermatolojik değerlendirmenin önemli olduğunu ve tedavi programları içerisinde kuru iğneleme ile kinezyolojik bantlama gibi yan etki profili düşük tedavi yaklaşımlarına yer verilebileceğini düşünüyoruz.

ANAHTAR KELİMELER: Notalgia parestetica, kuru iğneleme, kinezyolojik bantlama

resim 1



PS-89 EROZİV OSTEOARTRİT

Hilmi Umut Tatlı
Golbasi Devlet Hastanesi, FTR Klinigi

AMAÇ: Eroziv osteoartrit, elin interfalangeal eklemlerini etkileyen inflamasyon ve dejenerasyon ile seyreden ilerleyici karakterde bir osteoartrittir.

OLGU: 56 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 yıl kadar önce başlayan her iki el parmak eklemlerinde yaygın şekil bozukluğu, şişlik ve özellikle geceleri artan ağrı ve ara ara uyuşma şikayeti mevcutmuş. 1 yıl önce nöroloji tarafından ellerindeki uyuşmaya yönelik emg incelemesi yapılmış ve hafif düzeyde karpal tünel sendromu teşhisi konulmuş. Ayrıca sağ omuz ekleminde parsiyel rotator cuff yırtığı sebebiyle, 10 ay önce 15 seans ftr programına alınması dışında özgeçmişinde başka bir özellik yok. Sistemik hastalığı, kullandığı ilacı, ailede romatizmal hastalık öyküsü yok.

Sistemik muayenesi doğal, sol elde belirgin olmak üzere bilateral 2.3. ve 4. parmak dif ve pif eklemlerde şişlik, hassasiyet ve eklem hareket açıklığında azalma mevcut. Sol el 1,2,3ve 5. parmak pif eklemde şişlik ve genişleme görüldü. Laboratuar sonuçları normal sınırlarda. El grafisinde sol el 2.3. ve 4. PİF eklemde düzensizlik, testeredişi ve martı kanadı görünümü, marjinal osteofitler ve ve eklem aralığında genişleme, düzensizlik, litik lezyonlar mevcut.

SONUÇ: Olgumuzda PIF eklem tutulumun asimetrik olması, eklem radyografisinde belirgin erozyon ve litik lezyonların olması, eroziv osteoartrite özgü testeredişi ve martı kanadı görünümü olması klinik öykü ve laboratuar sonuçları ile birleştiğinde göre diğer romatizmal hastalıklardan ziyade eroziv osteoartrit olduğu kanaatine varıldı.Oral Metotreksat ve hidroksiklorokin tedavisi başlandı.

ANAHTAR KELİMELER: eroziv osteoartrit

xray



xray2



PS-90 ROMATOİD ARTRİT TANISIYLA TAKİP EDİLEN HASTALARDA SAPTANAN KONDROKALSİNOZİS

Nazlı Derya Buğdaycı, Ebru Karakaya, Nurdan Paker, Habip Can Küçük, Burak Kütük
SBÜ İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu yazıda RA tedavisinden fayda görmeyen hastalarda kondrokalsinozis gibi diğer artritik sendromların da mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğine dikkat çekildi ve RA tanısıyla takip edilen, tedaviden tam olarak fayda görmeyen anne-kız iki hastada kondrokalsinozis saptandı, olgular literatür eşliğinde tartışıldı.

OLGU: 39 yaşında kadın hasta, sağ el bileği ve sağ dizde ağrı ve şişlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. 2 sene önce romatoid artrit (RA) tanısı konulduğu metotreksat (MTX) 15 mg subkutan (s.c) tedavisi aldığı, tedaviden tam olarak fayda görmediği öğrenildi. Bilinen ek hastalığı yoktu, annesinde de aynı şikayetlerin olduğu ve annesinin de RA tanısı ile takipli olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ el bileği şiş ve hassastı, dorsifleksiyon şiddetli ağrılı, sağ diz eklem hareket açıklığı kısıtlıydı. Çekilen grafilerde her iki diz eklem aralığında ve yumuşak doku çevresinde, sağ el 1., 3. ve 5. metakarpofalangial (MKF) eklem, sağ el 2. ve 3. karpometakarpal (KMK) ve interkarpal eklemlerde; sol el 3. MKF eklem. KMK eklemlerde ve çevre yumuşak dokuda yaygın kalsifikasyonlar mevcuttu. Ardından ultrasonografik (USG) görüntüleme yapıldı. USG'de ilgili eklemlerde ve çevre yumuşak dokularda hiperlusens lezyonlar gözlendi. Hastaya kondrokalsinozis tanısı konuldu.

Aynı şikayetleri oluğu öğrnilen annesi de polikliniğimize çağırıldı. Annesi, 65 yaşında kadın hasta, 30 yıldır RA tanısı ile takipli olduğu ve bu süre boyunca hiçbir zaman tam remisyon sağlanamadığı öğrenildi. Fizik muayenede sol dizde aktif artriti, ağrı ve kaba krepitasyon; sağ el bileğinde ağrı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Çekilen grafilerde her iki diz eklem aralığında ve yumuşak doku çevresinde, her iki el KMK ve interkarpal eklemlerde, sol ayak 1.-5. metatarsofalangial (MTF) ve sağ ayak 1. ve 4. MTF eklemlerde ve çevre yumuşak dokuda yaygın kalsifikasyonlar mevcuttu. Ardından USG görüntüleme yapıldı. USG'de ilgili eklemlerde ve çevre yumuşak dokularda hiperlusens lezyonlar gözlendi. Hastaya kondrokalsinozis tanısı konuldu.

SONUÇ: Kalsiyum pirofosfat dihidrat kristal birikimi (CPPD) hastalığı, eklem dokularında kalsiyum pirofosfat dihidratın (CPP) birikimi ile ilişkili artritik sendromları içerir. Daha çok yaşlı bireylerde görülür. Diz en sık tutulan eklemdir, ardından bilek, omuz, ayak bileği ve dirsek gelir. Asemptomatik kondrokalsinozdan, kronik semptomlara, akut kalsiyum pirofosfat (CPP) kristal artriti, osteoartrite (OA) ve romatoid artrite (RA) kadar değişen birçok klinik prezentasyona sahiptir. Bu çeşitlilik nedeniyle, CPP ile ilişkili artritin yönetimi zordur. CPDD'nin üç etiyolojik formu tanımlanmıştır. Sporadik CPDD en yaygın formdur ve sıklıkla yaşlı bireylerde görülür. Sekonder CPDD, hiperparatiroidizm, hipomagnezemi, hipofosfataz ve hemokromatoz gibi metabolik nedenlerle ilişkilidir. Üçüncü form, klinik ve radyolojik belirtileri açısından en tipik model olan ailesel CPDD'dir. Kalıtım genellikle değişken penetrasyona sahip otozomal dominant şeklindedir. İnorganik pirofosfatın (PPi) hücrelerden taşınmasını sağlayan ANKH (ankylosis human) geni ile ilişkilidir. Ailesel mutasyonlar hücre dışı PPi düzeylerini artırabilir ve yaşamın üçüncü veya dördüncü dekadında CPPD hastalığının başlamasına neden olabilir.

Hastalık kronik ağrı, fonksiyonel bozukluk ve sabah tutukluğu olarak ortaya çıkabilir. CPDD hastalarının yaklaşık% 5'i, 4 haftadan birkaç aya kadar süren subakut veya kronik ataklarla çoklu eklem tutulumu olan psödoromatoid artrit olarak başvurmaktadır. Bu olgularda, CPDD ve romatoid artrit arasındaki ayırıcı tanı zordur. Bu tür durumlarda radyolojik değerlendirmelerle ayırıcı tanıya gidilebilir. Radyolojik incelemelerde CPPD'de genellikle kondrokalsinoz mevcuttur ve kemik erozyonları komplike olmayan CPPD'de görülmez. RA'lı hastalarda ise kemik erozyonları ve destrüktif eklem değişiklikleri görülür.

Bizim anne-kız iki olgumuz RA tanısı ile takipliydiler. Olgu 2 uzun yıllar RA tanısı ile takipliydi ve bu süre boyunca hiç bir zaman tam remisyon elde edilememişti. Kalsiyum pirofosfat dihidrat birikintileri asemptomatik olabilir ya da bizim olgularımızda olduğu gibi kronik eklem belirtileri veya akut epizodik artritin yanı sıra çok çeşitli diğer kas-iskelet belirtileriyle ilişkili olabilir. Bu hastaların RA ile karışma olasılığı yüksektir. RA tedavisine rağmen remiyon sağlanamayan hastalarda artrit kliniğiyle seyreden diğer hastalıklar göz önünde bulundurulmalı, CPDD hastalığı ayırıcı tanıda yer almalı ve tanıyı desteklemek için görüntüleme yöntemlerinden yararlanılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: kondrokalsinozis, romatoid artrit, kalsiyum pirofosfat

PS-91 FİBROMİYALJİ 2013 ALTERNATİF TANI KRİTERLERİNİN PERFORMANSI

Fatih Noyan[1], Gülnur Taşçı Bozbaş[2], İmran Kurt Ömürlü[3], Gülcan Gürer[2]
[1]*Nazilli Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, AYDIN*
[2]*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD, Aydın*
[3]*Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Biyoistatistik AD, Aydın*

AMAÇ: Bu çalışmada, 3 aydan uzun süreli yaygın ağrısı olan hastalarda 2011 modifiye ACR ve 2013 alternatif tanı kriterlerinin test edilmesi amaçlanmıştır. Böylelikle, bu kriterlerin FM tanısındaki duyarlılıkları ve özgüllükleri karşılaştırılacak ve sekonder fibromiyalji tanısındaki değerleri araştırılacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 3 aydan uzun süredir devam eden yaygın ağrı nedeniyle başvuran toplam 280 kadın hasta çalışmaya dahil edildi. Bu kriterlere göre seçilen hastaların demografik özellikleri, ek hastalıkları ve kullandığı ilaçlar sorgulanarak kaydedildi. Tüm hastalardan ayrıntılı hikâye alınarak detaylı fizik muayeneleri yapıldı. Hastalar non-enflamatuar ve enflamatuar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların tümü ACR 1990, ACR 2011 modifiye kriterler ve 2013 alternatif tanı kriterleri kullanılarak değerlendirildi. Sonrasında hastalara Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve fibromiyalji etki anketi (FEA) uygulandı

BULGULAR: Non-enflamatuar grupta, ACR 2011 modifiye tanı kriterlerine göre 122 (%87,2) hasta FM tanısı almıştır. 2013 alternatif kriterlere göre ise 97 (%69,3) hastaya FM tanısı konuldu. Her iki kritere göre FM tanısı alanların sayısı 96 (%68,6) dır. ACR 2011 modifiye tanı kriterlerine göre FM tanısı konulan ancak 2013 alternatif kriterlere göre tanı alamayan hasta sayısı 26 (%18,6) dır. Sadece 1 (%0,7) hastaya 2013 alternatif kriterlere göre FM tanısı konulmuş ancak ACR 2011 modifiye tanı kriterlerine göre tanı konulamamıştır. Kappa değeri 0,459 olup uyumsuz olduğu saptandı ($p<0,001$). Enflamatuar grupta, ACR 2011 modifiye tanı kriterlerine göre 116(%82,9) hasta FM tanısı almıştır. 2013 alternatif kriterlere göre ise 86 (%61,4) hastaya FM tanısı konuldu. Her iki kritere göre FM tanısı alanların sayısı 84 (%60,0) idi. ACR 2011 modifiye tanı kriterlerine göre FM tanısı konulan ancak 2013 alternatif kriterlere göre tanı alamayan hasta sayısı 24 (%17,1) dür. Sadece 2 (%1,4) hastaya 2013 alternatif kriterlere göre FM tanısı konulmuş ancak ACR 2011 modifiye tanı kriterlerine göre tanı konulamamıştır. Kappa değeri 0,428 olup uyumsuz olduğu saptandı ($p<0,001$).

SONUÇ: Kronik yaygın ağrılı hastalara ACR 2011 modifiye kriterler ile daha kolay FM tanısı konulabileceğini görülmektedir. Ayrıca 2011 kriterlerinde bulunan 'ağrıyı açıklayabilecek başka hastalık olmaması' maddesi romatolojik hastalıklara eşlik eden FM'yi belirlemeyi olanaksız hale getirmektedir. Bu nedenle 2011 modifiye kriterler yerine özgüllüğü %92,9 saptanan 2013 alternatif kriterlerin kullanılması daha uygun olabilir.

ANAHTAR KELİMELER: Fibromiyalji, ACR 2011 modifiye kriter, 2013 alternatif kriter

PS-93 EFFECTIVENESS OF KINESIO TAPING IN THE TREATMENT OF SOMATOSENSORY TINNITUS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Tuğba Atan[1], Doğan Atan[2], Sumru Özel[3]
[1]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Gaziler Physical Therapy and Rehabilitation Education and Research Hospital, Ankara, Turkey.*
[2]*Department of Otorhinolaryngology, Lokman Hekim University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey.*
[3]*Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Ankara Physical Medicine and Rehabilitation Training and Research Hospital, Ankara, Turkey.*

OBJECTIVE: Tinnitus is defined as an annoying perception of sound that is heard without any actual external acoustic stimulation (1). In some individuals, tinnitus may also originate from complex somatosensory–auditory interactions related to the musculoskeletal system rather than the ear, which is defined as "somatosensory tinnitus". This specific subgroup includes 65% of patients (2). Temporomandibular joint, craniocervical junction, cervical vertebrae and neck, and shoulder muscles, especially the sternocleidomastoid (SCM) muscle, upper trapezius, and levator scapulae, are the anatomic sites for the symptom. Cervical spine treatments have shown positive effects on somatosensory tinnitus in several studies; however, these studies are limited due to the small number of patients and lack of control groups and randomization (3).

The clinical effects of Kinesio taping (KT) for somatosensory tinnitus have not been confirmed. The purpose of this study is to investigate the efficacy of KT applied to the SCM, upper trapezius, and levator scapulae muscles for somatosensory tinnitus associated with neck complaints.

MATERIALS-METHODS: The study was designed as a single centered, prospective, randomized, sham-controlled, and double-blinded trial. The study was approved by the Ethics Committee of the Hitit University Faculty of Medicine (approval number: 2018–12), registered in the clinical trials database (the registration number is NCT03782220) and performed according to the Declaration of Helsinki. The participants were fully informed about the procedures, and written consent was obtained. Patients complaining of tinnitus first underwent otologic and audiological evaluation by an otolaryngologist. Tinnitus characteristics, including severity, localization (unilateral/bilateral), type (pulsatile/ non-pulsatile), symptom duration, and the frequency (number of days with symptoms) were recorded. Patients diagnosed with somatosensory tinnitus and concomitant neck complaints [cervical pain-visual analog scale (cervical pain-VAS) > 2] for at least six weeks were referred to a physical medicine and rehabilitation outpatient clinic. Of these patients, those having objective tinnitus, subjective tinnitus with hearing loss, or Meniere's disease, vertigo, middle-ear pathologies, intracranial pathologies, whiplash injury, previous cervical spinal surgery, pregnancy, infection, malignancy, or those who received cervical physical rehabilitation program in the past three months were excluded.

Thirty-patients were randomly assigned to the KT group (n = 15) and the sham-taping (ST) group (n = 15). KT (Kinesio Tex Gold, 2 in x 103.3 ft) was applied, in the experimental group, to SCM, upper trapezius, and levator scapulae muscles by muscle inhibition technique (from insertion to origin points of a muscle) as defined by Dr. Kenzo Kase (4). For the ST group, a placebo taping method that was considered to be ineffective (not from insertion to origin points of a muscle), with the same material without tension and with the neck in a neutral position, was employed. Banding application was performed for both groups once a week until four weeks. Tinnitus-severity was measured using a visual analog scale (tinnitus-VAS) as a primary outcome. Tinnitus Handicap Inventory (THI), cervical pain-VAS, and neck disability index (NDI) were used for the assessments of tinnitus handicap, neck pain, and disability.

The sample size estimation was performed using the G Power software (v 3.1). It was determined that 15 individuals for each group must have been recruited to detect a difference at 5% type 1 error level with 95% power for the Cohen's d value of 1.63 based on the minimum clinically important difference for VAS-loudness reported in the previous research (5).

All statistical analyses were performed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 21.0. Descriptive statistics were presented as the mean ± standard deviation (SD). Categorical variables were presented as number (n) and percentage (%). Visual assessment (histogram, boxplot) and the Shapiro-Wilk test was used for normality evaluation. All continuous variables were observed to be normally distributed. A Chi-square test was used to compare the nominal data. An independent samples t-test was used to compare continuous data of the two groups. A dependent t-test was used to compare the pre-and-post values of continuous data. Statistical significance was accepted for values of $p < 0.05$.

RESULTS: There were no significant differences in gender, age, body mass index and duration of disease among the participants of the study groups. Tinnitus localization (unilateral/bilateral) (P = 0.065), type (pulsatile/non-pulsatile) (P = 0.456), symptom duration (months) (P = 0.325), symptom frequency (days/week) (P = 0.593), cervical- ROM (P = 0.195), cervical- MMT (P = 0.543), myofascial trigger points (P = 0.409) and tinnitus provocation (P = 0.456) did not show any significant difference between the study groups. The taping sessions were well tolerated, and no adverse events occurred. No significant differences in outcome measures, tinnitus-VAS, THI, cervical pain-VAS, and NDI scores, were found at baseline (all P > 0.05) between the groups. Tinnitus-VAS, THI, cervical pain-VAS, and NDI improved significantly in the KT group after the intervention (all P < 0.001). In the control group, no significant differences in the outcome measures were found at the 4th week compared to the baseline (P = 0.108, P = 0.282, P = 0.120 and P =1.000, respectively).

CONCLUSION: KT is more effective than sham-taping in improving somatosensory tinnitus associated with neck complaints. Studies with larger samples of patients with somatosensory tinnitus that assess the long-term effects of KT are recommended. In addition, a detailed investigation of modulation maneuvers and patient selection using new diagnostic criteria for somatosensory tinnitus may provide more reliable results.

REFERENCES

[1] D. Baguley, D. McFerran, D. Hall, Tinnitus, Lancet. 382 (9904) (2013) 1600–1607.

[2] M. Ralli, A. Greco, R. Turchetta, G. Altissimi, M. de Vincentiis, G. Cianfrone, Somatosensory tinnitus: current evidence and future perspectives, J. Int. Med. Res. 45 (3) (2017) 933–947.

[3] T.G. Sanchez, C.B. Rocha, Diagnosis and management of somatosensory tinnitus: a review article, Clinics 66 (6) (2011) 1089–1094.

[4] K. Kase, J. Wallis, T. Kase, Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method, second ed., Ken Ikai Co Ltd., Tokyo, Japan, 2003.

[5] S. Aksoy, Y. Fırat, R. Alpar, The tinnitus handicap inventory: a study of validity and reliability, Int. Tinnitus J. 13 (2) (2007) 94–98.

KEYWORDS: kinesio taping, neck pain, somatosensory tinnitus

PS-94 ANKİLOZAN SPONDİLİTE BAĞLI DORSOLOMBER DİSK TUTULUMU SONUCU GELİŞEN TEDAVİYE DİRENÇLİ DİSKOJENİK AĞRI

Hidayet Sarı, Bilge Çakır, Hasan Hüseyin Sarı
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakultesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Ankilozan spondilit, sakroiliak eklemlerden başlayarak tüm omurganın eklem yapılarında, entezis bölgelerinde iltihap yapan kronik ilerleyici bir romatizmal hastalıktır. Omurga tutulumunda anterior longitidunal ligamentlerin yapışma yerlerindeki tutuluma anterior spondilit (Romanus lezyonu) posterior longitidunal ligamentlerin yapışma yerlerindeki tutuluma posterior spondilit denilir. Bunun dışında faset eklemleri, flaval ligamentlerde ve interspinöz ligamentlerde de iltihap yapabilir.

Daha nadir olarak intervertebral disk tutulumu sonucunda spondilodiskit (Anderson lezyonu) geliştirebilir. Spondilodiskit gelişen olguların klinik bulguları değişkendir. Asemptomatik olan olgular olduğu gibi ilerleyici, medikal ve konservatif tedaviye dirençli olgular da karşımıza çıkabilmektedir. Bu tip olgularda cerrahi girişim gerektirecek kadar ciddi durumlarla karşı karşıya kalınabilmektedir. Biz bu olgu sunumumuzda T5-S1 arası tüm dorsalomber disklerde tutulum sonucunda end plate yıpranması ve disk dejenarasyonu sonucu mekanik ve iltihabi ağrı karakterli, medikal tedaviye dirençli bir olguyu tartışmak üzere sunuyoruz.

OLGU: 45 yaş erkek hasta

ŞİKAYETİ: Boyun, sırt, bel ağrısı

HİKAYESİ: 20'li yaşlarından beri mevcut olan boyun, sırt, bel ağrıları mevcut. 2017'de Ankilozan spondilit teşhisi konmuş. Hasta bütün Anti TNF ve biyolojik ajanlara cevap vermemiş. Hasta daha önce humira, cimzia, enbrel, simponi ve verxant kullanmış ancak yanıt alınamamış. Sabah tutukluluğu ve ağrıları geçmemiş. En son aralık 2018'de remsima'ya geçilmiş. Şu an remsima tedavisi alıyor. ağrılarına çok az fayda etmiş. Bel ve her iki kalçasında ağrısı mevcut. Sabahları tutukluğu oluyor. 30 dk kadar sürüyor. Gece ağrısı uykudan uyandırıyor. Sabah yorgun ve ağrılı kalkıyor. 1 yıldır mesleki faaliyeti yok ağrısından dolayı çalışmıyor. Cimzia kullanırken ilk yükleme dozu aldıktan sonra rahatlamış ve çok iyi gelmiş ancak normal doza geçince etkisi kaybolmuş. 20.02.2019 Hastanın şikayetleri devam ediyor. Hastanın en büyük şikayeti ayakta durunca 3-4 dk sonra şiddetli sırt ve bel ağrısı olup hasta oturmak zorunda kalıyor. Gece ağrısı oluyor ancak uyandıracak şiddette olmuyor. Yorulunca ağrısı artıyor, dinlenmekle ağrısı rahatlıyor.(mekanik karakterde ağrı) hastanın tedaviye dirençli omurga ağrısı nedeniyle altta yatan başka bir hastalık yönünden araştırılmasına karar verildi. Endoskopik yönden incelemede hastada Crohn hastalığı olduğu saptandı. Öncesinde azatiyopurin verildi. Cevapsızlık nedeniyle hastaya adalimumab dozu haftada 1 40 mg olarak düzenlendi. Ve hastanın ağrıları ancak bu tedaviyle kontrol altına alınabildi.
Fizik muayene: Servikodorsal kifoz artmış. Göğüs solunumu azalmış. Batın solunumu mevcut. Sol trapez kası orta ve alt noktaları hassas. dermografizm mevcut. Boyun EHA 1. derecede kısıtlı sonlara doğru ağrılı. Bel EHA her yönde 1.2.derecede kısıtlı ve ağrılı. DBK bilateral 60-70 derecede belde ve bacakta ağrılı. Topuk ve parmak ucu yürüyüşü normal. Schober 4 cm. Göğüs genliği 1.5-2 cm civarında. Sağ kalça EHA açık ve ağrısız. Sol kalça EHA açık ağrısız. Faber-fadır bilateral negatif.

LABORATUVAR: CRP 5.4, Sedimantasyon: 13mm/h, 25-OH D3: 13, HLA-B27 negatif.

GÖRÜNTÜLEME: hastanın dorsolomber tüm omurlarında intervertebral disk tutulumuna bağlı Schmorl nodülleri, kemik iliği ödemi ve modic tip 1-2 değişiklikleri mevcut.

SONUÇ: • Ankilozan spondilit genellikle entezit ile seyreden bir hastalık olmasına rağmen anterior spondilit (Romanus lezyonları) ve intervertebral disk tutulumu (Anderson lezyonları) ile de karşımıza çıkabilir. Bu hastamızda dorsolomber tüm intervertebral disklerde inflamatuar diskitis sonucunda şiddetli sırt ve bel ağrıları olup medikal tedaviye direnç göstermiştir. Bunun nedeni AS'ye bağlı kronik spondilodiskitisin intervertebral disklerde son plaklarda ve diskte dejenarasyon yaratması ve diskin avasküler yapısı nedeniyle medikal tedaviye direnç göstermesinden kaynaklanabilir. Buradaki olayı inflamatuar diskitis sonucunda disklerde sekonder dejenerasyon gelişmesi sonucunda kalıcı diskojenik ağrı olduğunu düşünüyoruz. Ancak şikayetlerini geçmemesi üzerine yapılan tetkiklerde bağırsak şikayeti olmamasına rağmen Crohn hastalığı gibi altta yatan başka bir hastalık araştırılması gerektiği, AS ile Crohn hastalığı olan hastalarda doz aralığının kısaltılması gerektiği, AS'ye bağlı disk tutulumu(anderson lezyonu) olan hastalarda altta yatan primer hastalığın araştırılması ve buna uygun tedavinin düzenlenmesi gerektiği kanaatine varıldı.

ANAHTAR KELİMELER: Ankilozan spondilit

PS-95 HİPOPARATİROİDİYE EŞLİK EDEN SPONDİLOARTROPATİ:NADİR BİR OLGU SUNUMU

Zeynep Türen[1], Feray Cinevre Soyupek[2]
[1]*Artvin Devlet Hastanesi, Artvin*
[2]*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Isparta*

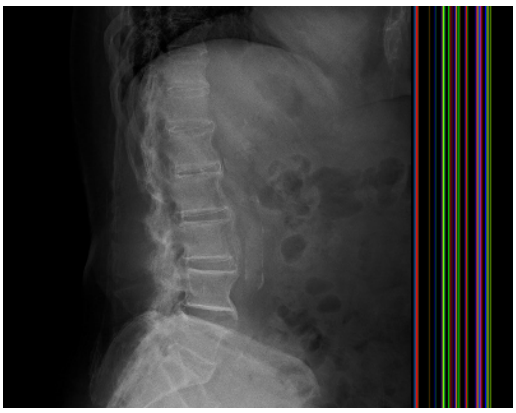
AMAÇ: İdiopatik hipoparatiroidi yetersiz düzeyde paratiroid hormon salgılanması ile karakterize endokrin bir hastalıktır. Uzun vadede ankilozan spondilite benzeyen ağrı, tutukluk, postür bozukluğu ve hareket kısıtlılıklarına yol açabilir. Literatürde spondiloartropatiyi taklit eden hipoparatiroidi ile ilişkili çok sayıda vaka sunumu bulunmaktadır. Bu vakada akut faz yüksekliği ve NSAİİ yanıtsızlığı nedeni ile biyolojik ajan kullanılarak tedavi edilen hipoparatiroidi ile ilişkili spondiloartropati hastası sunulacaktır.

OLGU: 25 yaşında iken idiopatik hipoparatiroidi tanısı almış olan 72 yaşında kadın hasta, 9 yıldır olan inflamatuvar tip bel-boyun-diz ve bilateral kalça ağrıları olması, 2 saat süren sabah tutukluğu ve grafisinde grade-2 sakroileit saptanması üzerine spondiloartropati tanısı almış. Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, sülfasalazin ve steroid tedavilerinden yanıt alınamayan hastada akut faz yüksekliğinin devam etmesi üzerine Adalimumab tedavisine geçilmiş. Adalimumab tedavisi sonrası CRP 22'den 7'ye, ESR 55'ten 20'ye; BASDAİ skorları 6,2'den 1,2'ye gerilemiş. Tedavinin 3. yılında akut faz yüksekliği olmadan BASDAİ skorlarında artış olan hasta kendi isteğiyle anti-TNF tedaviyi bırakmış. Hasta polikliniğimize başvurduğunda meloksikam, sülfasalazin, magnezyum, kalsiyum ve kalsitriol tedavisi altında iken inflamatuvar tip kalça, diz, boyun, bel, boyun ağrıları ve kramp yakınması mevcuttu. Fizik muayenesinde Schober testi 11 cm ölçüldü, servikal, torakal ve lomber vertebra hareketleri ile diz, omuz ve kalça eklem hareket açıklıkları kısıtlanmıştı. Bilateral Mennel, Gaenslen ve sakroiliak kompreyon testleri pozitif idi. Laboratuvar tetkiklerinde ESR 89 mm/h, CRP 14,4 mg/L (0-6), parathormon 8,7 pg/ml idi. Hemogram, serum kreatinin, kalsiyum, fosfor, albümin, vitamin D düzeyleri normal; HLA B-27, ANA, anti-CCP ve romatoid faktör negatif idi. Konvansiyonel radyolojik görüntülemede pelviste yaygın entesopatiler, sakroiliak eklemde skleroz (Resim 1), vertebrada sindesmofitler, anterior longitudinal ligamentte ossifikasyon (Resim 2); sakroiliak MR görüntülemede ise SI eklemlerin anteriorunda köprüleşmeye giden osteofitik dejenerasyonlar saptandı. Akut faz yanıtlarının yüksek olması ve daha önce anti-TNF tedaviden fayda görmesi nedeni ile Etanercept tedavisi başlandı. Etanercept tedavisi sonrası 1. yılda CRP 9,9 mg/L (0-6), ESR 16 mm/h ölçüldü, hastalık aktivitesi ASDAS'a göre inaktif hale geldi.

SONUÇ: Hipoparatiroidi ilişkili spondiloartropati genellikle klinik olarak asemptomatiktir. Radyolojik spondiloartropati ise %30-40'a varabilen oranlarda bildirilmiştir. Ankilozan spondilit ile karşılaştırıldığında sakroiliak eklemin çok nadir tutulması, HLA-B27 negatifliği, sindezmofit yerleşim yerlerinin farklı olması, yaygın ligamentöz ossifikasyonların varlığı, her iki cinsiyeti eşit oranda etkilemesi, kemik mineral yoğunluğunda artış olması, hastalarda hipokalsemi ile ilişkili kramp, tetani gibi yakınmaların eşlik etmesi gibi farklılıklar mevcuttur. Atipik bulgularla seyreden ve tedaviye yanıt alınamayan spondiloartropati hastalarında romatizmal dışı nedenlerin akılda tutulması hastalarda gereksiz tedavilerin uygulanmasını engelleyebilir. Ancak hastamızda akut faz yüksekliğinin başka bir nedenle açıklanamaması ve anti-TNF tedavisine yanıt alınmış olması nedeni ile gerçek bir spondiloartropati dışlanamamıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Hipoparatiroidi, spondiloartropati

Resim 1



Pelviste yaygın entesopatiler ve sakroiliak eklemde skleroz

Resim 2



Lomber vertebrada sindesmofitler, anterior longitudinal ligamentte ossifikasyon

ULUSLARARASI KATILIMLI

TÜRK ROMATOLOJİ E-KONGRE 2020

13-15 KASIM 2020



TRASD 1947

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
Yaşam Caddesi No: 13/A Neorama Plaza Kat: 6 Daire: 26
Söğütözü / ANKARA **T:** +90 312 562 13 22 **F:** +90 312 562 13 22

GENX KONGRE
İcadiye Cad. No:3 Kuzguncuk 34674 İstanbul **T:** +90 216 310 11 00
F: +90 216 310 06 00 info@genx.com.tr / www.genx.com.tr
genx_mice twitter.com/GenX_MICE