



**İNFLAMASYON  
DERNEĐİ**

**İNFLAMASYON KAMPI**

**İNTERAKTİF VAKA  
TARTIŞMASI**

**BİLDİRİ KİTABI**

**25-26  
KASIM 2022**

SHERATON BURSA  
HOTEL



**İNFLAMASYON KAMPI**

**İNERAKTİF VAKA  
TARTIŞMASI**



## **KONGRE DÜZENLEME KURULU**

Prof. Dr. Emel Bülbül Başkan

Prof. Dr. Yavuz Pehlivan

Prof. Dr. Hüseyin Ediz Dalkılıç

Doç. Dr. Belkıs Nihan Coşkun

Doç. Dr. Serkan Yazıcı

## 25 Kasım 2022 Cuma

	Salon 1	Salon 2	Salon 3
11:00-13:00	<b>Biyoistatistik Kursu</b> Eğitimci: Ertan Koç <b>Kursa katılım 50 kişi ile sınırlıdır.</b>	<b>Dermatoloji Uzmanları için Pratik Ultrasonografi Eğitimi (1. Grup)</b> Eğitmciler: Naile Bolca Topal Fatih Gülşen Başak Erdemli Gürsel	
13:00-14:00	Öğle Yemeği		
14:00-16:00	<b>Inflammatuvar Hastalıkların Tanısında Dermoskopi Kursu</b> Eğitmciler: Turhan Şahin Ece Gökyayla	<b>Temel Kapilleroskopi Kursu</b> Eğitmciler: Merih Birlik Yasemin Yalçinkaya Duygu Temiz Karadağ Alper Sarı Orhan Küçükşahin	<b>Kronik İnflamatuvar Hasta Bakımı Hemşirelik Kursu</b> Moderatör: Seda Pehlivan Eğitmciler: Ayşe Özkaraman Cemile Kuzu Derya Akça Doğan Diğdem Lafçı Döndü Çuhadar Fatma Düzgün Nilgün Tuna Semure Zengi Serap Parlar Kılıç Şafak Şen
16:00-16:30	Kahve Molası		
16:30-18:30	<b>Romatoloji Uzmanları için Pratik Kas İskelet Sistemi Ultrasonografi Kursu</b> Eğitmciler: Salih Pay Sevil Kamalı Nevsun İnanç Muhammet Çınar	<b>Dermatoloji Uzmanları için Pratik Ultrasonografi Eğitimi (2. Grup)</b> Eğitmciler: Naile Bolca Topal Fatih Gülşen Başak Erdemli Gürsel	
18:30-19:00	SERTİFİKA TÖRENİ		

Paralel kurslara katılım 40 kişi ile sınırlıdır.

## 26 Kasım 2022 Cumartesi

08:30-09:30	<b>İnteraktif Vaka Tartışması</b> <b>Psoriasis - PsA paradoksal Ps</b> Moderatör: <i>Emel Bülbül Başkan</i> Tartışmacılar: <i>Arzu Kılıç, Ezgi Demirdöğen, Dilek Solmaz</i> Olgu Sunumu: <i>Pelin Hızlı</i>
09:30-10:30	<b>İnteraktif Vaka Tartışması</b> <b>Lupus</b> Moderatör: <i>Ediz Dalkılıç</i> Tartışmacılar: <i>Rabia Koç, Neslihan Yılmaz, Savaş Yaylı</i> Olgu Sunumu: <i>Belkıs Nihan Coşkun</i>
10:30-11:00	Kahve Molası
11:00-12:00	<b>Bağ Doku Hastalıklarında Doğru Bilinen Yanlılar</b> Moderatör: <i>Erkan Alpsoy</i> Konuşmacılar: <i>Bahar Artım Esen, Tülin Ergün</i>
12:00-13:00	Öğle Yemeği
13:00-13:45	<b>Sosyal Medya Okur Yazarlığı</b> Moderatör: <i>Yavuz Pehlivan</i> Konuşmacı: <i>Hakan Babaoğlu</i>
13:45-14:45	<b>İnteraktif Vaka Tartışması</b> <b>Hidradenit - Pyoderma Gangrenozum vakası</b> Moderatör: <i>Tülin Ergün</i> Tartışmacılar: <i>Aslı Hapa, Selim Giray Nak, Bünyamin Kısacık</i> Olgu Sunumu: <i>Elif Yazıcı</i>
14:45-15:15	Kahve Molası
15:15-16:15	<b>İnteraktif Vaka Tartışması</b> <b>Behçet Vakası</b> Moderatör: <i>Sedat Kiraz</i> Tartışmacılar: <i>Emel Öрге Gönüllü, Özgür Yalçınbayır, Melih Akyol</i> Olgu Sunumu: <i>Burcu Yağız</i>
16:15-17:15	<b>Vaskülitlerde Doğru Bilinen Yanlılar</b> Moderatör: <i>İhsan Ertenli</i> Konuşmacılar: <i>Vedat Hamuryudan, Erkan Alpsoy</i>
17:15- 17:30	Ara

17:30-18:30	<b>Sözlü Bildiriler Oturumu</b> Moderatörler: <i>Belkıs Nihan Coşkun, Serkan Yazıcı</i>
<b>İnflamasyon Kampı Sözel Bildiriler</b>	
Orijinal Rituximabdan Biyobenzer Rituximaba Geçen Anca İlişkili Vaskülit Tanılı Hastaların Gerçek Yaşam Verilerinin Retrospektif İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi	<i>Ali Ekin</i>
Primer Sjögren Hastalarında Nöropatik Ağrının Alt Üriner Sistem Semptom Şiddeti ile İlişkisi	<i>Nilay Erdik</i>
Ankilozan Spondilit Hastalarında Anti-Tnf-Alpha Tedavinin Kesilmesi İle Gelişen Reaktivasyon Sonrası Sürecin Değerlendirilmesi	<i>Nagehan Dik Kutlu</i>
IgG4 İlişkili Hastalık: 27 Vakalık Tek Merkez Deneyimi	<i>Salim Mısırcı</i>
Tümör Nekroz Faktör Alfa İnhibitörü Alan Behçet Nörolojik Tutulumu Olan Hastaların Demografik Verilerinin Retrospektif İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi	<i>Tuğba Ocak</i>
COVID-19 Pandemi Döneminde Romatizmal Hastalığı Olan Hastaların Algılanan Stres Düzeyi ve Sağlık Anksiyetesiyle İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi	<i>Adem Ertürk</i>
Tedaviye Dirençli Psoriasis Plağında Kriyoterapi ile Fraksiyonel Karbondioksit Lazer Etkinliğinin Değerlendirilmesi	<i>Selda Işık</i>
18:30-18:45	Kapanış Konuşması



**İNFLAMASYON KAMPI**

**İNERAKTİF VAKA  
TARTIŞMASI**

**25-26  
KASIM 2022**  
SHERATON BURSA  
HOTEL

Konuşma Özetleri

## Lupus

Doç. Dr. Belkıs Nihan Coşkun

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Kırk bir yaş, kadın hasta, evli, 1 çocuklu, lise mezunu, ev hanımı, Bursalı, Bursa Orhangazi’de yaşıyor. 2006 yılında, postpartum dönemde cilt bulguları nedeniyle araştırılırken sistemik lupus eritematosus (SLE) tanısı almış. O dönem bakılan serolojisinde Anti nükleer antikor (ANA) 1/3200 pozitif, ANA profilinde nükleosom, ribozomal P, SS-A ve SS-B pozitif saptanıyor. Kompleman düzeyleri (C3 ve C4) düşük ve antikardiyolipin IgG düzeyi pozitif olarak sonuçlanıyor. Tanı anında renal tutulum nedeni 6 kür 500 mg siklofosfamid verilmiş, sonrasında azatiopürin ile idame edilmiş. Kayıtlarında renal biyopsiye rastlanmıyor.

Özgeçmişinde; invajinasyon sebebiyle 9 aylıkken operasyon öyküsü mevcut. Soygeçmişinde; babasında hipertansiyon, diabetes mellitus var ve babası 49 yaşında kardiyak nedenlerden dolayı kaybedilmiş. Annesinde hipertansiyon, diabetes mellitus ve kronik renal yetmezlik mevcut. Alkol kullanmıyor. 20 yıldır aktif olarak 1 paket/gün sigara içiyor. Covid-19 enfeksiyonu geçirmemiş; 2 adet sinovac, 2 adet biontech aşısı olmuş.

Geçmiş bilgileri incelendiğinde yıllar içinde deri lezyonlarının dönem dönem daha aktif seyrettiği; tedavide mikofenolat mofetil, metotreksat en son olarak da azatiopürin kullandığı görüldü. Azatiopürin 100 mg, hidrosiklorokin 200 mg, prednisolon 5 mg ve losartan 100 mg ile takip edilirken Mayıs 2022’de yüz ve boyunda şiddetli kızamık, kaşıntılı, eritemli plak ve papüller ve dudakta mor renkli lezyonlar ile başvurdu. Sorgusunda yeni başladığı bir tedavi yoktu. Vezikül, bül, telejiektazi yoktu. Skalp, oral mukoza ve ellerde lezyonu yoktu. Kaşıntı eşlik etmiyordu. Alınan deri biyopsisi ‘‘kronik spongiotik dermatit’’ olarak raporlandı.

Ağustos 2022’de dirençli tansiyon yüksekliği, bulantı, kusma, genel durum bozukluğu ve baş ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Hasta sürekli ağlıyordu. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi şuuru açık, koopere, oryante, TA: 180/100 mmHg, nabız: 90/dk, ateş: 37 °C, spO2: 98/dk, solunum sesleri doğal, kalp sesleri taşiritmik, batın rahat, organomegali yoktu. Glasgow koma skalası 15, ense sertliği mevcuttu. Binoküler çift görmesi vardı. Taraf bulgusu yoktu.

Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit 3950 K/mL, nötrofil 2910 K/mL, lenfosit 780 K/mL,

hemoglobin 13,3 g/dL, MCV 90,7 fL, trombosit 169.000 K/mL, glukoz 109 mg/dL, üre 28 mg/dL, kreatinin 0.8 mg/dL, AST 14 IU/L, ALT 12 IU/L, ürik asit 6,4 mg/dL, albümin 39 g/L, total protein 83 g/L, ALP 82 U/L, LDH 250 U/L, GGT 32 U/L, CK 75 IU/L, sodyum 139 mmol/L, potasyum 3,3 mmol/L, kalsiyum 8 mg/dL, total bilirubin 0,57 mg/dL, direkt bilirubin 0,31 mg/dL, sedimantasyon 34 mm/h, crp 7,7 mg/dL, prokalsitonin 0,44 µ/L, tam idrar tahlilinde protein eser, TSH 4 mU/L, HbA1c: 6, total kolesterol 187, LDL kolesterol 86, HDL 78, trigliserit 114, 25-OH Vitamin 22 µg/L, C3 0,6 g/L, C4 0,1 g/L, hepatit serolojisi negatif, spot idrarda protein 0,5 mg/ gün saptandı. COVID-19, Brucella, Lyme, HSV ve CMV negatifti. Kan ve idrar kültüründe üreme olmadı. Akciğer grafisinde infiltrasyon, effüzyon saptanmadı.

Kraniyal BT ve MR'da özellik saptanmadı. Hastamıza lomber ponksiyon yapıldı. Pandy negatif. BOS açılış basıncı 21 cm / H<sub>2</sub>O. BOS lökosit 390 (%90 PNL, %10 MNL), eritrosit=0, direk bakı: lök + bakteri yok, protein: 65,8, LDH:90, Cl:122, glukoz:34 (Eş zamanlı Kan Şekeri:126 mg/dL), BOS viral panel negatif (EBV, CMV, HIV PCR, HSV-1/2, VZV, Kabakulak, Paraechovirüs). BOS'ta PCR ile ARB saptanmadı. BOS kültüründe üreme olmadı. Tedavide; seftriakson 2x2 iv, 14 gün, metronidazol 3x500, 7 gün, ampicilin, 11 gün uygulandı. Klinik yanıt alındı.

Vakamızı özetleyecek olursak; menenjit kliniği ile başvuran SLE tanılı olgumuzda kraniyal MRG menenjit açısından normaldi. BOS bulguları bakteriyel menenjit ile uyumluydu. BOS kültür, gram boyama, ARB, mantar boyamaları, viral etkenleri ve PCR negatifti. Antibiyoterapiye yanıt mükemmeldi. Hastamızda SLE'ye bağlı aseptik menenjit düşünüldü.



## Behçet Vakası

Öğr. Gör. Dr. Burcu Yağız

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

38 yaş erkek, bekar, Manisa'lı, iş yeri hekimi hastamız Eylül 2019'da oral aft, skrotal ülser, papülopüstüler ve kaviter deri lezyonları, dilde kahverengi renk değişikliği, eklem ağrıları ve halsizlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Şikayetleri 3-4 hafta önce boğazda ağrı, yanma, şişlik, kızarıklık ve ateş yüksekliği (40 C°) şeklinde başlamış. ÜSYE ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları başvurusunda yapılan tetkiklerinde sedim: 22 mm/h, CRP: 40 mg/l (0-5) ve ılımlı lökositoz (WBC/ANS: 13300/8620 K/ml) saptanmış. Oral ve iv antibiyotik tedavisi sonrası ateş yanıtı alınan hastanın 2 hafta sonra sol el bilek ağrısı başlamış. Romatolojik muayenesinde ve eklem USG'sinde özellik saptanmayan hastaya NSAİİ başlanmış. 1 hafta sonra oral aft ve genital ülserleri başlayan hasta bu şikayetlerle tarafımıza başvurdu.

Romatolojik sorgulamasında 'oral aft, genital ülser, akneiform lezyonlar, ateş, halsizlik, boğaz ağrısı ve tonsillofarenjit' pozitif bulgular olarak saptandı. Fizik muayenesinde minör, majör ve herpetiform oral ülserler, genital ülser ve bacaklarda papülopüstüler lezyonlar izlendi. Paterji testi 48. saatte pozitif. HLA-B51 tek alel pozitif saptandı. Hasta Uluslararası çalışma grubu (ISG) ve Uluslararası Behçet hastalığı kriterlerine (ICBD) göre Behçet sendromu (BS) kabul edildi. Kolşisin 1.5 mg başlandı. Takipte gelişen baş ağrısı için çekilen kranial MR normaldi. Tedavinin 1. ayında mukokutanöz lezyonları devam eden, bacaklarda ve göğüs ön yüzünde sert ağrılı nodülleri başlayan hastanın göğüs ön duvarında mevcut sert kızarık ve ağrılı nodülden yapılan biyopsisinde lenfosit baskın yangısal infiltrasyon görüldü. Çekilen alt ekstremitte venöz doppler US 'sinde DVT ve venöz yetmezlik saptanmadı, sol inguinal bölgede 25\*5 mm boyutunda abse formasyonu lehine yoğun içerikli kistik yapı izlendi. Tedavisine azatioprin (AZA) 2.5 mg/kg kademeli artışla eklendi. AZA 1. ayında abselerde artış olması nedeni AZA kesilerek prednizolon 5 mg başlandı. 1 ay sonra AZA, benzatin penisilin ile birlikte yeniden eklendi ancak 1 ay sonra abselerde yeniden artış olması üzerine AZA kesilerek prednizolon dozu 10 mg'a çıkıldı. Bu süreçte ayda bir olan 72 saat süren ateş ve halsizlik atakları devam etti. Yanı sıra mukokutanöz aktivasyonu devam eden hastaya adalimumab (ADA) 40 mg/2 hf başlandı. 3 doz sonra oral aft ve eklem ağrıları azalan ancak göbük etrafında 2 adet papülopüstüler ve kollarında akneiform lezyonlar devam eden hastaya dış merkezde SAPHO

tanısı konularak metotreksat (MTX) 7,5 mg ve leflunomid 10 mg başlandığı öğrenildi. Tedavinin 1. ayında ALT 3 kat artan hastanın MTX, leflunomid ve kolşisin tedavisine ara verildi. Takiplerinde akut ishal ve karın ağrısı olan, CRP: 66 mg/l (0-5) saptanan hastanın kolonoskopisinde terminal ileumda 2-3 mm çaplı birkaç erozyon izlendi. Gastroenteroloji tarafında inflamatuvar barsak hastalığı olabileceği belirtildi ancak tedavide değişiklik gerektirmeyeceği için takip önerildi. ADA 1. senesinde son 2-3. doz uygulamasını takiben terleme, hipotansiyon, bradikardi gözlemlendi. Kardiyolojik muayenesi doğal olan hastada ADA ikincil alerjik reaksiyon düşünüldü ve tedavi ara verilerek prednizolon 10 mg ile devam edildi. 5 haftalık ara sonrası sağ gözde bulanık görme, ağrı, kızarıklık başlayan hastanın FFA'sında 'frosted branch görünümü ve vasküler sızıntı' gözlemlendi, sağ göz panüveiti kabul edilen hastaya 3 gün metilprednizolon (MP) 500 mg uygulandı ve haftada 8 mg azaltma şeması ile 32 mg oral MP başlandı. Eş zamanlı yükleme dozu sonrası 6 haftada bir infliksimab 400 mg planlandı ve mikofenolat mofetil (MMF) 2\*2 kademeli eklendi. Halsizlik atakları devam eden, tedavi ile düzelen ateş ve boğaz ağrısı atak öyküsü olan hastadan otoinflamatuvar hastalık ön tanısı ile istenen ateş panelinde MEFV geninde c.2040G>C (p.Met680Ile) heterozigot patojenik varyant ve NLRP12 geninde c.285G>A (p.Val95=) heterozigot 'klinik önemi bilinmeyen', 'muhtemel benign' varyant (NM\_144687.3) izlendi. Tedavisine kolşisin 1 mg yeniden eklendi. MP oral azaltılırken göz atakları olması nedeniyle infliksimab 400 mg aylık uygulanmaya başlandı. MMF ile GİS yan etkisi olması nedeniyle mikofenolik asite geçildi. Takiplerinde infliksimab 4. ayında araya Covid pozitifliği giren ancak hastane yatışı gerektirmeyen hastanın enfeksiyon sonrası GİS yan etkileri arttı. Bu nedenle mikofenolik asit de kesildi. İnfliksimab 10. ayında makatta ağrı ve şişlik tarifleyen hastanın muayenesinde perianal abse izlendi, genel cerrahi tarafından drene edildi. MP oral 10 mg altına inemeyen hastanın yapılan DEXA'sında sekonder osteoporoz saptandı ve zolendronik asit yıllık uygulama başlandı. Halsizlik atakları devam eden, MP oral azaltılamayan hastanın tedavisine MTX 15 mg/ hafta sc yeniden eklendi. Hasta halsizliğine en iyi gelen ilacın MTX olduğunu belirtti, ancak MP azaltınca abseleşen deri lezyonları olması nedeniyle MP azaltılamadı ve 6 mg ile devam edildi. İnfliksimab aylık 400 mg 1. senesinde sol gözde kızarıklık, ağrı, yanma ve batma tarifleyen hastanın muayenesinde iridosiklit saptandı ve topikal tedavi önerildi. Tam iyilik hali sağlanamayan infliksimab 400 mg/aylık, MTX 15 mg/hafta sc, kolşisin 1 mg ve MP 6 mg ile tedavisine devam edildi.

Vakamız BS kabul edilmekle beraber vasküler, nörolojik tutulum olmamasına karşın ateş atakları bulunması, abseleşen deri lezyonları olması, terminal ileumda erozyon ve anal bölgede abse izlenmesi, orşiektomi öyküsü nedeniyle tanı açısından ve ortaya çıkan yan etkiler nedeniyle

tedavi açısından zor bir hasta olup her BS vakasının kendi özelinde değerlendirilmesi gerektiğini bir kez daha bize göstermiş oldu.

## Deri Ultrasonografisi

Öğr. Gör. Dr. Başak Erdemli Gürsel

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Cilt ve cilt altı dokuların anatomisi ve patolojilerinin değerlendirilmesinde Ultrasonografi (US) oldukça önemli bir tanı yöntemidir (1). Ultrasonografi ile hastalıkların erken tanısı, derecesi, aktivitesi, şiddeti değerlendirilebilmekte ve cerrahi tedavi için yeterli şekilde planlamaya olanak veren anatomik bilgiler sağlanabilmektedir (2,3). İyonizan radyasyon içermemesi, hızlı, tekrarlanabilir ve güvenilir olması yöntemin avantajları arasındadır. İncelemeye başlamadan önce hastanın ayrıntılı klinik öyküsü (kitlenin ilk ne zaman tespit edildiği, kitle boyutundaki değişiklik, ağrı veya drenaj varlığı, travma, cerrahi veya malignite öyküsü) mutlaka bilinmelidir. Cilt ve cilt altı dokular US ile incelenirken öncelikle yüksek frekanslı (12-24 mHz arasında) lineer problar tercih edilmelidir.

Ultrasonografi incelemesinde yüzeysel dokuda açıkça palpe edilebilen bir anormallik var ve lineer proba herhangi bir lezyon saptanmamış ise, daha derin dokulardan kaynaklanmış olabilecek lezyonlar açısından, subkutan tabakadan daha derine nüfuz edebilen düşük frekanslı problarla incelemeye devam edilmelidir. Ayrıca vücut kitle indeksi fazla olan veya büyük boyutlu lezyonu bulunan hastalarda da düşük frekanslı problar ile inceleme yapılması gerekebilmektedir. Bu nedenle US cihazlarında, farklı boyutlarda, lokalizasyonlarda, derinliklerde ve içeriklerdeki yumuşak doku lezyonlarının değerlendirilebilmesi için farklı frekanslarda transduserler bulundurulmalıdır.

Ultrasonografi incelemesi yaparken transduser basıncını minimize etmek için bol miktarda jel veya prob ile cilt arasına konulan jel ped kullanılmalıdır. Bu, özellikle lezyonun sınırlarının ortaya konabilmesi ve çevre dokularla ilişkisinin gösterilebilmesi açısından oldukça önemlidir. Lezyon en az iki düzlemde görüntülenmeli ve lezyonun üç ortogonal planda boyutu ölçülmelidir. Eklem hareketi ve kas kasılması sırasında elde edilen dinamik görüntüler, kas, tendon veya eklemlerden kaynaklanan lezyonların lokalize edilmesine yardımcı olur. Ayrıca karın duvarındaki kitleleri valsava manevraları ile fitikten ayırmak kolaylaşabilir. Lezyonların prob ile dinamik olarak komprese edilmesi, doku sertliği hakkında bilgi verirken, sıvı içeriğini gösteren internal ekoların hareketini de gösterebilir.

Renkli Doppler, Power Doppler ve Spektral Doppler Ultrasonografi (DUS) ile cilt ve cilt lezyonlarının vaskülarizasyonu, akım hızı ve yönü hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir. Bu bilgiler bize ayırıcı tanı listesinin oluşturulmasında ve/veya daraltılmasında yardımcı

olabilmektedir. Lezyonda vaskülarizasyon saptanması, bize öncelikle lezyonun solid ve olasılıkla neoplastik olduğunu düşündürebilir. Perilezyonel hiperemi varlığı, nonspesifik sıvı koleksiyonları çevresindeki enfeksiyonları ve kitle çevresindeki enflamatuvar değişiklikleri saptamada yardımcı bir işarettir. Ancak dikkat edilmesi gereken husus, lezyonun prob ile fazla sıkıştırılması sonucunda yavaş akıma sahip damarların komprese edilebilmesi ve lezyonun yanlışlıkla avasküler non-neoplastik olarak yorumlanabilmesidir. Bu nedenle incelemeyi bol jel ve hafif kompresyonla yapmamız gerekmektedir. Bu durumun tam tersinde ise Renkli DUS'de görülebilecek artefaktların vaskülarizasyon olarak yorumlanması olabilir. Bunu önlemek için de Spektral DUS'dan yardım alınabilmektedir.

Son zamanlarda kullanımı giderek artan yeni US tekniklerinden biri olan Elastografi yöntemi de, sert ve yumuşak kitleleri ayırt edebilmemize olanak sağlayabilmektedir. Dokuya dışarıdan mekanik bir bası (prob ile, kardiyovasküler pulsasyon ile, solunumun oluşturduğu pulsasyon ile) oluşturularak veya Acoustic radiation force impulse (ARFI) sinyali (ARFI dalgası ile dokuya bası) kullanılarak uygulanabilmektedir (8). Bu bilgi, bir kitlenin potansiyel olarak iyi veya kötü huylu olup olmadığı hakkında bilgi verebilmektedir.

Cilt dokusu 3 tabakadan oluşmaktadır; epidermis, dermiş ve subkutan yağ dokusu (4). Epidermis oldukça pleomorfik bir hücresel içeriğe sahiptir ve avaskülerdir. Dermis komşuluğuyla difüzyonla beslenmesi sağlanır. Farklı türlerde hücre içeriğine sahiptir. Bunlardan başlıcaları keratositler, melanositler ve Langerhans hücreleridir (5,6). Yüksek keratin ve kollajen içeriğinden dolayı US'de oldukça hiperekoik bir çizgisel tabaka şeklinde görülür. Dermis, cildin destek yapısıdır. Başlıca bileşenleri kollajen ve elastik fibrillerdir. Ayrıca lenfatik damarlar, sinirler, ter bezleri, kıl kökleri, yağ bezleri, dokunma ve ısıyı algılayan mekanoreseptörleri içerir. Ultrasonda vücut bölgelerine göre değişik derecelerde hiperekoik görülür. Yaşlı kişilerde ve fazla miktarda güneş ışığına maruz kalan kişilerde trofik değişikliklere bağlı olarak hipoekoik hale gelebilir (7). Subkutan yağ doku ise içerisinde kan damarları, sinirler ve lenfatik damarların bulunduğu bölümlere ayrılmış yağ loblarından oluşur. Kalınlığı cinsiyete, yaşa, beslenme durumuna ve vücudun hangi bölgesinde olmasına göre değişebilir. Ultrasonografide hiperekoik çizgisel bölümlere ayrılmış hipoekoik bir tabaka şeklinde görülür.

Sonuç olarak US, cilt ve cilt kaynaklı yumuşak doku kitlelerinin değerlendirilmesinde tercih edilecek birinci basamak tanı yöntemidir. Ultrasonografi ile birçok tanı güvenle konabilmekte ve uygun tedavi açısından yeterli veriler elde edilebilmektedir. Ancak atipik, spesifik olmayan veya US'de şüpheli bulguları olan hastalarda yakın takip veya alternatif görüntüleme yöntemleri ve/veya biyopsi ile konfirmasyon mutlaka yapılmalıdır.

## REFERANSLAR

1. Wortsman X, Wortsman J. Clinical usefulness of variable frequency ultrasound in localized lesions of the skin. *J Am Acad Dermatol.* 2010;62:247-56.
2. Wortsman X, Jemec GB. *Dermatological ultrasound with clinical and histologic correlation.* New York: Springer; 2013.
3. Cammarota T, Pinto F, Magliaro A, et al. Current uses of diagnostic high frequency US in dermatology. *Eur J Radiol.* 1998;27:215-23.
4. Kanitakis J. Anatomy, histology and immunohistochemistry of normal human skin. *Eur J Dermatol.* 2002;12:3900-9.
5. Proksch E, Brandner JM, Jensen JM. The skin: an indispensable barrier. *Exp Dermatol.* 2008;17:1063-72.
6. Ebling FJG, Eady RA, Leigh IM. Anatomy and organization of human skin. En: Rook AJ, Wilkinson DS, Ebling FJG, editors. *Textbook of dermatology.* Oxford: Blackell Scientific Publications; 1992. p. 49.
7. Ghianidecka M, Ghianidecka R, Serup J, et al. Ultrasound structure and digital image analysis of subdermal low echogenic band in aged human skin: diurnal changes and inter individual variability. *J Invest Dermatol.* 1994;102:362-5.
8. Altay C, Seçil M. Sonoelastografinin Temel İlkeleri. *Trd Sem* 2019; 7: 1-12.

## **Kronik İnflamatuvar Hastalıklarda Günlük Yaşam - Aktivite Egzersiz**

Dr. Derya Akça Doğan

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Fiziksel aktivite ve egzersiz insan hareketlerini içeren, birbiri ile ilişkili ancak farklı kavramlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fiziksel aktiviteyi; enerji harcaması gerektiren, iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlamaktadır. Fiziksel aktivite, boş zamanlar da dahil olmak üzere, otobüs durağına kadar yapılan yürüyüşler, ev içinde yapılan rutin aktiviteler gibi günlük hayatın parçası olan hareketlerdir. Egzersiz ise düzenli ve tekrarlı olarak yapılan fiziksel aktivitedir. Dünya’da yetişkin nüfusun dörtte birinden fazlası fiziksel olarak yeterince aktif değildir. 2001’den beri dünya çapında fiziksel aktivite seviyelerinde herhangi bir iyileşme olmamıştır.

Kronik inflamatuvar hastalığı olan bireyler genel popülasyona göre fiziksel hareketsizliğe daha yatkındır. Kronik inflamatuvar hastalıklara bağlı ağrıyı gidermek ve hastanın fonksiyonel durumunu sürdürmesini sağlamak için uygun fiziksel aktivite ve egzersiz programları uygulanmalıdır. Artan kanıtlar, hastalara özel fiziksel aktivite ve egzersiz programının kronik inflamatuvar hastalıklarda güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir.

Egzersiz yararları arasında; ağrıyı azaltması, eklem fonksiyonlarını koruması ve iyileştirmesi, kasları güçlendirmesi, yaşam kalitesini artırması, yorgunluk hissini azaltması, depresyonu azaltması, aerobik kapasiteyi artırması, kemik dansitesini artırması ve vücut ağırlığını azaltması bulunur. Egzersiz programı bireysel olarak planlanmalıdır. Uygun fiziksel aktivite ve egzersiz programları uygulanmadan önce hasta değerlendirilmelidir. Hastanın; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sosyoekonomik durumu, hastaların beklentileri, stres düzeyi, motivasyonu, mental ve duyu durumları, obezite varlığı, komorbid hastalıkları, ağrı düzeyi, genel mobilitesi, hastalık aktivitesi, enflamasyon varlığı, mevcut deformiteleri, ekstraartiküler tutulumu ve genel durumu değerlendirilmelidir. Bunun yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersiz performansını etkileyebilecek kasın kuvveti, enduransı, esnekliği, kısalığı gibi fiziksel uygunluk parametreleri hastalığın semptomları göz önüne alınmalıdır. Ayrıca egzersiz

uyumu için kişinin ve ailesinin fiziksel aktivite ve egzersize ve dair beklentileri mutlaka not edilmelidir.

Kronik inflamatuvar hastalıklarda temel egzersiz yaklaşımları; mobilizasyon, güçlendirme, aerobik ve rekreasyonel egzersizlerdir. Egzersiz yaklaşımı ve yoğunluğu hastanın durumuna göre planlanmalıdır. Hastaların fiziksel aktivite seviyeleri değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kullanılabilir. Bu ankette yürüme, orta şiddetli ve şiddetli aktiviteler, bu aktivitelerin son yedi gün içerisinde kaç gün, ne kadar süre ile yapıldığı ve bir günlük oturma süresi sorgulanmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre bireyler düşük, orta ve şiddetli fiziksel aktivite düzeyine sahip şekilde sınıflandırılmaktadır.

Hastalarda genel fiziksel aktivite önerileriyle uyumlu fiziksel aktiviteyi teşvik etmek, hastalık seyri boyunca standart bakımın ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Hastaları fiziksel aktiviteye teşvik etmek için fiziksel aktivite ve egzersize yönelik algıladıkları engeller ve kolaylaştırıcılar ele alınmalıdır. Bunlara yönelik yaklaşımlar planlanmalıdır.

Hastaların öz-yönetim yönünden desteklenmesi ve güçlendirilmesi, bütünsel ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımının teşvik edilmesi önerilmektedir. Hastayı fiziksel aktivite ve egzersize teşvik etmek için hasta eğitimi de oldukça önemlidir. Eğitimde; hasta hastalığı hakkında bilgilendirilmeli ve uygulanacak fiziksel aktivite ve egzersiz programının yararları anlatılmalıdır. Hastanın olumlu postür ve vücut algısı geliştirilmelidir. Ayrıca hastaya eklem koruma prensipleri ve enerji koruma teknikleri öğretilmelidir.

### **Kaynakça**

1. Arthritis Foundation. <https://www.arthritis.org/health-wellness/healthy-living/managing-pain/fatigue-sleep/how-to-beat-arthritis-fatigue> . (12 Kasım 2022)
2. Ataman Ş. & Yalçın P. (2012). Romatoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, 401-409.
3. Azeez M, Clancy C, O'Dwyer T, Lahiff C, Wilson F, Cunnane G. (2020). Benefits of exercise in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of a patient-specific exercise programme. Clin Rheumatol. 39(6):1783-1792. doi: 10.1007/s10067-020-04937-4. Epub 2020 Feb 8. PMID: 32036584.
4. Buğdaycı, D. S., & Paker, N. (2014). İnflamatuvar romatizmal hastalıklarda egzersiz. Turk J Phys Med Rehab; 60 (Supp. 2): 50-57.
5. Coşkun Benliday İ. & Gökçen. Ş. (2020). Romatolojik hastalıklarda egzersiz. Kurdak H. Editör. Aile hekimliğinde egzersiz. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri. 85-88.



6. Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E. et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), 1381-1395. 26.
7. Davergne T, Tekaya R, Sellam J, Tournadre A, Mitrovic S, Ruysen-Witrand A, Hudry C, Dadoun S, Avouac J, Fautrel B, Gossec L. (2021). Influence of perceived barriers and facilitators for physical activity on physical activity levels in patients with rheumatoid arthritis or spondyloarthritis: a cross-sectional study of 150 patients. *BMC Musculoskelet Disord*. 30;22(1):915. doi: 10.1186/s12891-021-04792-7. PMID: 34717606; PMCID: PMC8556961.
8. Drăgoi RG, Amaricai E, Drăgoi M, Popoviciu H, Avram C. (2016). Inspiratory muscle training improves aerobic capacity and pulmonary function in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled study. *Clin Rehabil*. 30(4):340-6. doi: 10.1177/02692155155578
9. Joe GO, Hicks JE, Gerber LH. (2014). Rehabilitation of the patient with Rheumatic Diseases. Frontera WR, Gans BM, Walsh NE, Robinson LR. *Delisa Physical Medicine and Rehabilitation*. 1015-1075.
10. Kızıl R. (2016). Romatizmal Hastalıklarda Rehabilitasyon İlkeleri. In: Beyazova M., Kutsal Y.G. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. 1317-29.
11. Kutsal, YG. et al. (2014). Geriatrik Romatoloji (Çev: Ketenci A, Evcik D, Çetin A, Şendur ÖF). *Öncü Kitap*, Ankara, 497-510.
12. Maitin, Ian. B. (2016). Current Tanı ve Tedavi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon* (Çev: Ketenci A, Evcik D, Çetin A, Şendur ÖF). *Ena Tıp Kitapevi, İstanbul*, 379-97.
13. Najm, A., Nikiphorou, E., Kostine, M., Richez, C., Pauling, J. D., Finckh, A., ... & Berenbaum, F. (2019). EULAR points to consider for the development, evaluation and implementation of mobile health applications aiding self-management in people living with rheumatic and musculoskeletal diseases. *RMD open*, 5(2), e001014
14. Nikiphorou, E., Santos, E. J. F., Marques, A., Böhm, P., Bijlsma, J. W., Daien, C. I., ... & Bosworth, A. (2021). 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 80(10), 1278-1285.
15. Oğuz H. (2015). *Tıbbi Rehabilitasyon*. Üçüncü baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, 871-884.
16. Osthoff, A. K. R., Niedermann, K., Braun, J., Adams, J., Brodin, N., Dagfinrud, H., ... & Vlieland, T. P. V. (2018). 2018 EULAR recommendations for physical activity in

people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 77(9), 1251-1260.

17. Öztürk, M. (2005). Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
18. Rose, G. L., Skinner, T. L., Mielke, G. I., & Schaumberg, M. A. (2021). The effect of exercise intensity on chronic inflammation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(4), 345-351.
19. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles.
20. World Health Organization. (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (5 Ekim 2022)
21. Zeng CY, Zhang ZR, Tang ZM, Hua FZ. (2021). Benefits and Mechanisms of Exercise Training for Knee Osteoarthritis. *Front Physiol.* Dec 16; 12: 794062. doi: 10.3389/fphys.2021.794062. PMID: 34975542; PMCID: PMC8716769.

## **Kronik İnflamatuar Hastalıklarda Kanıta Dayalı Bakım Yönetimi Bütünleştirici Uygulamalar**

Dr. Öğr. Üyesi Diğdem Lafcı

Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Son zamanlarda toplumdaki bireylerin yaşlanması ve kronik hastalıkların hızla artması sonucunda yüksek maliyetli ilaçlar ve tedavi yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. Kaynak metaryallerinin uygun bir biçimde kullanılabilmesi ve daha çok bireye nitelikli bakım sunulabilmesi için en uygun yaklaşım kanıta dayalı uygulamalardır (Kocaman, 2003). Tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntemleri çeşitli hastalıkların tedavi edilmesi veya tamamen önlenmesi için yüzyıllardır kullanılan bir yöntemdir. Tamamlayıcı tedaviler, bilimsel tıbbın desteklenmesi amacıyla yapılan tedavilerden oluşmaktadır. Bireylerin yaşam kalitesini geliştirebilmek, belirtileri ve kullanılan ilaçların oluşturabileceği yan etkileri en aza indirmek, psikolojik ve fiziksel destekte bulunmak adına uygulanmaktadır (National Cancer Institute, 2012, 2014).

Tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntemlerinde kullanılan ürün ve uygulamalar, konvansiyonel tedavilerin yerine değil tedavilerle birlikte hastalık ve tedavilere bağlı hastada ortaya çıkan semptomları kontrol altına alabilmek için kullanılmaktadır (Bilge ve ark., 2018; Muslu ve Öztürk, 2008). Tamamlayıcı ve bütünlük tedavi etkileşim sonucu ortaya çıkardığı olumlu veya olumsuz yan etkiler sebebiyle bu yöntemleri kullanmayı tercih eden ve hastalara bu yöntemler hakkında bilgi, tedavi ve bakım hizmeti veren doktor ve hemşirelerin konuya dair düşünce, bilgi ve uygulamadaki yaklaşımlarını, hasta güvenliği ve hastalara bütüncül yaklaşım felsefesinde nitelikli hizmet sunabilmesi için büyük öneme sahiptir. Tamamlayıcı ve bütünlük tedavi; yoga, reiki, aromaterapi, masaj, refleksoloji, terapötik dokunma ve akupunktur gibi çeşitli birçok tedavi yöntemlerini içine almaktadır. Bu tedavi yöntemlerinden bazılarının hemşireliğin temel uygulamaları içinde yer aldığı bilinmektedir. Bazıları ise uygulamadan önce özel eğitim alınmasını gerektirmektedir (Fontaine, 2011). Genel popülasyon içinde, kronik hastalıklarda ve özellikle kanser hastalarında tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntem kullanımının yaygınlaştığı belirtilmektedir (Magee, 2005). Kanser hastaları dışında romatoid artrit, astım, karaciğer hastalıkları, inflamatuvar barsak hastalıkları böbrek yetmezliği, multiple sklerozis, osteoartrit, kas eklem hastalıkları ve yüksek tansiyon gibi kronik rahatsızlıklar, alerjik rahatsızlıklar, ağrı, kistik fibrozis, depresyon, yorgunluk ve anksiyete gibi durumlarda

da hastaların tamamlayıcı ve bütünleşik tedavi yöntemlerini uyguladıkları yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (Kav ve ark., 2008; Tascilar ve ark., 2006).

Yapılan araştırmalarda tamamlayıcı ve bütünleşik tedaviler; ağrıyı, anksiyeteyi ve ajitasyonu azaltmada, gevşemeyi ve konforu sağlamada, uyku kalitesini arttırmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede kullanılmaktadır. Tamamlayıcı ve bütünleşik tedavi yöntemlerini, Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) başlıca beş gruba ayırmıştır (WHO, 2017);

1. Alternatif ve Medikal Sistem Tedavileri (homeopati, ayurveda, akupunktur)
2. Beden-Zihin Temelli Uygulamalar (gevşeme teknikleri/dua, meditasyon, yoga, resim/müzik/dans/sanat tedavisi, hipnoterapi/hipnoz)
3. Biyolojik Temelli Uygulamalar (fitoterapi, köpek balığı kıkırdağı, vitaminler)
4. Manüplatif ve Beden Temelli Uygulamalar (masaj, akupressur, balneoterapi/hidroterapi/kaplıca, refleksoloji, şiropraktik, osteopati, karyopraktik)
5. Enerji Temelli Uygulamalar (reiki, terapötik dokunma, bioenerji)
6. Diğer Uygulamalar (hareket terapileri, hiruidoterapi (tıbbi sülük tedavisi), hacamat (kupa uygulaması), aromaterapi, ozon tedavisi, mezoterapi, proloterapi, maggot (larva) tedavisi, apiterapi)

### **Kaynaklar**

Bilge, A., Uğuryol, M., Dülgerler, Ş. & Yildiz, M. (2018). Tamamlayıcı tedavileri kullanmaya yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34, 55-63.

Fontaine, K. (2011). Healing practices. Complementary & alternative therapies for nursing practice. 3rd ed. Boston, MA: Pearson Education Inc.

Kav, S., Hanoğlu, Z. & Algıer, L. (2008). Türkiye’de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(1), 32-38.

Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (2), 61-69.

Magee, K.A. (2005). Herbal therapy: a review of potential health risks and medicinal interactions. *Orthodontics & Craniofacial Research*, 8, 60-74.

Muslu, G. & Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 62-67.

National Cancer Institute (2012, 2014). Complementary and alternative medicine in cancer treatment.

Tascilar, M., De Jong, F.A., Verweij, J. & Mathijssen, R.H.J.(2006). Complementary and alternative medicine during cancer treatment: beyond innocence. *The Oncologist*, 11, 732–741.

World Health Organization (2017). Traditional and complementary medicine. Eriřim adresi: <http://who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>.

## **Kronik İnflamatuvar Hastalıklarda Psikososyal Uyum**

Doç.Dr. Döndü Çuhadar

Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Hastalık, fizyopatolojik süreçlerle insan organizmasında değişiklikler oluştururken, ruhsal denge ve uyumunda da bazı değişimlere sebep olmaktadır.<sup>1</sup> Hastalığın öznelliği ve herkes tarafından farklı yaşanması sebebiyle hastalığa verilen tepkiler farklı olmaktadır. Kimi bireyler hastalığa karşı cesaretli iken; kimi bireylerde öfke, korku, mutsuzluk gibi duygular yaşanmaktadır.<sup>2</sup>

İnflamatuvar hastalıklar yaşamda sınırlılıklara yol açan, yaşam kalitesini düşüren, kronik hastalıklardır. Bu grup hastalıklar içinde, psikiyatrik sorunların en fazla görülenleri arasında, Sistemik Lupus Eritematozus, Romatoid Atrit, Skleroderma, Multiple Sklerozis, Behçet Hastalığı, İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı, Psöriazis gelmektedir.<sup>3</sup> Hastalık evrensel olarak bazı derecelerde birey üzerinde bazı hasarlar oluşturur. Tıbbi bir problemle karşılaşan kişi, ağrı-acı çekme, yaşamın ve bütünlük duygusunun tehdidi, hastalığa bağlı komplikasyonlar, kendi ve çevresi üzerinde kontrol ve denetim kaybı, belirsizlik, sakatlık veya şekil bozukluğunun oluşması, beden imajının zedelenmesi, günlük aktivitelerin kısıtlanması, başkalarına bağlı olma, gelecekle ilgili plan ve hedeflerinin suya düşmesi, ekonomik sıkıntılar, damgalama, öz güven ve öz saygı kaybı, terk edilme tehdidi gibi güçlüklerle karşı karşıya kalabilir.<sup>4</sup>

Tüm hastalıklar evrensel olarak kişide duygusal bir cevap oluşturmakta, kayıp yaşantısı olarak algılanmakta, birey ve ailesi için ciddi krizlere sebep olmaktadır. Hastalık: Hasta için fiziksel olmanın dışında ruhsal, toplumsal, çevresel, psikoseksüel çok kapsamlı bir vaka olup; hayat, kimlik ve var oluş krizidir. Özellikle süresi uzun, yaşamı tehdit eden, ağrı ve acı yaşatan, fiziksel ve/veya fonksiyonel kayıplara sebep olan hastalıkların üstesinden gelmek oldukça zordur.<sup>4</sup> Lazarus ve Folkman'ın stres ve başa çıkma modeline göre, kronik hastalık gibi bir stres etkenine uyumun, yalnızca demografik ve hastalık parametrelerinden değil, aynı zamanda bireylerin hastalıklarını nasıl değerlendirdikleri ve bunlarla nasıl başa çıktıklarından da önemli ölçüde etkileneceği belirtilmektedir. Model, hastalık ortaya çıktığında, bireylerin hastalığı bir dizi boyutta değerlendirdiğini veya yorumladığını öne sürer (örn., kontrol edilebilirlik, süre, öngörülebilirlik) ve bu değerlendirmeler, bireylerin içsel ve dışsal kaynakları hakkındaki genelleştirilmiş inanç ve beklentilerinden etkilenir. Başa çıkma davranışının öncelikle hastalığa ilişkin değerlendirmeler tarafından belirlendiğine inanılır ve hem değerlendirmeler hem de başa

çıkma, hastalığa karşı psikolojik tepkiyi nihai olarak etkilemektedir. Demografik ve sağlık durumu değişkenlerinin hastalığa uyumu etkilemede önemli bir rol oynadığına inanılırken, stres ve başa çıkma modeli, uyumu belirlemede psikolojik değişkenlerin rolünü vurgulamaktadır.<sup>5</sup>

Kronik inflamatuvar hastalığı olan bireylerde, depresyon, uyum bozukluğu, anksiyete, sosyal damgalanma, stres düzeyinde artma, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma, cinsel fonksiyon bozukluğu gibi psikososyal sorunların yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir.<sup>6,7,8,9</sup>

Günlük yaşamı olumsuz olarak etkileyen, kısıtlılıklara neden olan ve yaşam kalitesini düşüren tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi inflamatuvar hastalıkların tedavi ve bakım sürecinde de bütüncül yaklaşım sergilenmelidir. Hastaların yaşadıkları kaygı ve korkuların açıklığa kavuşturulması, hastalığın getirmiş olduğu güçlük ve yaşantıların ifade edilmesinin kolaylaştırılması, hastalık algılarını ve başetme biçimlerinin ortaya çıkarılması hastaların uyumunu arttırmada yararlı olacaktır. Hastalık, bireyin bütünlüğünü oluşturan fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, ailesel, spiritüel boyutlarının olumsuz etkilendiği bir durum olup kimlik ve varoluşuna yönelik yoğun anksiyete yaşatan bir hayat tecrübesidir. Hemşire; kronik hastalıklarda psikososyal bakım uygularken hasta ve ailenin gündelik hayat değişiklikleri uyumlarına yardım etmeli, zararlı uyumları önlemeli, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa psikososyal uyumlarını arttırmalıdır.<sup>3</sup>

### **Kaynaklar**

- 1- Buzlu S. Bölüm 17: Diyabete psikososyal uyum. Erdoğan S. (Editör). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. Yüce Reklam Yayım Dağıtım, İstanbul, 2002: s.195-202.
- 2- Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 71: 52-58.
- 3- Çam O, Gümüş Babacan A, Yıldırım S. Fiziksel Hastalıklara Verilen Psikososyal Tepkiler. Çam O, Engin E. (Editörler). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı.1. baskı. İstanbul: İstanbul Medikal yayıncılık, 2014: s.601-638.
- 4- Özkan S. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları AŞ. İstanbul, 1993.
- 5- Malcarne, V. L.,& Greenbergs, H. L. (1996). Psychological adjustment to systemic sclerosis. Arthritis&Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 9(1), 51-59.
- 6- Çetinkaya, Z. A., Sezikli, M., Güzelbulut, F., Öztürk, M., Yetkin, D., Yeşil, A., & Kurdaş, O. Ö. (2010). İnflamatuvar barsak hastalığında cinsel disfonksiyon varlığı. akademik gastroenteroloji dergisi, 10(3), 104-107.

- 7- Kimball, A. B., Jacobson, C., Weiss, S., Vreeland, M. G., & Wu, Y. (2005). The psychosocial burden of psoriasis. *American journal of clinical dermatology*, 6(6), 383-392.
- 8- Kotan, V. O., Kotan, Z., Aydın, B., Taşkapılıoğlu, Ö., Alkan, B., Özkaya, G., ... & Kırılı, S. (2019). The relationship between psychopathology, psychosocial adjustment, social support and quality of life in multiple sclerosis. *The European Research Journal*, 5(1), 20-28.
- 9- Zhou C. , Shen B., Gao, Q., Shen, Y., Cai, D., Gu, Z., & Xu, X. (2019). Impact of rheumatoid arthritis on body image disturbance. *Archives of Rheumatology*, 34(1), 79.



## **Kronik İnflamatuvar Hastalıklarda Günlük Yaşam: Cinsellik Ve Gebelik**

Doç. Dr. Seda Pehlivan

Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD,

Kronik inflamatuvar hastalıklar, sıklıkla doğurganlık çağındaki yetişkinlerde görülen hastalıklardır. Bu nedenle, cinsel sağlığın sürdürülmesi, güvenli kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanılması, gebelik düşünen hastalar için uygun zaman ve hastalık kontrol altındayken gebelik planlanması için eğitimlerin verilmesi gerekmektedir. Tüm bunların yapılabilmesi için öncelikle hastaların cinsellik ve gebelik ile ilgili duygu, düşüncelerini ve isteklerini içeren bilgiye sahip olunması gerekmektedir.

Cinsellik temel insan gereksinimleri arasında yer alan ancak toplumun bakış açısı nedeniyle sağlık profesyonelleri tarafından hiç konuşulmayan ve sorgulanmayan bir konudur. Cinsel sağlığın korunması ve sürdürülmesi yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Tüm kronik hastalıklarda yaşanan semptomların şiddeti ve süresi ile birlikte cinsel sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Semptomların yanı sıra hastalığa bağlı ortaya çıkan anksiyete, depresyon, uyku bozukluğu gibi psikososyal sorunlar da cinsel sorunlara neden olmaktadır.

İnflamasyon ve otoimmünite ile birlikte akut faz reaktanlarında artış, sitokinler, otoantikolar vb. vücutta meydana gelen fizyopatolojik süreçler hastaların ciddi semptomlar yaşamasına neden olmaktadır. Bu semptomlardan en önemli ve en sık görülenleri; ağrı, yorgunluk ve güçsüzlüktür. Bununla birlikte etkilenen doku, organ ve sistemler ile ilgili daha ön plana çıkabilen ve cinsel problemlere neden olabilen semptomlar (üriner enfeksiyonlar, empotans, vajinal kuruluk, genital aft, vb) da bulunmaktadır.

Cinsel sağlığın sürdürülmesinin önemli bir basamağını da gebelik planlaması oluşturmaktadır. Çünkü, inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar fertilitiyi etkileyebilmekte ve teratojenik etki gösterebilmektedir. Ayrıca, bazı hastalıklarda gebelik hastalık alevlenmesine neden olduğundan gebelik öncesi sağlık ekibi ile işbirliği halinde planlamanın yapılması oldukça önemlidir. Bazı hastalıklarda ise; doğum sonrası hastalık alevlenmesi görülebilmektedir.

Bu doğrultuda; hastaların gebelik planları tanı anından itibaren sorgulanmalıdır. Eşi ile birlikte eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir. Uygun kontrasepsiyon yöntemi kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelik öncesinde uygun zaman için planlama yapılmalıdır. Gebe hastalar, kadın doğum hekimi ile işbirliği halinde riskli gebe olarak yakından izlenmelidir.

Bebeğin sağlığı da dikkatli takip edilmelidir (fetal gelişim, amnios miktarı, anomali taraması).

Doğum sonrası dönemde alevlenme açısından yakından takip edilmelidir.

Sonuç olarak, yaşamın bir parçası olan cinsellik ve gebelik kronik inflamatuvar hastalığı olan bireylerde mutlaka değerlendirilmelidir. Hemşire, sadece bakım değeril, hastalar ile güvenli iletişim kurarak hasta ve ailesinin eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaktan sorumludur.

## **Kronik İnflamatuvar Hastalıklarda Kanıta Dayalı Bakım Yönetimi**

### **Semptom Yönetimi**

Prof. Dr. Serap Parlar Kılıç

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Kronik inflamatuvar hastalık, esas olarak yeni bağ dokusu oluşumu ile işaretlenmiş, uzun süreli ve kalıcı bir proinflamatuvar durum olarak tanımlanan, kronik inflamasyon ile karakterize tıbbi bir durumdur. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (crohn hastalığı, ülseratif kolit), romatizmal durumlar (romatoid artrit, ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozus, psöriatik artrit), solunum sistemi hastalıkları (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), inflamatuvar cilt hastalıkları (psöriazis) gibi birçok hastalık bu kategoriye girmektedir.

Kronik inflamatuvar hastalıkların tedavisinde birçok ajan kullanılmaktadır. Ancak tedavisi uygulanan remisyonadaki hastalarda dahi öngörülemeyen nöksler görülebilmekte ve ayrıca tedavide kullanılan ilaçlar, hastanın günlük aktivitelerini etkileyecek şiddette semptomlara neden olabilmektedir. Kronik hastalık olması, remisyon sürecine girmenin zor ve uzun zaman alması ve önemli sağlık bakım kaynakları gerektirmesi gibi nedenlerle bu hastalıkların tedavisinde hastanın semptomlarına odaklanmak ve bu semptomları iyileştirmeye yönelmek oldukça önemlidir. Belirtiler ve semptomlar, hastalık durumunu değerlendirmek, hastalık yönetim stratejilerinin etkinliğini değerlendirmek ve doğrulamak için önemli ipuçlarıdır. 1) Bu nedenle hastalıkların tıbbi yönetiminde hastalara, asıl tıbbi durumla ve altta yatan nedenle ilişkisi olan semptomlar ve bu semptomların önemi öğretilmeli, hastaların farkındalıkları artırılmalıdır. 2) Hastalığın remisyonunda kalma süresinin uzatılmasını sağlayabilecek etkili bir semptom yönetimine yönelik hemşirelik girişimleri ve hasta eğitiminde nelere değinilmesi gerektiği bilinmelidir.

Her hastanın her semptomu verdiği yanıt farklı düzeylerde olmaktadır. Bu nedenle öncelikle hastanın semptomlarının varlığı, hastayı etkileme şiddeti değerlendirilerek her hastanın duruma göre bireyselleştirilmiş bir semptom yönetim planı oluşturulması gerekmektedir. Kronik inflamatuvar hastalıklarda ağrı, artralji, miyalji, kronik yorgunluk, uyku sorunları, depresyon, anksiyete ve duygudurum bozuklukları, beslenme sorunları (kilo alımı veya kilo kaybı), diyare gibi gastrointestinal sorunlar yaygın görülen semptomlardır.

## AĞRI

İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH)'nda abdominal ağrı ve kramp hastaların %70'inden fazlasında görülen majör semptomlardan biri olup; hastalar tarafından "en çok acı veren semptomlardan biri" olarak ifade edilmektedir. Abdominal ağrının ilk tedavisinde inflamasyonun tedavisi çok önemlidir. Çünkü hastaların %50-70'i hastalık alevlenmesi sırasında da karın ağrıları yaşamaktadır. İBH'da ağrının birinci basamak tedavisi farmakolojiktir. Bu nedenle öncelikle aktif inflamasyonun tedavi edilmesi gerekir. Ancak kullanılan tedavi stratejileri, semptomları her zaman gidermez. İBH'da ağrı tedavisinde ilk adım ise, her zaman hastayı aktif hastalık açısından değerlendirmek olmalıdır.

Ağrı, romatizmal hastalıkları olan hastaların en sık görülen semptomudur ve herhangi bir etiyolojiye sahip artritli hastalarda hemen hemen her zaman ortaya çıkar. Romatizmal hastalıklarda ağrının inflamasyon, inflamatuvar durumun neden olduğu eklem hasarı ve doku tahribatı ve nörojenik tepkilerin etkileşiminin bir sonucu olduğu belirtilmektedir. RA hastalarının ağrılarını yönetmek için sıklıkla nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAII) verilir, ancak bunlar uzun süreli hastalık kontrolü için uygun değildir. Bununla birlikte, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç (DMARD)'ların erken kullanımının çok önemli olduğu bilinmesine rağmen, hastaların ağrı nedeniyle en baştan itibaren analjezik almaya yönlendirir ve Avrupa Romatoloji Birliği (EULAR), erken artritli semptomatik hastalarda hastaların gastrointestinal, renal ve kardiyovasküler durumları dikkatle değerlendirildikten sonra NSAII'lerin kullanılmasını önermektedir. Ağrının spesifik özelliklerinin bilinmesi çok önemlidir. Sadece ağrının yeri ve yoğunluğu değerlendirilmemeli, aynı zamanda azaltan ve arttıran faktörler de dikkate alınmalıdır. Ayrıca bir kişi tarafından algılandığı şekliyle ağrı deneyimi de o kişiye özgüdür; genetik yapı, psikolojik durum ve önceki ağrı deneyimi gibi faktörler nedeniyle farklı bireyler aynı ağrıya farklı tepkiler verebilirler. Bu nedenle inflamasyonun kontrolünün yanı sıra ilişkili olabilecek uyku, duygudurum ve biliş bozuklukları sorunları da ele alınmalıdır.

Solunum sistemi hastalıklarından özellikle kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan kişilerde ağrı, hastalığın palyatif olmayan evrelerinde bile sıklıkla bildirilen bir semptomdur. Stabil KOA'lı hastaların %21-%72'si ağrı bildirmektedir. Ağrı, hem fiziksel aktivitede azalmaya hem de duygudurum bozukluklarının gelişmesine katkıda bulunduğundan yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir ve günlük işlevi ve semptom yükünü olumsuz yönde etkileyen yaygın bir klinik sorundur. Ağrı yönetimi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen Ağrı Basamak Tedavisi yaklaşımı doğrultusunda planlanır. NSAII'lar hafif ağrıda etkili olup, daha şiddetli ağrılarda bu ajanlar opioidlerle kombine olarak kullanılabilir.

Opioid ilaç kullanımı ile ilişkili olarak ortaya çıkabilecek ciddi yan etkiler (ilaca bağımlılık vb.) açısından tedavi sık sık yakından değerlendirilir. İlaç yan etkileri açısından (konstipasyon, uykuya meyilli olma, bulantı, kusma) yakından değerlendirme yapılır.

İnflamatuar cilt hastalıklarından psöriazis (sedef hastalığı) derin duygusal sıkıntıya, sosyal damgalanmaya, izolasyona, şekil bozukluğuna, ağrıya, fiziksel sakatlığa, işsizliğe ve düşük yaşam kalitesine yol açabilen inflammatuar otoimmün bir durumdur. Hastalık yükü yaşanan ağrı ile yakından ilişkili olduğundan, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri vardır. Nedeni ne olursa olsun ağrının bir «yardım arayışı» olduğu unutulmamalıdır. Hastaya bir ağrı semptomu olarak değil, bütün olarak bakım verilmelidir.

## **YORGUNLUK**

Yorgunluk, inflammatuar hastalıkları olan hastalar için yönetilmesi en zor semptomlardan biri olarak tanımlanmıştır. «Halsizlik, enerji eksikliği gibi yakınmaların dinlenmekle veya uyku ile rahatlamaması, bitkinlik hissi» olarak tanımlanan yorgunluk; fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal yaşam gibi birçok yönden yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Yorgunluk; hastalık aktivitesi, kronik ağrı, uyku bozukluğu, kötü ruh hali ve komorbiditeler dahil diğer nedenlerden kaynaklanabilir. Yüksek inflammatuar belirteçler olduğunda, yükselmiş sitokinler kişinin yorgun ve hatta bitkin hissetmesine neden olabilir. Hastalıkların tedavisi ve inflamasyonun kontrolü, sürekli olarak yorgunluktaki iyileşme ile ilişkilidir. Hastaların öncelikle yorgunluk düzeyinin belirlenmesi yorgunluk ile baş edebilmeleri için önemlidir.

Yorgunluk semptomunun yönetiminde, yorgunluğa neden olan durumların tanımlanması ve ortadan kaldırılması/iyileştirilmesi etkili olmaktadır. Örneğin; nutrisyonel bozuklukların tanınması ve tedavisi (demir ve B12 vitamin takviyeleri) İBH tanılı hastalarda yorgunluğun iyileştirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca daha iyi bir uyku kalitesi, psikolojik faktörlerin iyileştirilmesi, anksiyetenin giderilmesi, stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve çözüm-odaklı terapiler hastaların yorgunluğunun azalmasına yardımcı olmaktadır. Ancak İBH hastalarında ‘yorgunluk bilgi broşürü’yle karşılaştırıldığında, BDT'nin ve çözüm odaklı terapinin yorgunluk üzerindeki etkileri çok belirsiz olarak belirtilmektedir.

## **UYKU SORUNLARI**

İBH hastalarında uyku ile mukozal aktivite ve nüks arasındaki ilişki doğrulanmıştır. Çalışmalar iyi uykunun İBH'li hastalarda yorgunluğu azaltmaya, yaşam kalitesini iyileştirmeye ve gastrointestinal semptomları hafifletmeye yardımcı olabileceğini doğrulamıştır. Hastanın altta yatan uyku bozukluğunun tedavisi GIS semptomlarında düzelme sağlayabilir. Ya da GIS

hastalık durumlarının kontrolü iyi uyku kalitesinin iyileşmesini sağlayabilir. Bu nedenle, hastaların uyku durumunu bilmek çok önemlidir. Uyku bozuklukları romatizmal hastalıkları olan hastaların %40-75'ini etkiler. Azalmış olan uyku kalitesi; yorgunluk (sıklıkla), depresyon gibi psikiyatrik problemler ve yaşam kalitesinin bozulması ile ilişkilidir. İleri evre akciğer hastalıklarında; uykusuzluk, obstrüktif uyku apnesi, noktürnal hipoksi gibi sorunlar oldukça sık yaşanmaktadır. Hastalarda öksürük ve dispne dolaylı uyuyamama, kabus görme ve gündüz aşırı uyku hali daha fazla görülmektedir. Psöriazis'te kaşıntı, depresyon ve ağrı; gece uyanmalarını artırarak ve uyku yoksunluğuna yol açarak uyku süresine ve yapısına müdahale eder. Psöriazis'te kaşıntı veya yanma hissi tipik olarak çoğunlukla akşamları ortaya çıkar veya şiddetlenir ve gece kötüleşir, uyku başlangıcını etkileyerek uykuyu olumsuz etkileyebilir ve sıklıkla uykuyu böler.

Hastanın hastalığa ve tedavilere ilişkin korkuları ve kaygıları sorgulanır. Uyku sorunları açısından hastaların uyku alışkanlıkları ayrıntılı sorgulanmalıdır. Uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek sorunlar (ağrı, dispne, depresyon, deliryum ve bulantı ve anksiyete gibi) açısından değerlendirme yapılır. Uykuyu olumsuz yönde etkileyecek çevresel faktörler (gürültü, aşırı aydınlatma) tanımlanır.

## **ANKSİYETE, DEPRESYON VE DUYGUDURUM BOZUKLUĞU**

IBH'li hastalardaki artan depresyon ve anksiyete, yüksek nüks riskine ve yetersiz tedavi uyumuna neden olabilir. Anksiyete ve depresif semptomları olan IBH hastalarının yaşam kalitesi daha düşüktür ve depresyonlu hastalarda hastalığın seyri daha kötüdür. Çeşitli değişkenler (örneğin proinflatuar sitokinler, fonksiyonel sınırlamalar, eşlik eden somatik semptomlar ve hastalığın kontrol edilemez ve öngörülemez doğası) romatizmal hastalıklarda duygudurum bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesi için potansiyel risk faktörleridir. KOAH, birden fazla komorbiditesi olan bir hastalıktır. KOAH'ın en yaygın ve en az tedavi edilen komorbiditelerinden ikisi anksiyete ve depresyondur. Deri, vücudun en kozmetik organıdır, özellikle psöriazis hastalarında baş, boyun, eller ve ayaklar gibi açıkta kalan bölgeler ve bu bölgelerde ortaya çıkan lezyonlar, özellikle toplumdan gelen olumsuz tepkilerle doldurulduğunda hastaları damgalayabilir. Bu lezyonların hastaların dış görünüşlerini olumsuz etkilemesi, başkalarının lezyonlardan korkması, bulaşıcı olabileceği düşüncesi, iğrenme gibi hastalıkla ilgili olumsuz yorumlar kişilerarası ilişkilerde de sorunlara yol açabilir. Depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunların erken saptanması için güvenilir tanılama araçları kullanılarak tarama yapılması önerilir. Psikolojik ve spiritual distressin kontrol altına alınması

amacıyla hastalara duygusal destek verilmelidir. Şiddetli majör depresyon vakalarında, antidepresan tedavinin etkilerini desteklemek için Bilişsel-davranışçı terapi kullanılabilir.

## **BESLENME BOZUKLUĞU**

Beslenmenin inflamatuvar yanıtı etkilediği, hastalık oluşumu, ilerlemesi ve alevlenmelere katkıda bulunabileceği bilinmektedir. Hastalık alevlenme ve remisyon dönemlerine göre beslenme planlarında yapılması gereken değişimler anlatılmalıdır.

## **DİYARE**

Aktif ÜK kanaması, dışkıda gözle görülür kan ile birlikte. Noktürnal diyare şeklinde görülebilir ve inkontinans eşlik edebilir. Rektal kanama ile birlikte görülen diyare temel beslenme öğelerinin, vücut sıvılarının ve elektrolitlerin kaybına neden olabilmektedir. Yemeklerden sonra daha sık görülür. Crohn hastalığında ise diyare her zaman var olan bir belirtidir. Hastanın barsak düzenini izlemek için Bristol Dışkı Çizelgesi gibi standartlaştırılmış bir dışkı değerlendirme aracı kullanılabilir. Diyarenin başlangıç zamanı, süresi, günlük dışkılama sayısı, dışkının özelliği (renk, koku, görünüm, kan/mukus), ağırlaştırıcı ve hafifletici faktörler takip edilerek kaydedilmelidir. Yaşam bulguları, aldığı çıkardığı takibi, kilo takibi ve cilt turgoru muayenesi yapılmalıdır. Cilt bütünlüğü kontrol edilebilir, perianal alan muayenesi yapılabilir ve perianal hijyen konusunda bilgi verilebilir.

## **DİSPNE**

Kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) ilerlemesi sıklıkla artan dispne ile ilişkilidir; gerçekten de ciddi KOA'lı hastalar kronik solunum yetmezliği olan en büyük hasta grubunu oluşturmaktadır. Bu hastaların yarısı, solunum bozuklukları ile ilgili sınırlı bir aktiviteye sahiptir. Ortaya çıkan şiddetli hipoksemi dinlenmekle geçmeyen yorgunluğa, kronik yorgunluk ise sosyal izolasyon ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Bu durum kısıtlılığın en önemli sebeplerinden biridir.

Dispnenin nasıl ortaya çıktığı, şiddeti ve hasta bireyin dispneye ilişkin algıları değerlendirilir. Altta yatan nedene yönelik tedavi planlanır. Hastaya dispne ile yorgunluk ve anksiyete arasındaki ilişki açıklanır ve duygusal destek verilir. Hastalık ile ilişkili semptomları olan ve/veya alevlenme açısından yüksek risk altında olan KOA hastalarının pulmoner rehabilitasyon programına alınması önemlidir. Pulmoner rehabilitasyon programlarının, KOA'lı hastalarda dispneyi hafifletme ve egzersiz performansını iyileştirme açısından etkili olduğu açıkça gösterilmiştir.

## **Kaynaklar**

Adzeni F, ve ark. Pain in systemic inflammatory rheumatic diseases. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2015;29(1):42-52.

Akın S., Temiz G. Akciğer Hastalıklarında Semptom Yönetimi. *Sağlık ve Toplum* 2021;31 (2) 21-31.

Bozkurt C, Akay B, Sınmaz T. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yorgunluk Düzeyi ile Uyku Kalitesinin İlişkisi. *Osmangazi Journal of Medicine* 2020;42(6):627-638.

de Miguel-Díez J., ve ark. Prevalence of pain in COPD patients and associated factors: Report from a population-based study. *Clin. J. Pain*. 2018;34:787-794.

Elmets CA., ve ark. Joint AADeNPF Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with topical therapy and alternative medicine modalities for psoriasis severity measures. *J Am Acad Dermatol* 2021;84:432-70.

Farrel D., ve ark. Interventions for fatigue in inflammatory bowel disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD012005.

Fu Y., ve ark. Evidence-based management approaches for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A practice review. *Palliative Medicine* 2022, 36(5) 770-782.

Geenen R., ve ark. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2018;0:797-807.

Grimstad T, ve ark. Fatigue in newly diagnosed inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2015;9(9):725-730.

HajGhanbari B., ve ark. Pain in people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) *Respir. Med*. 2012;106:998-1005.

Huppertz-Hauss G, ve ark. Fatigue in a population-based cohort of patients with inflammatory bowel disease 20 years after diagnosis: the IBSEN study. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(3):351–358.

Kalav S., Bektaş H. Romatoid artritte semptom yönetimi ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018. 34 (2): 112-130.

Kocatepe V, ve ark. Dispne. Can G (Ed.). *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım İçinde*. Nobel Tıp Kitabevi. 2018.



Marciniuk D, ve ark. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir J*. 2011. 18(2): 69–78.

Matsuoka K, ve ark. Evidence-based clinical practice guidelines for inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol*. 2018; 53(3): 305–353.

Pithadia DJ, ve ark. Psoriasis-associated cutaneous pain: etiology, assessment, impact, and management. *J Dermatolog Treat*. 2019;30(5):435-40.

Pope EJ. Management of Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *RMD Open* 2020;6: e001084.

Roberts M.H., ve ark. The impact of chronic pain on direct medical utilization and costs in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinicoecon. Outcomes Res*. 2015;7:173-184.

Uran BNÖ. Güncel Kılavuz Önerileriyle İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Semptom Yönetimi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2020. 46 (1) 101-111.

Verhoeven EW, ve ark. Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. *Br J Dermatol*. 2007;156:1346-1349.

Zangi HA, ve ark. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(6):954-62.



**İNFLAMASYON KAMPI**

**İNTERAKTİF VAKA  
TARTIŞMASI**

**25-26  
KASIM 2022**  
SHERATON BURSA  
HOTEL

Sözel Bildiriler

[SS-01]

## **Orijinal Rituximabdan Biyobenzer Rituximaba Geçen Anca İlişkili Vaskülit Tanılı Hastaların Gerçek Yaşam Verilerinin Retrospektif İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi**

Ali EKİN<sup>1</sup>, Salim MISIRCI<sup>1</sup>, Nihal LERMİ<sup>1</sup>, Nagehan DİK KUTLU<sup>1</sup>, Belkıs Nihan COŞKUN<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

### **AMAÇ**

Biyobenzerler, yapı, etkinlik ve güvenlik açısından referans biyolojiklerle eşleşen biyolojik ajanlardır ve hasta erişimini artırmasının yanı sıra sağlık sistemlerine tasarruf sağlaması beklenmektedir. Referans bir biyolojik ajandan biyobenzerlere geçiş düşünüldüğünde, advers olayların türü, sıklığı ve ciddiyeti ile immünojenisite açısından güvenlik profili, klinisyenler için oldukça önemlidir. ANCA ilişkili vaskülit tedavisinde önemli bir yeri olan rituximab tedavisinin orijinali ile biyobenzerlerinden CT-P10 molekülünün karşılaştırıldığı kimi çalışmalar olmakla birlikte gerçek yaşam verisi içeren bir çalışma gözlemleyebildiğimiz kadarıyla literatürde bulunmamaktadır. Çalışmada, ANCA ilişkili vaskülit tanılı hastalarda referans RTX (Mabthera™) ten CT-P10 (Truxima™)’ e geçiş yapılan hastalarda iki molekülün güvenlik açısından aynı hasta grubunda karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### **YÖNTEM**

ANCA ilişkili vaskülit (Granümatöz Polianjitis (GPA)/ Eozinofilik Granümatöz Polianjitis (EGPA)/ Mikroskopik polianjitis (MPA)) tanılı ve referans rituximab (Mabthera) kullanırken biyobenzer CT-P10 (Truxima)’ a geçiş yapan 41 hastanın sosyodemografik, klinik, ilaç kullanım süreleri, gelişen yan etkiler, hastanede yatış gerektiren enfeksiyon öyküsü ve ANCA gibi birçok klinik ve laboratuvar özellik retrospektif olarak incelenmiştir.

### **BULGULAR**

Hastaların 21 (% 51.1)’i erkekti. Yaş ortalaması 53.3±12.5 yıl, hastalık süresi ortalaması 7.2±3.7 yıldır. 28 (%68.3) hasta GPA, sekiz (%19.5) hasta EGPA, beş (% 12.2) hasta MPA ile takipliydi. Tüm hastalar ağustos 2020 tarihi itibarıyla biyobenzer RTX e geçiş yaptı. Akciğer tutulumu olan % 75.6, böbrek tutulumu olan % 46.3 hasta vardı. Komorbidite varlığı %61 olup, en sık eşlik eden komorbidite %48.8 ile hipertansiyon idi. ANCA negatif % 19.5, Anti-MPO veya Anti PR3 negatif % 22 hasta vardı. % 95.1 hasta en az bir immüno-supresif ajan kullanıyordu. Geçişte %12.2 hasta dışında hepsi steroid alıyordu. Bu noktada en sık kullanılan steroid ise %68.3 ile prednizolon idi. Ortalama kullanılan steroid dozu ortalaması ise prednizolon cinsinden

14.1±18.0 mg idi. Orijinal RTX ile 15 (%36.6) hastada yan etki mevcuttu. Bu yan etkilerin 14' ü enfeksiyon, 1' i alerjik döküntü idi. Biyobenzer alan hastalarda ise 16 (%39) yan etki gelişmişti ve bunların tamamı enfeksiyondur. Her iki grupta en sık görülen enfeksiyöz yan etki alt solunum yolları enfeksiyonu (ASYE) idi. Hiçbir hastada biyobenzer geçiş sonrası etkisizlik gözlenmedi. Covid-19 pandemisi döneminde geçiş yapıldığından takip süresince hastaların 27(% 65.9) si Covid-19 enfeksiyonu geçirdi. Yan etkiler değerlendirilirken Covid-19 enfeksiyonları dahil edilmedi ve birden fazla kez herhangi bir enfeksiyon nedeniyle tedavi alamayan ya da geciken hastaların sonuçları verildi. Hastalardan Covid-19 dahil yatış gerektiren enfeksiyon öyküsü olan 14 (%34.1) hasta vardı. 10 (% 24.4) hasta biyobenzer alırken yatış gerektiren enfeksiyon geçirmişti. Hastaların tüm verileri Tablo 1 ve Tablo 2 de verilmiştir.

<b>Tablo 1: Orijinal rituximabdan biyobenzer rituximaba geçen hastaların özellikleri</b>	
<b>Yaş (ort.±std.sapma, min.-max.)</b>	53.3±12.5, 25-75
<b>Cinsiyet (Kadın/Erkek)</b>	20/21 (48.8/51.2)
<b>Tanı</b>	
<b>GPA (%)</b>	28 (68.3)
<b>EGPA (%)</b>	8 (19.5)
<b>MPA (%)</b>	5 (12.2)
<b>Sigara İçiyor /İçmiyor/ Ex-smoker</b>	(11(26.8)/ 23 (56.1)/ 7 (17.1))
<b>Hastalık süresi (ort.±std.sapma, min.-max.) (yıl)</b>	7.2±3.7, 3-19
<b>Akciğer tutulumu (%)</b>	31 (75.6)
<b>Böbrek tutulumu (%)</b>	19 (46.3)
<b>Nörolojik tutulum (%)</b>	8 (19.5)
<b>Komorbid hastalık (%)</b>	25 (61)
<b>HT</b>	20 (48.8)
<b>DM</b>	6 (14.6)
<b>KBH</b>	9 (22)
<b>KAH</b>	3 (7.3)
<b>Kalp Yetmezliği</b>	1 (2.4)
<b>Hiperlipidemi</b>	10 (24.4)
<b>Malignite öyküsü</b>	2 (4.9)
<b>ANCA pozitifliği (n=40)</b>	32 (80)
<b>c ANCA</b>	24 (60)

<b>p ANCA</b>	8 (20)
<b>PR3-MPO pozitifliği (n=40)</b>	31 (77.5)
<b>Anti PR3 pozitifliği</b>	23 (57.5)
<b>Anti MPO pozitifliği</b>	8 (20)
<b>İmmüsupresif ilaç kullanımı</b>	39 (95.1)
<b>Azatiopürin</b>	24 (58.5)
<b>Mikofenolat mofetil</b>	5 (12.2)
<b>Siklofosfamid</b>	39 (95.1)
<b>Siklosporin</b>	1 (2.4)
<b>DMARD kullanımı</b>	24 (58.5)
<b>Metotrexat</b>	22 (53.7)
<b>Plaquenil</b>	3 (7.3)
<b>Sulfosalazin</b>	1 (2.4)
<b>Biyobenzere geçişte steroid kullanımı</b>	36 (87.8)
<b>Biyobenzere geçişte kullanılan steroid türü</b>	
<b>Prednizolon</b>	28 (68.3)
<b>Metilprednizolon</b>	8 (19.5)
<b>Biyobenzere geçişte kullanılan steroid dozu ortalaması (ort.±std.sapma, min.-max.) (mg)</b>	14.1±18.0, 0-75
<b>Orijinal RTX kullanım süresi (ort.±std.sapma, min.-max.) (ay)</b>	34.1±25.7, 1-114
<b>Biyobenzer RTX kullanım süresi (ort.±std.sapma, min.-max.) (ay)</b>	14.9±6.9, 1-24
<b>Covid-19 enfeksiyon sıklığı (%)</b>	27 (65.9)

**Tablo 2: Orijinal rituximabdan biyobenzer rituximaba geçen hastaların ilaç yan etkileri**

	<b>Orijinal RTX</b>	<b>Biyobenzer RTX</b>
<b>Yan etki sıklığı</b>	15 (36.5)	16 (39)
<b>Alerjik reaksiyon</b>	1 (2.4)	0
<b>Enfeksiyon</b>	14 (34.1)	16 (39)
<b>ASYE</b>	6 (14.6)	12 (29.3)

<b>ÜSYE</b>	3 (7.3)	0
<b>İYE</b>	1 (2.4)	2 (4.9)
<b>Vajinit</b>	1 (2.4)	0
<b>Zona</b>	0	2 (4.9)
<b>Cilt enfeksiyonu</b>	2 (4.9)	0
<b>Yatış gerektiren enfeksiyon öyküsü</b>	4 (9.8)	10 (24.4)

## SONUÇ

Çalışmada orijinal üründen biyobenzere geçen hastaların özellikleri ile beraber ilaçlara bağlı gelişen güvenlik problemleri yan etki düzeyinde incelendi. ANCA ilişkili vaskülitlerden özellikle GPA nedeniyle takipli hasta sayısının diğerlerine göre daha fazla olduğu gözlemlendi. Yan etki sıklıkları benzer olan ilaçların özellikle yatış gerektiren enfeksiyon öyküsünün biyobenzerde yüksek olması, Covid-19 pandemisi nedeniyle hastaların yatış sıklığının artışına bağlandı. Her iki ilacın da güvenle kullanılabildiğini, çalışmamızla gerçek yaşam verisi olarak sunduk.

## KAYNAKLAR

1. Blackstone EA, Joseph PF. The economics of biosimilars. *Am Health Drug Benefits* 2013; **6**: 469– 78.
2. Tony, H. P., Krüger, K., Cohen, S. B., Schulze-Koops, H., Kivitz, A. J., Jeka, S., ... & Kollins, D. (2019). Safety and Immunogenicity of Rituximab Biosimilar GP 2013 After Switch From Reference Rituximab in Patients With Active Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, *71*(1), 88-94.
3. Rovin, B. H., Furie, R., Latinis, K., Looney, R. J., Fervenza, F. C., Sanchez-Guerrero, J., ... & LUNAR Investigator Group. (2012). Efficacy and safety of rituximab in patients with active proliferative lupus nephritis: the Lupus Nephritis Assessment with Rituximab study. *Arthritis & Rheumatism*, *64*(4), 1215-1226.
4. Park, W., Božić-Majstorović, L., Milakovic, D., Berrocal Kasay, A., El-Khoury, E. C., Irazoque-Palazuelos, F., ... & Yoo, D. H. (2018, August). Comparison of biosimilar CT-P10 and innovator rituximab in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled Phase 3 trial. In *MAbs* (Vol. 10, No. 6, pp. 934-943). Taylor & Francis.

[SS-02]

## **Primer Sjögren Hastalarında Nöropatik Ağrının Alt Üriner Sistem Semptom Şiddeti ile İlişkisi**

Nilay Erdik<sup>1</sup>, Anıl Erdik<sup>2</sup>, Damla Karataş<sup>1</sup>, Gökhan Yavuzbilge<sup>1</sup>, Sümeyye Merve Türk<sup>1</sup>, Cansu Arslantürk Güneysu<sup>1</sup>, Emel Gönüllü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

<sup>2</sup>Sakarya Sadıka Sabancı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Sakarya

**AMAÇ:** Sjögren Sendromu(SS) tanılı hastalarda nöropatik ağrı varlığının araştırılması, nöropatik ağrı saptanan ve saptanmayan hastalarda alt üriner sistem semptom(AÜSS) şiddetinin araştırılması amaçlandı.

**YÖNTEM-GEREÇLER:** Çalışmamıza Aralık 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında kliniğimize başvurmuş 59'u kadın, 62 SS tanılı hasta dahil edildi. Nöropatik ağrı saptanan ve saptanmayan olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, hastalık süreleri kaydedildi. AÜSS değerlendirilmesinde uluslararası prostat semptom skoru(IPSS), nöropatik ağrı sorgulamasında The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Sign Pain Scale(LANSS Ağrı Ölçeği) kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile değerlendirildi. IPSS ile LANSS Ağrı Ölçeği arasındaki ilişki spearman korelasyon analiziyle değerlendirildi.  $p<0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $53,4\pm 11,6$  yılıdır. Hastalık süresi medyan 7 (0-40) yılıdır. 18(%29) hastada nöropatik ağrı(LANSS Ağrı Ölçeği $>12$ ) mevcuttu. AÜSS sorgulamasına göre 35(%56,5) hasta hafif AÜSS(IPSS $<8$ ), 27(%43,5) hasta orta ve şiddetli AÜSS(IPSS $\geq 8$ ) grubundaydı. Nöropatik ağrısı olan hastalarda AÜSS şiddeti anlamlı olarak daha yüksekti(Tablo 1). IPSS skoru ile LANSS Ağrı ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu ( $r:0,359$   $p:<0,004$ ).

**SONUÇ:** SS tanılı hastalarda nöropatik ağrı varlığında AÜSS sorgulanmalıdır. SS hastalarında nöropatik ağrı tedavisi başlanması AÜSS'nin şiddetlenmesini önleyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sjögren Sendromu, Alt Üriner Sistem Semptomları, Nöropatik ağrı, LANSS Ağrı Ölçeği

**Tablo 1:**

	IPSS<8 (n=35)	IPSS≥8 (n=27)	p değeri
Nöropatik ağrı yok	29 (%82,9)	15 (%55,6)	0.019
var	6 (%17,1)	12 (%44,4)	



[SS-03]

## **Ankilozan Spondilit Hastalarında Anti-Tnf-Alfa Tedavinin Kesilmesi İle Gelişen Reaktivasyon Sonrası Sürecin Değerlendirilmesi**

Nagehan Dik Kutlu, Ediz Dalkılıç Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa

**Giriş ve amaç:** Ankilozan spondilit (AS); omurga, sakroiliak ve periferik eklemleri etkileyen kronik, sistemik, inflamatuvar bir hastalıktır (1). Patogenezinde tümör nekrozis faktör-alfa'nın (TNF- $\alpha$ ) kıkırdak ve kemik hasarında önemli rol oynadığının gösterilmesiyle AS'de anti-TNF ilaçları (TNFi) kullanıma girmiştir (2). Biz bu çalışmada AS hastalarında TNFi'nin kesilmesi ile gelişen reaktivasyon sürecinin nasıl seyrettiğini ortaya koymayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya modifiye New York Kriterlerine göre AS tanısı konmuş ve TNFi başlanıp tedavisi sonlandırılmış 31 hasta dahil edildi. Tedavinin kesilmesiyle gelişen hastalık reaktivasyonu sonrası seçilen tedaviler ve bu süreçte gelişmesi muhtemel yan etkiler açısından hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** Hastaların 15'i (%53.6) erkek, 13'ü (%46.4) kadın ve yaş ortalamaları 48.61 $\pm$ 8.54 idi. HLAB 27 24 hastada (%85.7) pozitif. Tüm hastalarda tedavinin kesilmesiyle hastalık reaktivasyonu gelişmişti. TNFi kesildikten sonra hastalık reaktivasyonuna kadar geçen süreler incelendiğinde ortanca değer 10.5 (2-72) ay olduğu görüldü. Reaktivasyon sonrası tedavide etanercept 15 (%53.6), infliximab 9 (%32.1), adalimumab 3 (10.7), golimumab 1 (%3.6) hastada ilk tercih olarak verilmişti. Secukinumab ise sadece 1 (%3.6) hastada ikinci seçenek olarak verilmişti. TNFi ile tedavi sürecinde herhangi bir malignitenin gelişmediği görüldü. 18 (%64.3) hastada hiçbir enfeksiyon görülmemişken 10 hastada (%35.7) çeşitli enfeksiyonların olduğu görüldü. 6 (%21.4) hastada üst solunum yolu enfeksiyonu, 6 (%21.4) hastada pnömoni, 4 (%14.3) hastada üriner sistem enfeksiyonu, 1 (%3.6) hastada ise tüberküloz geliştiği saptandı. 7 (%25) covid öyküsü mevcutken sadece 1 (%3.6) hastanın covid nedeniyle hastaneye yatışı olmuştu. Günümüzde hastaların 21(%75)'i hala TNFi tedavisi almakta iken TNFi almayan 7 hastanın 5'i sadece nonsteroid antiinflamatuvar ile takipli idi, birinin 2014 sonrası bilgilerine ulaşılamadı, biri de ex olmuştu.

**Sonuç:** Tedaviyi kesen hastalarda haftalar veya aylar içinde klinik relaps görülmesi muhtemeldir ve relaps sonrası çoğu hastada TNFi ihtiyacı devam etmektedir. Bu yüzden, AS hastalarının çoğunda daimi tedavi gerekli gözükmektedir. AS hastalarında TNFi ile tedavinin uzun vadeli klinik etkinliği ve güvenilirliği mevcuttur.

**Anahtar kelimeler:** Ankilozan spondilit, anti-TNF-alfa ile tedavi, reaktivasyon

Kaynaklar:

1. Saha, A., Bagchi, A., et al. (2021). Phenotypic characterization of circulating endothelial cells induced by inflammation and oxidative stress in ankylosing spondylitis.
2. Francois R. J., Neure L., Sieper J, et al. (2006). Immunohistological examination of open sacroiliac biopsies of patients with ankylosing spondylitis: detection of tumour necrosis factor in two patients with early disease and transforming growth factor in three more advanced cases. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65(6), 713–720.

[SS-04]

## **IgG4 İlişkili Hastalık: 27 Vakalık Tek Merkez Deneyimi**

Salim Mısırcı, Burcu Yağız

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

### **Giriş:**

IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-İH), kitle oluşturan fibroinflamatuvar lezyonlarla ilişkili, tedavi edilmediği takdirde kalıcı organ hasarına ve ölüme neden olabilen, patoloji örneklerinde artmış IgG4 pozitif plazma hücreleri ve fibrozis ile karakterize inflamatuvar bir hastalıktır (1).

IgG4-İH ilk olarak 2003 yılında tanımlanmıştır. Hemen hemen her organı tutabilmekte birlikte, başlıca tükürük bezleri (submandibular, parotis, sublingual), orbita ve gözyaşı bezleri, pankreas ve safra yolları, akciğerler, böbrekler, aort ve retroperiton, meninksler ve tiroid bezi (Riedel tiroiditi) sık görülen tutulumlardır. Malignite, enfeksiyon, antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülit veya Sjögren sendromu gibi diğer hastalıklarla karışabilmekte, artmış serum IgG4 seviyesinin varlığı önemli olmakla birlikte retroperitoneal tutulum gibi bazı anatomik bölgelerin tutulumlarında serum IgG4 seviyesi normal olabilmekte ve tanı için gerekli görülmemektedir (2).

Japonya'da, hastalığın insidansının 0.28-1.08/100.000'de olduğu bildirilmiştir (3), ancak hastalığın klinisyenler tarafından tanınmasının artmasıyla birlikte bu oranların artmakta olduğu ifade edilebilir.

### **Amaç:**

IgG4-İH tanısı konulmuş (n=27) hastaların demografik, klinik özellikleri ve tedavide kullanılan ilaçların incelenmesi amaçlanmıştır.

### **Yöntem:**

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nda takip edilen, 18 yaş ve üstü IgG4-İH tanısıyla takip edilen hastaların verileri hastane kayıtlarından retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, komorbiditeleri, hastalığa bağlı olarak tutulan bölgeleri, tanı sırasındaki laboratuvar değerleri ve aldıkları tedaviler kaydedildi.

### **Bulgular:**

Hastaların yaş ortalaması 54.55 ( $\pm 14.15$ ), cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde hastaların 11 (% 40,7)'i kadın, 16 (% 59,3)'sı erkekti. Hastalarımızda tutulan bölgeleri değerlendirdiğimizde 10 (%33.3) hastada retroperitoneal tutulum olup en sık tutulan bölgeydi.

Dokuz (% 30) hastada lakrimal veya tükürük bezi, 1 (% 3.3) hastada akciğer tutulumu, 1 (% 3.3) hastada pankreas ve safra yolları tutulumu, 2 (% 6.7) hastada böbrek tutulumu, 7 (% 23.4) hastada da baş-boyun sınırlı tutulum mevcuttu. Hastalarımızın tümünde glukokortikoid (GK) kullanımı mevcuttu. En sık kullanılan immüsupresif ilaç azatiyoprin (n=16) olup, metotreksat (n=8), rituksimab (n=6) ve siklofosfamid (n=2) diğer kullanılan ajanlardı. Hastaların tanı sırasındaki ortalama eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) değeri 31,61 ( $\pm$  27,62) mm/saat, C-reaktif protein (CRP) median:2.85 mg/L (minimum:1.25, maksimum:84.8)'ydi. CRP yüksek ve düşük olan hasta gruplarını karşılaştırdığımızda sadece retroperitoneal tutulumu olanlarda CRP'de anlamlı yükseklik saptandı (  $p < 0.05$ ).

### **Tartışma:**

Hastalarımızın ortalama tanı yaşı 54.55 ( $\pm$ 14.15) olup literatürle uyumludur (4,5). Cinsiyet açısından değerlendirdiğimizde hastalarımızın çoğunluğu literatürle uyumlu olarak erkeklerden (n=16, %59,3) oluşmaktaydı (5).

Hastalarımızda en sık görülen tutulum retroperitoneal tutulum (n= 10, %37) olup, CRP seviyeleri de bu grupta anlamlı olarak daha yüksekti ( $p < 0.05$ ). Literatüre baktığımızda 765 hastanın değerlendirildiği iki kohortta retroperitoneal tutulumla giden hastaların oranını %24 olarak saptanmıştır (5). Akut faz reaktanlarının retroperitoneal tutulumu olanlarda, diğer tutulum gruplarına göre daha yüksek olarak saptandığı belirtilmiştir (1). Hastalarımızın CRP seviyelerinin yüksek olması literatürle uyumluydu. Diğer taraftan retroperitoneal tutulum oranının literature göre daha yüksek saptanması toplam vaka sayımızın az olmasından kaynaklanmış olabilir.

IgG4-İH tedavisinde birinci basamak tedavi olarak GK'ler önerilmektedir. Azatioprin, mikofenolat mofetil, metotreksat, leflunomid, takrolimus, siklosporin A, iguratimod, siklofosfamid ve rituksimab diğer kullanılan ajanlardır (1). Kliniğimizde takip ettiğimiz hastalarımızın hepsine başlangıç tedavisi olarak GK ile birlikte ek bir ajan başlanmıştır. Mevcut tedavilerde GK ile birlikte ek ajan verilerek kombine tedavi başlanmamızdaki en önemli etkenler, hastalarımızın ek komorbiditelere sahip olması ve yaşlı hasta grubu olması nedeniyle olası GK kullanımına bağlı osteoporoz ve diğer yan etkilerden kaçınabilmek için GK tedavisini daha hızlı azaltabilmek ve bu nedenle oluşabilecek nükslere engel olmaktır.

**Sonuç:** Klinisyenlerin hastalığı tanıma tecrübelerinin artmasıyla orantılı olarak, IgG4-İH tanısı alan hastaların oranı artmaktadır. Retroperitoneal tutulumu olanlarda akut faz reaktanlarında yükseklik görülebilir.

### **Kaynaklar:**

1. Lanzillotta M, Mancuso G, Della-Torre E. Advances in the diagnosis and management of IgG4 related disease. *BMJ*. 2020;369:m1067. Published 2020 Jun 16. doi:10.1136/bmj.m1067
2. Wallace ZS, Naden RP, Chari S, et al. The 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for IgG4-Related Disease. *Arthritis Rheumatol*. 2020;72(1):7-19. doi:10.1002/art.41120
3. Umehara H, Okazaki K, Masaki Y, et al. A novel clinical entity, IgG4-related disease (IgG4RD): general concept and details. *Mod Rheumatol*. 2012;22(1):1-14. doi:10.1007/s10165-011-0508-6
4. Zen Y, Nakanuma Y. IgG4-related disease: a cross-sectional study of 114 cases. *Am J Surg Pathol*. 2010;34(12):1812-1819. doi:10.1097/PAS.0b013e3181f7266b
5. Wallace ZS, Zhang Y, Perugino CA, et al. Clinical phenotypes of IgG4-related disease: an analysis of two international cross-sectional cohorts. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(3):406-412. doi:10.1136/annrheumdis-2018-214603

[SS-05]

## **Tümör Nekroz Faktör Alfa İnhibitörü Alan Behçet Nörolojik Tutulumu Olan Hastaların Demografik Verilerinin Retrospektif İncelenmesi: Tek Merkez Deneyimi**

Tuğba OCAK<sup>1</sup>, Yavuz PEHLİVAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı

### **Giriş**

Behçet hastalığı deri, mukoza, eklem, göz, arter, sinir sistemi ve gastrointestinal tutulum yapan sistemik bir vaskülitir. Nörolojik tutulumda sıklıkla santral sinir sistemi tutulumu olmak üzere periferik sinir sistemi tutulumu da görülmektedir. Santral sinir sistemi tutulumu parankimal ve non parankimal olarak ikiye ayrılır. Nörolojik tutulum nadir bir tutulum olmakla birlikte, önemli mortalite ve morbidite nedenidir. Bu nedenle sağ kalımda tedavi önemli yer tutmaktadır. Şiddetli kliniği veya kötü prognostik faktörleri olanlarda siklofosamid veya Tümör Nekroz Faktör (TNF) alfa inhibitörü birinci basamak tedavide kullanılabilir. TNF alfa inhibitörü alan hastalarda %80 den fazla iyi klinik yanıt görülmüştür. Çalışmamızda TNF alfa inhibitörü tedavisi alan hastaların demografik verilerini ve tedavi yanıtlarını sunmayı amaçladık.

### **Materyal ve Metod**

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Behçet nörolojik tutulum ile takipli olup TNF alfa inhibitörü tedavisi alan 17 hastanın verileri hastane elektronik sistemi kullanılarak retrospektif olarak tarandı.

### **Bulgular**

Çalışmaya alınan hastaların 11(%64,7) tanesi erkekti. Behçet tanısını alan hastaların median yaşı 29 (15-37) yılı. Uluslararası Behçet Çalışma Grubu kriterlerine göre 16 hastada tüm kriterler karşılanmakta olup, 1 hastada inkomplet Behçet düşünülmüştür. 12 (%70,5) hastanın Behçet tanısı aldığı anda nörolojik semptomları vardı. Baş ağrısı (%41,2), konuşma problemi (%11,8), konuşma problemi ile birlikte baş ağrısı (%11,8) en sık gözlenen nörolojik şikayetlerdi. 15 (%88,2) hastada izole parankimal tutulum, 1 (%5,9) hastada izole serebral venöz tromboz, 1 (%5,9) hastada miks tip (parankimal + serebral venöz tutulum) tutulum vardı. Parankimal tutulum olanlarda en sık beyin sapı tutulumu (%50) gözlemlendi. 17 (%100) hastada oral aft, 13 (%76,5) hastada genital aft, 4 (%23,5) hastada derin ven trombozu, 10 (%58,8) hastada üveit, 1 (%5,9) hastada artrit, 16 (%94,1) hastada cilt tutulumu vardı. 13 (%76,5) hastada HLA B51 pozitif olup, 4 (%23,5) hastada paterji testi pozitif. Hastaların hepsi TNF

alfa inhibitörü tedavisi öncesinde immunsupresif ajan almıştı. En sık azotiopurin ve steroid kombinasyonu (%41,2) kullanılmıştı. İmmunsupresif ajan olarak 14 hasta tedavi boyunca infliximab tedavisi almıştı. 1 hastada mukokutanöz semptomlarının aktif olması nedeniyle tedavinin 4. ayında etanercepte geçildi. 1 hastada tedavinin 8. ayında alerjik reaksiyon olması nedeniyle adalimumaba geçildi. 1 hastada infliximab altında sık nöbet geçirdiği için infliximab kesilip mikofelonat mofetile geçildi. TNF alfa inhibitörü tedaviye eşlik eden ilaçlara bakıldığında %23,5 hastada başka ilaç kullanılmamış olup, en sık azotiopurin ve steroid kombinasyonu (%52,9) ve sadece steroid (%17,6) kullanılmaktaydı. Steroid alan hastaların hepsi 5 mg ve altında prednizolon ve eş değeri almaktaydı. Takipte hastaların şikayetleri ve kranial MR bulguları değerlendirildiğinde 9 hastada stabil hastalık, 7 hastada remisyon, 1 hastada relaps gözlemlendi.

### **Tartışma**

Literatürdeki Behçet nörolojik tutulumu olup, TNF alfa inhibitörü alan hastaların alındığı diğer çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde 1 hastada relaps görülmüş veya hiç relaps görülmemiştir. Behçet nörolojik tutulum gibi morbidite ve mortalitesi yüksek olan durumda TNF alfa inhibitörü tedavisinin relapsları önlemede etkin ve güvenilir olduğu gözlenmiştir.

[SS-06]

## **COVID-19 Pandemi Döneminde Romatizmal Hastalığı Olan Hastaların Algılanan Stres Düzeyi ve Sağlık Anksiyetesiyle İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi**

Dr. Adem Ertürk

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Afyonkarahisar

**Giriş:** Romatizmal hastalığı olan hastalar kullandığı ilaçlar ve romatizmal hastalığı nedeniyle daha kolay COVID-19 enfeksiyonuna yakalanabileceği ve daha ağır enfeksiyon geçirebileceklerini düşündüklerinden dolayı endişe duyabilmektedir. Bu çalışmada romatizmal hastalığı olan hastaların algılanan stres düzeyi, sağlık kaygısı, anksiyete ve depresyonla ilaç kullanım alışkanlıklarını değerlendirmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında iç Hastalıkları/romatoloji polikliniğine gelen daha önceden romatizmal hastalık tanısı konulmuş 18 yaş üstü çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 120 hasta çalışmaya dahil edildi. COVID-19 pandemisinin romatizmal hastalığı olan hastaların algılanan stres düzeyi, sağlık anksiyetesi, genel anksiyete ve depresyon durumlarıyla ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışları değerlendirildi.

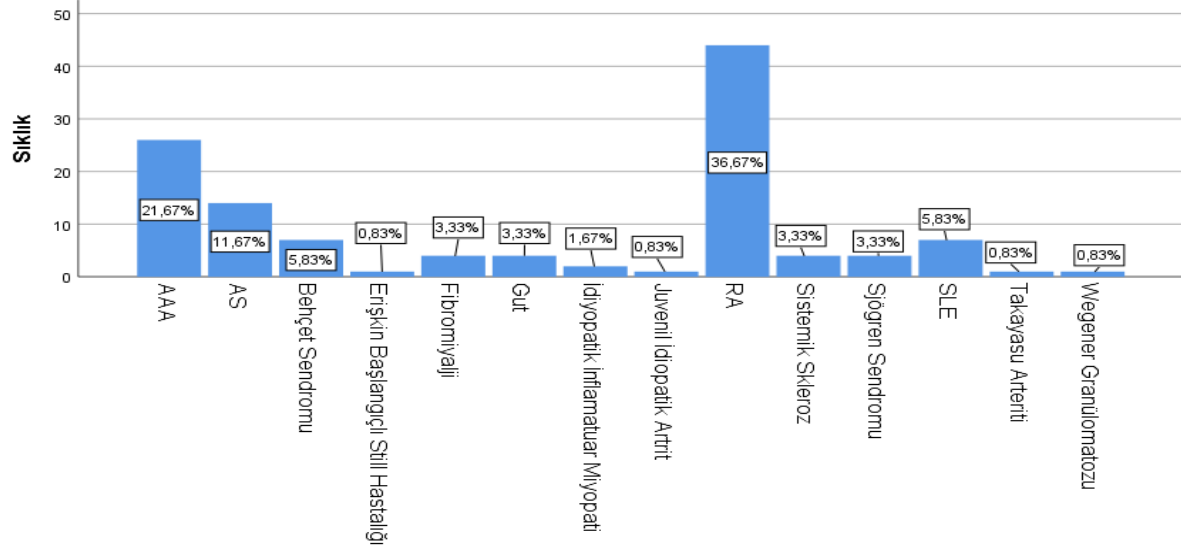
**Bulgular:** Çalışmaya 120 hasta dahil edildi. Hastaların 74'ü kadın (%61,7), 46'sı (%38,3) erkekti. Hastaların medyan yaşı 41'di (IQR25-75= 17-90). Hastaların 44'ü (%36,7) romatoid artrit (RA), 26'sı (%21,7) ailevi akdeniz ateşi (AAA), 14'ü ankilozan spondilit (AS) tanısı vardı (Şekil 1). Hastaların 14'ünün (%11,7 ) özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Hastaların 41'de (%34,2) romatizmal hastalık dışında komorbid hastalık öyküsü vardı. Hastaların medikal tedavilerini düzenli kullanıp kullanmama açısından cinsiyet, hastalık süresi, hastalık aktivitesi (VAS), algılanan stres ölçeği (ASÖ), beck anksiyete ölçeği (BAÖ) açısından anlamlı bir fark yoktu. Daha yaşlılarda, beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve sağlık anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) yüksek olan hastalarda tedavilerini aksatma oranları anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 1).

**Sonuçlar:** COVID-19 pandemisi sırasında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sisteminde birtakım değişiklikler yaşanırken, hastaların tedaviye uyumunda sorular yaşanmıştır. Pandemi ortamında hastalar ilaçlarını kullanma konusunda farklı nedenlerle endişe duymuşlardır. Yaşlı hastalarda, depresyonu ve sağlık anksiyetesi olan hastalarda tedavilerini



düzenli kullanmaları açısından yüksek motivasyon gerekebilmektedir. Anksiyete, depresyonu veya sağlık anksiyetesi olan romatizmal hastalığı olan hastalarda psikiyatrik değerlendirme tedaviye uyumu artırılabilir

**Şekil-1: Hastaların tanılarına göre dağılımı**



**Tablo-1: Tedavisini düzenli kullanan ve düzenli kullanmayan hastaların karşılaştırılması**

		Düzenli kullananlar (n=112)	Tedavisini aksatanlar (n=8)	p
Yaş		41,76 ± 16,794	58,5 ± 15,91	<b>0,011</b>
Cinsiyet	Kadın	70 (%94,6)	4 (%5,4)	0,481
	Erkek	42 (%91,3)	4 (%8,7)	
Hastalık süresi		93,37 ± 92,54	88,6 ± 120,2	0,524
Hastalık aktivite (VAS)		5,44 ± 2,55	6 ± 0,75	0,55
Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)		14 ± 3,46	13,5 ± 1,92	0,882
Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)		8,87 ± 8,09	12 ± 7,81	0,196
Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)		7,97 ± 6,3	14 ± 7,65	<b>0,022</b>
Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ)		14,22 ± 6,68	20,63 ± 7,13	<b>0,015</b>

**Anahtar Kelimeler:** Romatizmal hastalıklar, COVID-19 Pandemisi, Tedaviye uyum

[SS-07]

## **Tedaviye Dirençli Psoriasis Plağında Kriyoterapi ile Fraksiyonel Karbondioksit Lazer Etkinliğinin Değerlendirilmesi**

Sevgi Öztürk<sup>1</sup>, Selda Işık Mermutlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Psoriasis yaşam kalitesini düşüren, multisistemik, inflamatuvar, kronik seyirli bir hastalıktır. Günümüzde psoriasis tedavisinde oldukça mesafe kaydedilmiş, birçok etkili tedavi seçeneği kullanıma girmiştir. Bu süreçte karşılaşılan önemli zorluklardan biri de tedavi sonrası belirgin klinik düzelme sağlanmasına rağmen tedaviye direnç gösteren ve tedavi sürecinin uzamasına neden olan rekalsitran plakların varlığıdır. Bu çalışmada, rekalsitran psoriasis plaklarında kriyoterapi ve fraksiyonel karbondioksit (CO<sub>2</sub>) lazer tedavilerinin etkinliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu prospektif, tek merkezli çalışma Ocak 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışmaya rekalsitran plağı mevcut olan, son dört hafta içerisinde sistemik tedavi/fototerapi ve son iki hafta içerisinde topikal tedavi almamış 30 psoriasis hastası dahil edilmiştir. Hastalarda benzer özelliklere sahip iki psoriasis plağı seçilerek, 0., 1., 2., 4., 8. haftalarda bir plağa kriyoterapi (Grup 1), diğerine fraksiyonel CO<sub>2</sub> lazer (Grup 2) uygulanmıştır. Hastalar 12. haftada nüks ve olası yan etkiler açısından tekrar değerlendirilmiştir. Her değerlendirmede, rekalsitran plaklar eritem, skuam ve indurasyon açısından hafif (1), orta (2), şiddetli (3), çok şiddetli (4) olmak üzere puanlanmış ve puanlar toplandığında genel şiddet skoru elde edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 15 kadın, 15 erkek olmak üzere 30 psoriasis hastası dahil edildi. Yaş ortalaması 40,60 ± 12,58 yıl, ortalama hastalık süresi 15,13 ± 12,0 yıl, ortalama PASİ değeri 3,60 idi. Hastaların %36,7'si daha önce sistemik tedavi almıştı. Yapılan takiplerde, kriyoterapi ve fraksiyonel CO<sub>2</sub> lazer uygulanan plaklarda eritem, skuam ve indurasyon şiddetinde ikinci uygulamadan itibaren belirgin azalma gözlemlendi (p<0.05). Her iki grupta tedavi bitiminde genel şiddet skorunda istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlenirken (p<0.05), gruplar kendi arasında

kıyaslandığında tedavi başarısında anlamlı bir fark saptanmadı. Çalışma sırasında yan etki olarak bir olguda fraksiyonel CO2 lazer uygulanan alanda Koebner fenomeni gelişti.

**Sonuç:** Çalışmamız sonucunda, rekalsitran plaklarda kriyoterapi ve fraksiyonel CO2 lazerin etkili ve güvenli seçenekleri olabileceği tespit edilmiştir; ancak bu konuda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu sayede hastaların kullanmakta olduğu sistemik tedavi sürelerinin kısaldığını, yan etki potansiyeli ve tedavi maliyetinin azalacağını düşünmekteyiz.



**İNFLAMASYON KAMPI**

**İNTERAKTİF VAKA  
TARTIŞMASI**

**25-26  
KASIM 2022**  
SHERATON BURSA  
HOTEL

E-Poster Bildiriler

[PS-02]

## **Ankilozan Spondilit tanısı konulmuş, TNF- $\alpha$ blokeri ile tedavi edilen hastada IgA nefropatisi; Olgu sunumu**

Öznur Sadiođlu Çağdaş<sup>1</sup>, Duygu Temiz Karadağ<sup>1</sup>, Ayten Yazıcı<sup>1</sup>, Ayşe Çefle<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji Bilim Dalı, Kocaeli

### **Giriş**

Ankilozan Spondilit (AS) hastalığına başta kardiyovasküler ve solunum sistemi olmak üzere ekstraartiküler bulgular eşlik edebilir. Böbrek hastalığı son derece nadirdir. AS'de sekonder renal amiloidoz (%62) böbrek tutulumunun en sık nedenidir, bunu IgA nefropatisi (%30), mesangioproliferatif glomerülonefrit (%5) ve nadiren membranöz nefropati (%1), fokal segmental glomerüloskleroz (%1) ve fokal proliferatif glomerülonefrit (%1) takip eder. Tedaviyle ilişkili nefrotoksisite, nonsteroid anti inflamatuvar ilaç veya hastalık modifiye edici anti romatizmal ilaçtan (DMARD) kaynaklanabilir. Burada AS tanısıyla takip edilen ve infliksimab tedavisi alan bir hastada gelişen IgA nefropatisini paylaştık.

### **Olgu**

43 yaş erkek hasta, 2007 yılında inflamatuvar bel ağrısı ve sabah tutukluğu nedeniyle tarafımıza başvurdu ve tetkik edildi. Çekilen sakroiliyak grafide bilateral grade 3 sakroileit, lomber lateral grafide sindesmofitler görülen hastaya AS tanısı konuldu. Hastaya sulfasalazin tedavisi başlandı fakat hastanın tedavi yanıtı olmaması üzerine tanıdan bir yıl sonra hastaya 5 mg/kg dozunda infliksimab tedavisi başlandı. Tedaviyle spondiloartrit semptomları kontrol altına alınan hastanın takiplerinde aralıklı hematürileri görüldü. 2022 yılında bakılan 24 saatlik idrarda 909 mg/gün proteinüri saptandı. Bakılan IgA düzeyi 6.45 g/L ölçüldü, normalden yüksekti. Yapılan böbrek biyopsisi patolojisinde IgA ile diffüz global mezengial 2 pozitif birikim saptandı ve IgA nefropatisi ile uyumlu olarak raporlandı. Hastaya losartan tedavisi başlandı.

### **Tartışma**

TNF- $\alpha$  blokerlerinin, bir hastalık belirtisi olan glomerüler nefropatinin tedavisinde kullanıldığı bildirilse de, bazı durumlarda böbrek hasarını tetiklemekten sorumlu oldukları düşünülmüştür. Literatürde AS ile ilişkili bildirilen IgA nefropatisi vakalarının bir kısmının TNF- $\alpha$  blokerleri ile tedavi edilen hastalarda ortaya çıktığı görülmüştür, ancak bu patolojinin tedaviden mi kaynaklandığı yoksa tedavinin oluşumunu engelleyemediği için mi olduğu açık değildir. TNF-

$\alpha$  tedavisi alan ve almayan tüm AS hastalarının düzenli böbrek fonksiyonunun ve idrar tahlilinin kontrolü önerilmektedir.

[PS-03]

### **Dirençli Bir Hidradenitis Süpürativa Olgusu**

Suzan Demir Pektaş, Emine Tuğba Alataş, Ceyda Tetik Aydoğdu, İlayda Muslu  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Muğla

Hidradenitis süpürativa (HS) apokrin bez taşıyan deri bölgelerini, özellikle aksilla ve anogenital bölgeyi tutan kutanöz bir bozukluktur. Kesin etiyoloji belirsizliğini koruyor olsa da sigara içmek önemli bir tetikleyici faktör gibi görünmektedir. Hidradenitis suppurativanın kıl folikülünden orijin alan inflamatuvar bir hastalığı temsil ettiği düşünülmektedir. Tekrarlayan nodüller, direne olan sinüs kanalları ve sonrasında gelişen skarlanmayla karakterizedir. Tanı öykü ve fizik muayene ile konulmaktadır. Tedavi, hastalığın tutulum bölgesine ve şiddetine göre bireyselleştirilmelidir. Defalarca cerrahi operasyon geçiren skrotal bölgesinde yaklaşık 20 cm büyüklüğünde kistik kitlesi olan hidradenitis süpürativa olgusunu paylaşmak istedik.



Şekil 1. Gluteal bölgede yaygın skar dokusu ve sinüs ağzları.



Şekil 2. Skrotal bölgede kistik kitle.



[PS-06]

## Sistemik Lupus Eritematozus ve Eozinofilik Fasiit Birlikteliği Olan Olgu

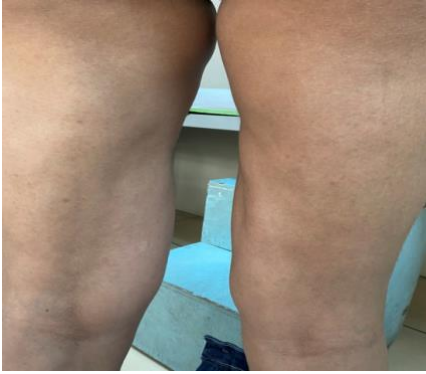
Eylem Atasoy Güner, Feyza Ak, Sinem Sağ

İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş: Eozinofilik fasiit (EF), fasyada inflamasyon-fibroze , ağrı ve motor fonksiyon bozukluğuna neden olan nadir bir bağ dokusu hastalığıdır. Ödem, eritem, sertlik, portakal rengi görünüm ve oluk işareti gibi karakteristik cilt belirtileri tanısız öneme sahiptir ve EF'li hastaların çoğunda gözlenir.

Olgu Özeti: 29 yaşında kadın hasta polikliniğimize takip amaçlı başvurdu. 10 yaşında iken her iki bacakta şişlik ve portakal kabuğu şeklinde görüntü olması üzerine Çocuk Hastalıkları tarafından Çocuk Romatolojiye yönlendirilmiş. Eozinofilik Fasiit tanısıyla Metotreksat ve Prednol tedavisi başlanmış (Resim 1'de Oluk belirtisi verilmiştir). 8 yıllık tedavinin ardından remisyon nedeniyle medikal tedavisi kesilmiş. 3 yıl sonra ani gelişen bir görme bulanıklığı olmuş ve hastaya Otoimmün Retinopati teşhisi konulmuş. Pulse steroid tedavisinden sonra vizyon düzelmiş. 2020 yılında el eklemlerinde ağrı, şişlik olmuş. Tetkiklerinde RF(-), CCP(-), ANA(+), ds DNA (+), C3,C4 normal, ENA (-), Antifosfolipid antikorlar (-) olarak saptanmış. SLE tanısıyla Hidroksiklorokin 200 mg/gün başlanmış. Tedavisini düzenli kullanan hasta 2021 yılında gebe kalmış ve komplikasyonsuz doğum sürecini tamamlamış. Emzirme döneminde ilacını kesmiş. Polikliniğimize başvurusu sırasında artralji dışında yakınması yoktu. Hastanın fizik muayanesinde aktif artriti yoktu. Raynaud, malar rash, alopesi , oral-nazal ülseri yoktu. Tetkiklerinde CCP(-), RF (-), ANA (+4) benekli patern, ds DNA (-), SSA(+), anti Sm(-), C3,C4 normal, CRP: 0.9 mg/L, Sedim: 5 mm/saat, WBC:5300, Neu:3100, Lym:1600, Hb:12.7, Plt:252000, Tam idrar tahlilinde proteinüri ve aktif sedimenti yoktu. Schirmer-BUT normaldi. Hastanın tedavisi Hidroksiklorokin 200 mg/gün olarak düzenlendi.

Resim 1: Oluk Belirtisi



[PS-08]

## Subkutanöz Pannikülit İle Prezente Olan Bir T Hücreli Lenfoma Olgusu

Rabia Gökçen Umurca Aydemir<sup>1</sup>, Nagihan Dik Kutlu<sup>1</sup>, Salim Mısırcı<sup>1</sup>, Ali Ekin<sup>1</sup>, Tuğba Ocak<sup>1</sup>, Nihal Lermi<sup>1</sup>, Zeynep Yılmaz Bozkurt<sup>1</sup>, Burcu Yağız<sup>1</sup>, Belkıs Nihan Coşkun<sup>1</sup>, Ediz Dalkılıç<sup>1</sup>, Yavuz Pehlivan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç hastalıkları ABD, Romatoloji Bilim Dalı, Bursa, Turkey

**Giriş:** Hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) immün sistemin hiperaktivasyonu sonucu ortaya çıkan hayati tehdit eden bir durumdur. Ailesel veya sporadik olarak ortaya çıkabileceği gibi immün homeostazisi bozan çeşitli olaylar tarafından tetiklenebilir ve hızlı tedavi hayati öneme sahiptir. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) ise romatolojik bir hastalık varlığında ortaya çıkan hemofagositik lenfohistiyositoza verilen isimdir.

**Olgu:** 42 yaşında kadın hasta kollarda, bacaklarda, gövde ön yüzde ve sırtta mor renkli makül ve plaklarla romatoloji polikliniğe başvurdu. Daha önce benzer şikayetlerle başvurduğu başka bir merkezde hastada aminotransferaz (KCFT) yüksekliği, ateş ve pansitopeni, ferritin, fibrinojen yüksekliği ve sağ tibia ön yüzünde döküntü tespiti edilmesi üzerine hasta yatırılarak takip ve tedavisi düzenlenmiş. Mevcut lezyondan yapıdan cilt biyopsisi viral egzantema olarak değerlendirilmiş. Hastaya pansitopeni nedeniyle yapılan kemik iliği biyopsisinde hemofagositoz saptanması üzerine hemofagositik sendrom ön tanısı ile 3 gün süre ile intravenöz (IV) 250 mg metilprednizolon tedavisi uygulanmış. Cilt lezyonlarında progresyon olması üzerine tekrar edilen cilt biyopsisi merkezimizde subakut kutanöz lupus eritematosiz uyumlu olarak raporlandı. Hastanın değerlendirmesinde sistemik lupus eritematozis açısından malar rash dışında özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde cushingoid görünümü ve ciltteki makül ve plakları dışında özellik saptanmayan hastanın laboratuvar değerlendirmesinde Anti nükleer antikor (ANA), ANA profili, antifosfolipid antikorları negatif, C3 ve C4 düzeyleri normal saptandı. Lenfoma ön tanısı ile çekilen IV kontrastlı boyun, toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografilerinde (BT) sağ akciğer orta ve alt zonda periferik yerleşimli en büyükleri 8 mm çapında multiple düşük dansitede parankimal nodüller, sol akciğer orta ve alt zonda da en büyükleri 6 mm çapında birkaç adet periferik parankimal nodül dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastanemizde yatırılarak takip edilmekte olan hastanın gün içerisinde tekrar eden

dirençli yüksek ateş epizodları gelişti. Herhangi bir enfeksiyon odağı bulunamayan hastada pansitopeni , ferritin yüksekliği, fibrinojen düşüklüğü, trigliserit yüksekliği ile makrofaj aktivasyon sendromu? Hemofagositik lenfohistiositoz? ön tanıları ile 3 gün süreyle IV 1 gram metilprednizolon tedavisi uygulandı. Klinik ve biyokimyasal parametrelerinde iyileşme gözlenen hastanın merkezimizde tekrar edilen cilt biyopsisi subkutanöz pannikülit benzeri T hücreli lenfoma olarak bildirildi. Hastanın takip ve tedavisine Hematoloji kliniğince devam edilmektedir.

**Tartışma:** Subkutan pannikülit benzeri T hücreli lenfoma nadir görülen non hodgkin lenfoma alt tipidir. Hastaların yaklaşık yüzde 20'sine sistemik lupus eritematozis, sjögren, juvenil idiyopatik artrit gibi otoimmün hastalıklar eşlik edebilmektedir. HLH ve subkutan pannikülit benzeri T hücreli lenfomanın ikisinde de TIM3 ekspresyonunu bozan germline mutasyon mevcut olup, literatürde 83 subkutan pannikülit benzeri T hücreli lenfoma hastasının 17'sinde sekonder HLH geliştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Lupus profundus (lupus pannikülit) ise sıklıkla diskoid lupus eritematozisin kronik kutanöz lezyonlarıyla ortaya çıkan kutanöz lupusun nadir görülen bir alt tipidir ve subkutan pannikülit benzeri T hücreli lenfoma ile histomorfolojik olarak örtüşen birçok özelliği vardır. Bu nedenle bu hastalarda ayırıcı tanıda subkutan pannikülit benzeri T hücreli lenfoma mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

[PS-11]

## **Alopecia Totalis: İki Olguda Tofacitinib Deneyimi**

Fulya Ümitfer, Bahar Sevimli Dikicier

Sakarya Üniversitesi Tıp fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar

### **GİRİŞ**

Alopesi areata (AA), saç foliküler ünitesine karşı T-lenfositlerin aracılık ettiği, skar bırakmayan saç dökülmesinin kronik, otoimmün bir hastalığıdır. Alopesi totalis, kafa derisindeki saçların tamamen kaybı ile karakterize AA tipidir (1). Alopesi totalis (AT) ve alopecia universalis (AU), AA'nın en şiddetli şiddetli tiplerindedir ve kötü prognozu gösterir, tedavi başarısızlığı yaşama olasılığı daha yüksektir. Alopesi areata geliştirme için yaşam boyu yaklaşık %2 risk vardır, ancak AT gelişimi daha az yaygındır (2). Bazı bildiriler kadınlarda hafif bir baskınlık olduğunu öne sürse de AA cinsiyet ayrımı yapmaz. Bununla birlikte, Hindistan ve Türkiye gibi ülkelerde vakaların çoğu erkek olduğundan bu durum çalışılan popülasyona bağlı değişebilir (3).

### **OLGU 1**

37 yaşında kadın hasta yaklaşık son 3 yıldır saç ve kaşlarda dökülme şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Daha önce ne olduğunu bilmediği majistral ilaç ve sistemik kortikosteroid kullanım öyküsü veren hastanın eşlik eden başka bir hastalığı yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde vertex ve sol parietal bölge dışında tüm saçlı derisinde ve bilateral kaşlarda bölgesel skarsız alopesi izlendi (Resim 1). Vücut kıllarında herhangi bir kayıp izlenmedi. Alopesi totalis tanısı konan hastanın mevcut hali ile SALT skoru 74 idi.

Laboratuvar tetkiklerinde biyokimyasal parametleri, viral belirteçleri, vitamin düzeyleri, otoimmün belirteçleri, tiroid fonksiyon testleri normal; Interferon gama release assay (IGRA) negatif saptandı.

Hastanın mevcut klinik bulguları ve öyküsü göz önünde bulundurularak sistemik Tofacitinib 10 mg/gün başlandı. Hasta 3 ay sonra ilk takibine geldiğinde oksipitotemporal bölgeler dışında tüm saçlı deride dramatik saç çıkışı görüldü (Resim 2). İki ay sonraki ikinci kontrolünde bilateral temporal bölgeler ve oksipital bölgenin periferik kısmı dışında tüm bölgelerde saç

çıkışının devam ettiği görüldü (Resim 3). Tedavi sırasında herhangi bir klinik veya laboratuvar yan etki gözlenmeyen hastamız halen Tofacitinib 10 mg/gün kullanmaya devam etmektedir.

Resim 1: Hastanın ilk başvuru fotoğrafları (SALT score:74)



Resim 2: 3 ay sonra (SALT score:18)





Resim 3: Tedavinin 5.ayı (SALT score:13)





## OLGU 2

19 yaşında Iraklı kadın hasta yaklaşık 1 yıl önce başlayan tüm vücut kıllarında dökülme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ek hastalık öyküsü ve soygeçmişinde özellik yoktu. Dış merkezde içeriğini bilmediği bir majistral reçete edilmişti. Dermatolojik muayenesinde tüm saçlı derisinde, bilateral kaşlarda, kirpiklerde ve vücut kıllarında skarsız alopesi, kaşlarda makyaj ile tatuaj izlendi. (Resim 1). Alopesi universalis tanısı konan hastanın laboratuvar tetkiklerinde biyokimyasal parametleri, viral belirteçleri, vitamin düzeyleri normal, anti-tiroglobulin 15 IU/ml diğer otoimmün belirteçleri ve tiroid fonksiyon testleri normal; Interferon gama release assay (IGRA) negatif saptandı.

Hastaya Metotreksat 7,5 mg/hafta, cignolinli majistral ve topikal minoksidil %5 başlandı. Hastanın 5.ay takibinde halen kıl çıkışı beklenen düzeyde olmadığı için Metoreksat 10 mg/hafta dozuna çıkıldı. Yanıt alınamayan hastaya tedavinin 7.ayında metotrexat kesilip Tofacitinib 10 mg/gün başlandı. Tofacitinb tedavisinin 6.ay takibinde temporal ve oksipital bölge ağırlıklı olmak üzere zayıf saç çıkışı izlendi (Resim 2). 12. Ay takiplerinde ise saçta 6.ayda gözlenen çıkışlara yenisi eklenmediği, olan saçların uzadığı, kaş ve kirpiklerde ise çıkışın çok az olduğu izlendi (Resim 3). Tedavinin devamını planladığımız hastanın yabancı uyruklu olması ve sigortasını yenileyememesi sebebiyle ilacı kesildi ve takipten çıktı.

Resim 1: Hastanın ilk başvuru fotoğrafları (SALT score:100)





Resim 2: Tofacitib tedavisi 6.ay (SALT score:80)





Resim 3: Tofacitib tedavisi 12.ay (SALT score:80)





## TARTIŞMA

JAK inhibitörleri, JAK-STAT sinyal yolağına müdahale eden JAK enzim ailesini inhibe eden ilaç gruplarıdır. Tofasitinib, esas olarak JAK3'ü inhibe eden, bu yol aracılığıyla CD8+ lenfositlerde interferon (IFN)-gama up-regülasyonunu bloke eden seçici bir hedefli kinaz inhibitörüdür.

Tofacitinib başlangıçta romatoid artrit tedavisi için FDA tarafından onay almıştı(4).

Literatürde ilk kez Amerika'dan 2016'da bildirilen alopeci universalis tanılı 2 hastaya tofasitinib 10mg/gün başlanmış, 8 aylık takip sonucunda her iki hastada tüm vücut kıllarında farklı zamanlarda olacak şekilde kıl büyümesi izlenmiştir (5).

Yapılan bir retrospektif araştırmada tofasitinib kullanan 18 yaş üstündeki 90 alopeci areatalı hasta SALT skoru ile değerlendirilmiş ve AA'lı hastaların, alopeci totalis veya alopeci universalis hastalarına göre SALT skorunda daha yüksek bir başarı elde ettiği gözlenmiştir (%81.9'a karşı %59.0) (6).

Alopeci totalis tanılı 24 yaşında bir kadın hastanın Tofacitinib 5 mg/gün dozunda 12.ayında Covid PCR pozitifliği nedeniyle ve ilaç kesilmiş. Enfeksiyon öncesinde tedaviye iyi cevap alınırken 15 gün içerisinde hastada şiddetli anagen effluvium gelişmiş ve Tofacitinib tekrar başlanmış ancak 3. Ayda halen yeterli yanıt elde edilemediği bildirilmiştir. Bu olguda AA ve COVID-19 hastalarında tofasitinibin kesilmesinin kalıcı ve yanıt vermeyen bir anagen effluvium'a yol açabileceği öne sürülmüştür (6).

AA, güncel tedavi seçenekleri kısıtlı bir otoimmün hastalık olarak dermatoloji pratiğindeki önemini korumaktadır. Birisi AT, birisi AU tanısı ile yeni tedavi seçeneklerinden olan

tofasitinib tedavisi verdiğimiz iki hastanın klinik tabloları ve tedavi yanıtları birbirinden farklı idi. Tofasitinibin AA tablosuna yönelik tedavi rejimlerinin optimizasyonu ve yanıtların sürekliliği, hastalığın seyrine etkileri konusunda geniş serilerde edinilmiş deneyime ihtiyaç vardır.

#### Sonuç

Zorlu bir hastalık grubu olan alopeci areata için geleneksel tedavilere cevap vermeyen hastalarda tofasitinib, seçilmiş olgularda etkili ve iyi tolere edilen bir tedavi seçeneği olabilir.

#### KAYNAKÇA

1. Buckley J, Rapini RP. Totalis Alopecia. 2022 May 8. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 33085372.
2. Burroway B, Griggs J, Tosti A. Alopecia totalis and universalis long-term outcomes: a review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Apr;34(4):709-715. doi: 10.1111/jdv.15994. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31593606.
3. Juárez-Rendón KJ, Rivera Sánchez G, Reyes-López MÁ, García-Ortiz JE, Bocanegra-García V, Guardiola-Avila I, Altamirano-García ML. Alopecia Areata. Current situation and perspectives. *Arch Argent Pediatr*. 2017 Dec 1;115(6):e404-e411. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2017.eng.e404. PMID: 29087123.
4. Shivanna CB, Shenoy C, Priya RA. Tofacitinib (Selective Janus Kinase Inhibitor 1 and 3): A Promising Therapy for the Treatment of Alopecia Areata: A Case Report of Six Patients. *Int J Trichology*. 2018 May-Jun;10(3):103-107. doi: 10.4103/ijt.ijt\_21\_18. PMID: 30034188; PMCID: PMC6028993.
5. Gupta AK, Carviel JL, Abramovits W. Efficacy of tofacitinib in treatment of alopecia universalis in two patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Aug;30(8):1373-8. doi: 10.1111/jdv.13598. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27306107.

6. Liu LY, Craiglow BG, Dai F, King BA. Tofacitinib for the treatment of severe alopecia areata and variants: A study of 90 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2017 Jan;76(1):22-28. doi: 10.1016/j.jaad.2016.09.007. Epub 2016 Nov 2. PMID: 27816293.
  
7. Berbert Ferreira S, Gavazzoni Dias MFR, Berbert Ferreira R, Neves Neto AC, Trüeb RM, Lupi O. Rapidly progressive alopecia areata totalis in a COVID-19 patient, unresponsive to tofacitinib. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021 Jul;35(7):e411-e412. doi: 10.1111/jdv.17170. Epub 2021 Mar 20. PMID: 33587766; PMCID: PMC8013294.

[PS-12]

## Granülatöz Polianjite Nadir Bir Bulgu; Granülatöz Mastit

Cansu Akleylek<sup>1</sup>, Neslihan Yılmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Demirođlu Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

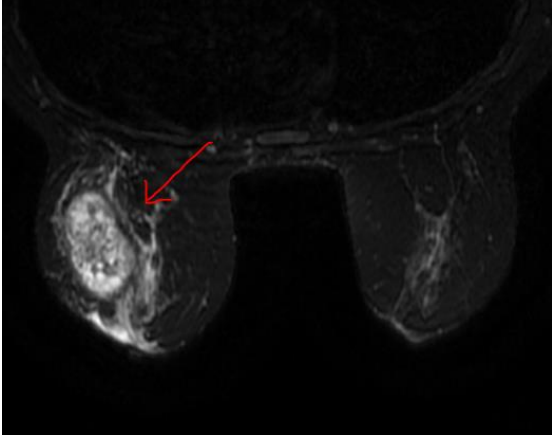
**Amaç:** Granülatöz mastit histopatolojik bir tanımlama olup memenin inflamatuvar bir hastalığıdır. İdiopatik olarak ortaya çıkabileceği gibi, enfeksiyon veya sistemik hastalıklara (Granülatöz polianjit-GPA, sarkoidoz, crohn hastalığı gibi) sekonder olarak da gelişebilmektedir. Biz bu bildiride granülatöz mastit ile seyreden bir GPA olgusunu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Elli yaşında kadın hasta, sol memede 1.5 aydır devam eden ağrı, şişlik ve akıntı şikayeti nedeniyle çekilen meme MR'ında "50x35 mm boyutlarında heterojen dansitede periferi kontrast tutan lezyon" görülmesi (resim 1) ve meme biyopsisinde granülatöz mastit saptanması nedeniyle refere edildi. Sorguda; uzun yıllardır devam eden burun tıkanıklığı ve geniz akıntısı dışında herhangi bir şikayetinin olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; sol memede endürasyon, ağrı ve akıntılı bir fistül ağzı olduğu gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz (11500/mm<sup>3</sup>), akut faz yüksekliği [C-reaktif protein (CRP); 15 mg/l, sedimantasyon: 36 mm/h] ve c-ANCA ile PR3 ELİSA pozitif saptandı. Mikrobiyolojik tetkikler ve ACE düzeyi normal bulundu. Burun tıkanıklığı varlığı nedeniyle çekilen paranasal sinüs BT'de "tüm sinüs boşluklarında yaygın mukozal proliferasyonlar ve sağ maksiller sinüs medial kenarda geniş osseöz defekt" görüldü (resim 2). Hasta bu bulgular ışığında "GPA" olarak değerlendirildi ve metilprednizolon (MP) 32 mg/gün ile tedaviye başlandı. Tedavinin 1. ayında memedeki şişlik, akıntı ile sinüzit semptomları ve akut faz yanıtı (CRP; 2 mg/l, sedimantasyon: 15 mm/h) gerileyen hastanın tedavisine metotreksat subkutan 20 mg/hafta eklendi. Takiplerinde şikayetleri tama yakın geçen hastanın tedavisine MP 4 mg/gün ve metotreksat 20 mg/hafta subkutan ile devam edilmektedir.

**Sonuç:** Meme manifestasyonları GPA'nın nadir bulgularından bir tanesidir. Bizim olgumuzda sinüzit varlığı ayırıcı tanıda GPA tanısını ön plana çıkartmış ve PR3 ANCA pozitifliği ile tanı desteklenmiştir. Granülatöz mastit saptanan hastalarda sistemik bulgular eşlik etmese dahi GPA mutlaka akılda tutulmalı ve hastalar üst solunum yolu semptomları açısından detaylı değerlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Granülatöz mastit, granülatöz polianjit





*Resim 1. Yağ baskılı T2 sekansda heterojen dansitede periferi kontrastlanan kitlesel görünüm*



*Resim 2. Paranasal sinüs BT'de sağ maksiller sinüs medial kenarında geniş osseöz defekt*

[PS-13]

## Adenokarsinom İlişkili Paraneoplastik Lupus Benzeri Tablo

Cansu Arslantürk Güneysu, Nilay Erdik, Sümeyye Merve Türk, Mehtap Kalçık Unan, Damla Karataş, Gökhan Yavuzbilge, Emel Gönüllü  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

### GİRİŞ:

Otoimmün bağ dokusu hastalıkları, otoimmün kaynaklı kronik hastalıklardır. Farklı organ ve doku tutulumları nedeniyle ayırıcı tanı yapmak önem arz etmektedir. Enfektif tablolar ve maligniteler ayırıcı tanıda en önemli yeri tutmaktadır. Lupus benzeri tablo ile başvuran bir kolon adenokarsinom olgusunu sunuyoruz.

### OLGU:

Bilinen parkinson ve hipertansiyon tanıları olan 60 yaşında kadın hasta halsizlik nedeni acil başvurusunda Hb:7 g/dl saptanarak tetkik amaçlı iç hastalıkları kliniğine interne edilmişti. Hastanın ateş, kilo kaybı ve bacaklarında döküntü şikayetleri mevcuttu. Romatolojik sorgulamasında 2 kez düşük öyküsü, saç dökülmesi, göz kuruluğu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde hasta kaşektik görünümde idi. Alopesi, batında assit, bacaklarda ve sırt bölgesinde yaygın palpabl purpuralar mevcuttu. Tetkiklerinde hb:7.4 g/dl, wbc:2.8 K/ul, CRP:34 mg/L, sedim:54, albümin 20,7 g/L, spot idrar protein/kreatinin:4 gr, c3:0.54 g/l, c4:0.02 g/l, RF:265, CCP:negatif, ANA:negatif, ANCA:negatif , direkt ve indirekt coombs negatif, AFAS paneli negatif, GGK:negatif saptandı. Toraks ve batın BT’de plevral ve perikardiyal effüzyon, batında assit dışında patolojik bulgu yoktu. Hasta ANA negatif lupus ön tanısı ile romatoloji servisine devralındı. Yapılan cilt biyopsisi sonucu vaskülit ile uyumlu bulgular olarak raporlandı. Hastaya metilprednisolon 20 mg/gün başlandı. Cilt bulgularında ve konstitusyonel semptomlarda iyileşme gözlemlendi. Schirmer sonucu; sağ göz 4mm sol göz 1mm gelmesi üzerine tükürük bezi biyopsisi yapıldı. Patoloji focus:4 grade:4 olarak raporlandı. Nefrotik düzeyde proteinüri nedeni yapılan renal biyopsi Tip 1 MPGN olarak raporlandı. Hastaya gastroskopi ve kolonoskopi yapıldı. Kolonda geçişe izin vermeyen kitle saptanması ve biyopside adenokarsinom ön tanısı gelmesi üzerine hasta gastro cerrahi servisine devredildi. Metilprednisolon tedavisi azaltılarak kesildi. Opere edilen hastanın patolojisi adenokanser olarak raporlandı. Taburculuk sonrası birinci ay kontrollerinde spot idrar protein/kreatinin:1.9 gram, albümin:34 g/L, c3:1.1 g/L ve kriyoglobulin negatif saptandı. Hastanın vaskülitik cilt

döküntüleri saptanmadı. Hasta kolon adenokarsinom + sjögren sendromu tanıları ile takibe alındı.

### **SONUÇ:**

Paraneoplastik romatolojik hastalıklar kanser tanısından önce, eş zamanlı ya da daha sonra ortaya çıkabilir(1). Özellikle bağ doku hastalıklarının sistemik tutulumları nedeniyle bu tanıyı koymak zor olabilir. Paraneoplastik tabloların esas tedavisi hastanın altta yatan hastalığının tedavisidir. Özellikle ileri yaştaki hastalarda hastanın kliniğine göre gerekli görülen malignite taramalarını yapmak uygun olabilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Cho, Y., Anderson, E. W., Guevara, S. J., Miyara, S. J., Maria, N., Metz, C. N., Zafeiropoulos, S., Giannis, D., Wang, J., Abidoye, O., Mumford, J. M., Aronsohn, J., Molmenti, E., & Sohail, H. (2021). Diagnostic Dilemma of Paraneoplastic Rheumatic Disorders: Case Series and Narrative Review. *Cureus*, *13*(11), e19993. <https://doi.org/10.7759/cureus.19993>

[PS-16]

## **Romatooid Artrit Tedavisi İçin Golimumab Kullanan Hastada Gelişen Paradoksal Plak Psöriasis: Bir Olgu**

Yusuf Can Edek<sup>1</sup>, Derya Yıldırım<sup>2</sup>, Esra Adışen<sup>1</sup>

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

### **Giriş ve Amaç**

Tümör nekroz faktör-alfa (TNF- $\alpha$ ), inflamatuvar yanıtta önemli rolü olan, psöriasis, ankilozan spondilit, romatooid artrit gibi immün aracılıklı hastalıkların patogenezinde ön planda bulunan proinflamatuvar bir sitokindir. Bu sitokin yanıtının baskılanması bu hastalıkların tedavisindeki ana hedeflerden biridir. TNF- $\alpha$  inhibitörleri arasında yer alan infliksimab, adalimumab, etanercept, sertolizumab ve golimumab çeşitli inflamatuvar hastalıkların tedavisinde başarıyla kullanılmaktadır. Bu ilaçların etkinliklerinin yanı sıra enfeksiyon, malignite riskinde artış, paradoksal psöriasis gelişmesi gibi yan etkileri de gözlenebilmektedir.<sup>1-5</sup>

Burada romatooid artrit ile takip edilip golimumab tedavisi verilen ve sonrasında paradoksal plak psöriasis gelişen bir hasta sunulacaktır. Bu vakayı sunmaktaki amacımız literatürde golimumab ile tetiklenen az sayıda paradoksal psöriasis olgusu olması ve dermatolojide sık kullanılmayan golimumabın dermatoloji hekimleri arasında bilinirliğini arttırmaktır.

### **Olgu**

Altmış sekiz yaşında erkek hasta bacaklarında ve el sırtında gelişen kaşıntılı lezyonlar nedeniyle polikliniğimizde değerlendirildi. Hastanın öyküsünden beş yıldır romatooid artrit ile takipli olduğu ve hastalığı için iki yıldır leflunomid, beş aydır golimumab tedavileri aldığı öğrenildi. Golimumab ile eklem şikayetlerinin kontrol altında olmadığı gözlemlendi. Hasta golimumab tedavisinin beşinci dozundan bir hafta sonra bacaklarında ve el sırtında kaşıntılı lezyonların oluştuğunu belirtti. Hastanın bilinen alerjisi, travma, stres, enfeksiyon öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın dermatolojik muayenesinde ekstremitelerde eritemli skuamlı plaklar gözlemlendi (Resim 1). Palmoplantar tutulum, tırnak, mukoza ve saçlı deri tutulumu mevcut değildi. Bacaktaki eritemli plaktan yayılan 4 mm punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde stratum korneumda parakeratoz, granüler tabakada kayıp, suprapapiller incelleme, psöriaziform hiperplazi, papiller dermiste kapiller dilatasyon ve lenfositik infiltrasyon gözlemlendi. Histopatolojik inceleme psöriasis ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın Psöriasis Aktivite Şiddet İndeksi skoru (PAŞİ) 3, Vücut Yüzey Alanı (VYA) %2 olarak hesaplandı. Hastanın

laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımında, karaciğer-böbrek fonksiyon testlerinde bir anomali saptanmadı. Hastanın akut faz reaktanlarında yükseklik mevcuttu. [Sedimantasyon 35 mm/h (0-15 mm/h), C Reaktif Protein: 34 mg/L (0-5 mg/L)]. Golimumab için Naranjo Advers İlaç Reaksiyonu Olasılığı Ölçeği Skoru 7 olarak hesaplandı.

Klinik muayene ve histopatolojik incelemeyle birlikte hastada golimumab kullanımına sekonder paradoksal plak psöriasis geliştiği kabul edildi. Hastaya kalsipotriol+betametazon merhem ve oral bilastin tablet reçete edildi. Tedaviyle cilt lezyonlarında gerileme saptandı. Eklem şikayetleri devam eden hastada romatoloji tarafından golimumab tedavisi kesilip İnterlökin 17 (IL17) inhibitörlerine geçiş planlandı.

### **Sonuç**

Golimumab; romatoid artrit, psöriatik artrit, juvenil idiopatik artrit ve ankilozan spondilit gibi immun aracılıklı hastalıkların tedavilerinde kullanılabilen TNF- $\alpha$  inhibitörü monoklonal bir antikordur. Paradoksal psöriasis, TNF- $\alpha$  inhibitörü kullanan ve daha önce psöriasis tanısı olmayan hastalarda sıklıkla tedavinin ilk yılında gelişen psöriasis olarak tanımlanmaktadır. Psöriasis tedavisi için TNF- $\alpha$  inhibitörü kullanan hastaların lezyonlarında alevlenme olması da paradoksal psöriasis olarak adlandırılmaktadır. Paradoksal psöriasis günler içinde meydana gelebileceği gibi bazen yıllar sonrada gelişebilmektedir. TNF- $\alpha$ , psöriasis patogenezinde temel sitokinlerden biri olduğundan bu sitokini baskılayan tedavilere sekonder meydana gelen psöriasis paradoksal psöriasis olarak adlandırılmaktadır. TNF- $\alpha$  inhibitörü alan hastalarda paradoksal psöriasis sıklığının %2-5 olduğu bildirilmektedir.<sup>2,4</sup> Hastalığın altta yatan patogenezi tam olarak anlaşılmamış olsada inflamatuvar sitokinlerdeki düzensizliklere bağlı gelişebileceği düşünülmektedir. Patogenezi anlamak için İnterferon  $\alpha$  (IFN- $\alpha$ ) yanıtında artış, T helper-17 (Th-17) ve IL-23 yolağı aktivasyonunda artış, enfeksiyöz faktörler ve genetik yatkınlık şeklinde 4 hipotez tanımlanmıştır.<sup>6</sup>

Paradoksal psöriasis lezyonlarında klinik ve histopatolojik olarak klasik psöriasisden farklılıklar beklenmemektedir. Hastalarda paradoksal psöriasis plak, püstüler, guttat ve eritrodermik psöriasis şeklinde prezente olabilir.<sup>5</sup> Literatürde diğer TNF- $\alpha$  inhibitörleriyle tetiklenmiş, çok sayıda paradoksal psöriasis vakası bulunurken golimumab ile tetiklenen az sayıda vaka bulunmaktadır. Collamer ve arkadaşları<sup>7</sup> yaptıkları literatür taramasında paradoksal psöriasisi olan 104 hastayı incelemiş ve bu hastaların %53'ünün infliksimab, %29'unun etanercept, %18'inin adalimumab ile tetiklendiğini saptamıştır.<sup>7</sup> Lopes ve arkadaşları<sup>8</sup> romatoid artrit için golimumab kullanan bir hastada paradoksal püstüler psöriasis vakası gözlemlemiştir.<sup>8</sup>

Paradoksal psöriasisde tedavi hastalığın klinik tipine, şiddetine, tutulum yerlerine göre planlanmalıdır. Altta yatan primer hastalığın aktivitesi de tedaviyi belirlemede önemlidir. Hafif

paradoksal psöriasis vakalarında hastamızda uyguladığımız gibi topikal ajanlar ilk basamakta kullanılabilirken şiddetli vakalarda sistemik tedaviler gerekebilmektedir. Psöriasisin şiddetli olduğu, primer hastalığın yeterli kontrol altına alınmadığı durumlarda TNF- $\alpha$  inhibitörü kesilip başka yollar üzerinden etkili olan biyolojik ajanların verilmesi önerilmektedir.<sup>9</sup> Bizim vakamızda da biyolojik ajan değişikliği yapıldı.

Bu vakayla birlikte paradoksal psöriasisin klinik özelliklerini vurgulamak istiyoruz ve literatürde nadir olarak bildirilen golimumabla tetiklenmiş bir paradoksal psöriasis vakası sunuyoruz.



**Resim 1:** Bacaklar (a), (b) ve el sırtında (c) eritemli skuamlı plaklar

## Referanslar

1. Flendrie M, Vissers WH, Creemers MC, de Jong EM, van de Kerkhof PC, van Riel PL. Dermatological conditions during TNF- $\alpha$ -blocking therapy in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Arthritis Res Ther* 2005; 7: R666– 76.

2. Choi YJ, Kim DS, Park JM, Oh SH, Park YK, Lee JH: A case of psoriasiform eruption triggered by tumor necrosis factor alpha antagonist therapy. *Korean J Dermatol* 2008;46:721-723.
3. Moreland LW, Baumgartner SW, Schiff MH, et al. Treatment of rheumatoid arthritis with a recombinant human tumor necrosis factor receptor (p75)-Fc fusion protein. *N Engl J Med*. 1997;337(3):141-147. doi:10.1056/NEJM199707173370301
4. Leonardi CL, Powers JL, Matheson RT, et al. Etanercept as monotherapy in patients with psoriasis. *N Engl J Med*. 2003;349(21):2014-2022. doi:10.1056/NEJMoa030409
5. Vasconcellos JB, Pereira DD, Vargas TJ, Levy RA, Pinheiro GD, Cursi ÍB. Paradoxical psoriasis after the use of anti-TNF in a patient with rheumatoid arthritis. *An Bras Dermatol*. 2016;91(5 suppl 1):137-139. doi:10.1590/abd1806-4841.20164456
6. Ma HL, Napierata L, Stedman N, et al. Tumor necrosis factor alpha blockade exacerbates murine psoriasis-like disease by enhancing Th17 function and decreasing expansion of Treg cells. *Arthritis Rheum*. 2010;62(2):430-440. doi:10.1002/art.27203
7. Collamer AN, Guerrero KT, Henning JS, Battafarano DF. Psoriatic skin lesions induced by tumor necrosis factor antagonist therapy: a literature review and potential mechanisms of action. *Arthritis Rheum*. 2008 Jul 15;59(7):996-1001. doi: 10.1002/art.23835.
8. Soto Lopes MS, Trope BM, Rochedo Rodriguez MP, Grynszpan RL, Cuzzi T, Ramos-E-Silva M. Paradoxical Reaction to Golimumab: Tumor Necrosis Factor  $\alpha$  Inhibitor Inducing Psoriasis Pustulosa. *Case Rep Dermatol*. 2013 Nov 7;5(3):326-31. doi: 10.1159/000350930.
9. Navarro R, Daudén E. Clinical management of paradoxical psoriasiform reactions during TNF-  $\alpha$  therapy. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(8):752-761. doi:10.1016/j.ad.2013.05.007

[PS-22]

## **Psoriasis eşlik eden Alopesia Universalis: Bir Olgu Sunumu**

Osmanege Atliya<sup>1</sup>, Dr.Esra Adışen<sup>1</sup>, Dr.Meral Toker<sup>2</sup>

Dermatoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Patoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

### **Giriş**

Alopesi Areata (AA) non skatrisyel olması ile karakterize en yaygın immün aracılı saç kaybı hastalığıdır, toplumdaki hayat boyu prevalansı %2 dir. Alopesi Universalis ise skalp ve vücuttaki tüm kılların kaybolduğu ciddi bir AA varyantıdır.<sup>1</sup> Literatürde alopesi areata, psoriasis ve diğer otoimmün hastalıkların birlikteliği sıkça bildirilmesine rağmen alopesi universalis ve psoriasis birlikteliği sınırlı sayıda vaka raporunda bildirilmiştir. Biz bu olguda alopesi universalis ve eşlik eden psoriasis bulunan 20 yaşındaki erkek hastayı sunuyoruz

### **Olgu**

20 yaşındaki erkek hasta tarafımıza vücutta kepekli yaralar ve tüm vücut kıllarında dökülme ile tarafımıza başvurdu. Kepekli yaralarının 13 yıl önce başladığını geçmiş dönemde topikal kortikosteroid kremler kullandığını, 3 ay süreyle ise adını hatırlamadığı oral tedavi aldığını kullandığı tedavilerden fayda gördüğünü tarifledi. Hasta 3 yıl önce saçlarında dökülme başladığını 2 hafta içinde tüm vücut kıllarının döküldüğünü belirtti. Bunun üzerine hastaya sistemik ve intralezyonel triamsinolon tedavisi başlandığı, hastanın bu tedaviden fayda gördüğü ancak 4 ay sonra hasta tedaviyi alamaması ile psoriasis lezyonlarında ciddi alevlenme gözlendiği öğrenildi.

Hastanın özgeçmişinde tiroid hastalığı olduğu bunun için çocukluk döneminde tedavi aldığını, eklem ağrılarının olmadığını belirtti. Hasta soygeçmişinde psoriasis olduğunu tarifledi.

Dermatolojik muayenesinde saçlı deri ve tüm vücut kıllarında dökülme ve kol, bacaklar ve gövdede eritemli skuamlı plaklar izlendi (Figür 1). Hastanın PASI skoru 23 olarak değerlendirildi. Patolojik inceleme psoriasis olarak raporlandı (Figür 2).

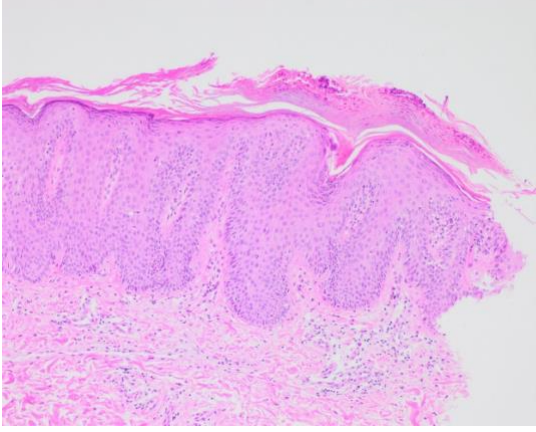
Hastaya tipik dermatolojik muayene bulguları ve patolojik inceleme sonucu psoriasis ve alopesia universalis tanısı koyuldu. Bunun üzerine hastaya oral siklosporin psoriasis lezyonlarına betametazon dipropiyonat kalsipotriol kombinasyonu, saçlı deriye klobetazol propiyonat losyon başlandı. Hasta bu tedaviden fayda görmekteyken tedavinin 7. gününde siklosporine karşı alerjik reaksiyon yaşanması üzerine siklosporin tedavisi kesildi. Metotreksat



15 mg/hafta dozunda başlandı ancak hasta bu aşamada takipten çıktı. Hasta 5 ay aradan sonra tekrar takibimize girdi, hastaya progresif seyreden AA nedeniyle tofasitinib 2\*5 mg psoriasis lezyonlarına betametazon dipropiyonat-kalsipotriol kombinasyonu saçlı deriye hafta içi minoksidil %5 sprey hafta içi günleri günde 2 kez, klobetazol propiyonat losyon hafta sonu günleri günde 2 kez başlandı.



Figür 1: Saçlı deri, kaş ve kirpiklerde diffüz seyrelme; gövde ön ve arka yüzde eritemli, skuamli plaklar



Figür 2: Kesitlerde, düzenli akantoz ve parakeratoz izlenmektedir. Suprapapiller epidermiste incelme ve granüler tabakada kısmi kayıp dikkati çekmektedir. H&E, x20.

### **Tartışma**

AA terminal anajen saç foliküllerinin kronik relaps ve remisyonlarla karakterize inflamatuvar hastalığıdır. Alopesi areata, birkaç parmak izi boyutundan tüm saçlı deride hatta tüm vücut kıllarının dökülmesine kadar geniş bir yelpazede terminal kıl foliküllerinin kaybına yol açabilir.<sup>2</sup> AA etiyojisi kesin olarak aydınlatılamamakla beraber patogeneizde immün aracılı inflamasyon, genetik predispozisyon ve çevresel faktörler suçlanmaktadır.<sup>1,3</sup>

AA Janus kinazın interferon gama ile indüklenmesi ve JAK STAT yolağının aktivasyonu ile giden baskın olarak tip 1 otoimmün hastalıktır. Psoriasis ve psoriatik artritte tip 1 inflamasyon başlangıç fazında etkiliyken psoriasisin kronik fazında Th17 sitokinleri dominant bir rol oynamaktadır.<sup>1</sup>

Patogeneizde ortak noktaları bulunan hastalıklarda ise mümkün olan en az ilaçla eş zamanlı hastalıklar tedavi edilmeye çalışılmalıdır. Vakamızda olguğu gibi siklosporin ve mikofenolat mofetil, fototerapi, JAK inhibitörleri hem psoriasis hem de alopeside tedavi ile başarıyla kullanılan ilaçlardır.<sup>4</sup>

Psoriasis hastalarında sistemik steroid kullanımı önerilmemektedir. Steroidlerin ani kesilmesi ise hastamızda olduğu gibi rebound alevlenmeye yol açabilmektedir. Psoriasisde sistemik steroidler kullanıcak ise generalize püstüler psoriasis gibi özel durumlarda asıl tedaviye köprü olarak tedricen azaltılarak kullanılabilir.<sup>5</sup>

## **Kaynaklar**

- 1 Todberg T, Loft ND, Zachariae C. Improvement of Psoriasis, Psoriatic Arthritis, and Alopecia Universalis during Treatment with Tofacitinib: A Case Report. *Case Rep Dermatol.* 2020 Aug 18;12(2):150-154. doi: 10.1159/000508782. PMID: 32999651; PMCID: PMC7506247.
- 2 Bokhari L, Sinclair R. Treatment of alopecia universalis with topical Janus kinase inhibitors - a double blind, placebo, and active controlled pilot study. *Int J Dermatol.* 2018 Dec;57(12):1464-1470. doi: 10.1111/ijd.14192. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30160787.
- 3 Salman A, Sarac G, Ergun T. Alopecia universalis unresponsive to treatment with tofacitinib: report of a case with a brief review of the literature. *Dermatol Online J.* 2017 Jul 15;23(7):13030/qt224878kb. PMID: 29469706.
- 4 Craiglow BG, King BA. Killing two birds with one stone: oral tofacitinib reverses alopecia universalis in a patient with plaque psoriasis. *J Invest Dermatol.* 2014 Dec;134(12):2988-2990. doi: 10.1038/jid.2014.260. Epub 2014 Jun 18. PMID: 24940651.
- 5 Mrowietz U, Gerdes S, Gläser R, Schröder O. Successful Treatment of Refractory Alopecia Areata Universalis and Psoriatic Arthritis, But Not of Plaque Psoriasis with Tofacitinib in a Young Woman. *Acta Derm Venereol.* 2017 Feb 8;97(2):283-284. doi: 10.2340/00015555-2491. PMID: 27349217.



**İNFLAMASYON KAMPI**

**İNERAKTİF VAKA  
TARTIŞMASI**

**25-26  
KASIM 2022**

SHERATON BURSA  
HOTEL



## ORGANİZASYON SEKRETARYASI

**D Event Turizm Organizasyon Hizmetleri Ltd. Őti.**

Kolektif House, Barbaros Mah. Begonya Sk.

NidaKule Batı No:1/2 34746 AtaŐehir – İstanbul

Tel: +90 216 573 18 36

Faks: +90 216 573 83 18

E-posta : [istanbul2@devent.com.tr](mailto:istanbul2@devent.com.tr)

Web : [www.devent.com.tr](http://www.devent.com.tr)