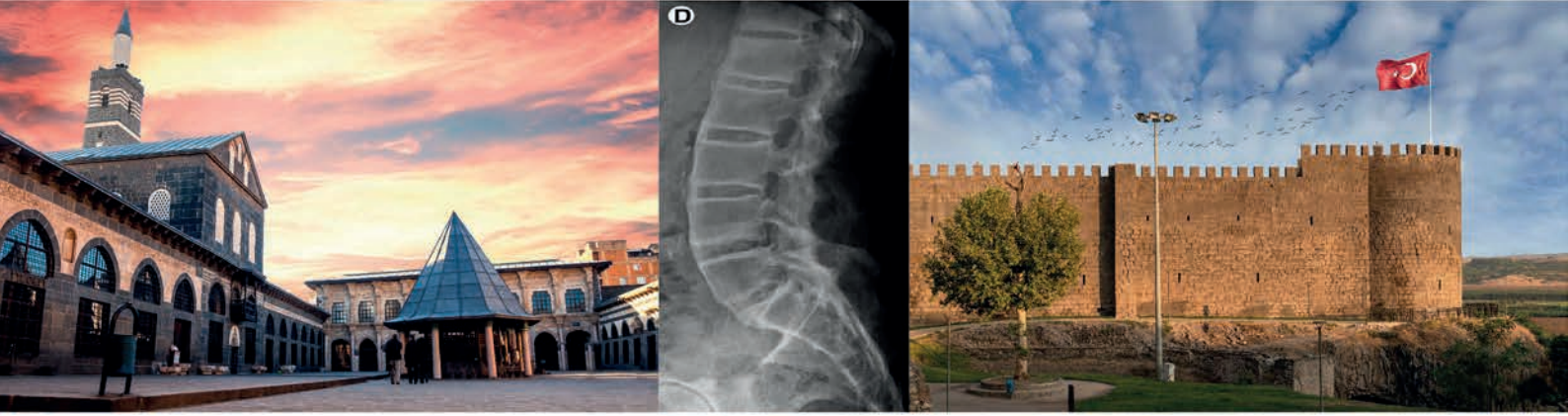




1. DİCLE ROMATOLOJİ GÜNLERİ

24 -25 NİSAN 2021



BİLDİRİ ÖZET KİTABI



www.dicleromatoloji.org





1. DİCLE ROMATOLOJİ GÜNLERİ

24 -25 NİSAN 2021

www.dicleromatoloji.org



ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği (TRASD) Diyarbakır Şubesinin düzenlediği “1.Dicle Romatoloji Günleri “ sempozyumu, online platformda 24-25 Nisan 2021 tarihlerinde düzenlenecektir.

Sempozyumun ana konusu “spondiloartritler” olacaktır. En fazla görülen romatizmal hastalar arasında yer alan spondiloartritlerin tanı ve tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Bununla birlikte hala cevap ve çözüm bekleyen sorular ve sorunlar mevcuttur. Kas iskelet dışı tutulumları da olan spondiloartritler, farklı klinik disiplinleri de ilgilendirmektedir. İki gün boyunca deneyimli akademisyenlerle bu konuları ayrıntılı olarak konuşabilmeyi amaçladık.

Kapsamlı bilimsel programı ile beğeninizi kazanacağını düşündüğümüz toplantımıza, değerli meslektaşlarımızın katılımı ve bilimsel katkıları sempozyumumuzu zenginleştirecektir.

Pandemi sürecinde online yapmak zorunda kaldığımız toplantımızı ileriki yıllarda yüz yüze yapma umudu ile “Dicle Romatoloji Günleri” ne katılımlarınızı bekliyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Remzi Çevik

Sempozyum Başkanı

TRASD Diyarbakır Şubesi Başkanı



1. DİCLE ROMATOLOJİ GÜNLERİ

24 -25 NİSAN 2021

www.dicleromatoloji.org



KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. Remzi Çevik

TRASD Diyarbakır Şubesi Başkanı

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği DİCLE Şubesi Yönetim Kurulu

Prof. Dr. Remzi Çevik

Yönetim Kurulu Başkan

Doç. Dr. Serda Em

Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. İbrahim Batmaz

Yönetim Kurulu Sekreter

Prof. Dr. Kemal Nas

Yönetim Kurulu Asıl Üye

Doç. Dr. Mehmet Çağlayan

Yönetim Kurulu Asıl Üye

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Remzi Çevik

Prof. Dr. Kemal Nas

Doç. Dr. İbrahim Batmaz

Doç. Dr. Serda Em

Doç. Dr. Mehmet Çağlayan

Doç. Dr. Pelin Oktayoğlu



BİLİMSEL PROGRAM

24 NİSAN 2021, CUMARTESİ

09:10 - 10:10	AÇILIŞ Oturum Başkanı: Remzi Çevik	
09:10 - 09:20	Açılış Konuşması	Prof. Dr. Remzi Çevik
09:20 - 09:40	“Zerzevan Kalesi ve Mithraeum”	Doç . Dr. Aytaç Coşkun - Dicle Üniversitesi Arkeoloji Bölümü
09:40 - 10:00	Açılış Dersi (Opening lecture), What is new in spondyloarthritis treatments: JAK Inhibitors	Muhammad Asim Khan
10:00 - 10:10	ARA	
10:10 - 11:15	OTURUM 1 Oturum Başkanları: Sami Hizmetli - Ömer Kuru	
10:10 - 10:30	SpA'nın etyopatogenezi	İlhan Sezer
10:30 - 10:50	SpA sınıflama kriterleri	Erhan Çapkın
10:50 - 11:10	SpA'da Kullanılan Değerlendirme ölçekleri	Zeynelabidin Akar
11:10 - 11:15	Tartışma	
11:15 - 11:30	ARA	
11:30 - 12:45	OTURUM 2 Oturum Başkanları: Şebnem Ataman - Ayhan Kamanlı	
11:30 - 11:50	Axial SpA'lara güncel yaklaşım	Remzi Çevik
11:50 - 12:12	Reaktif artritlere güncel yaklaşım	Gürkan Akgöl
12:10 - 12:30	Jüvenil SpA'lara güncel yaklaşım	Pelin Oktayoğlu
12:30 - 12:45	Tartışma	
12:45 - 13:00	ARA	
13:00 - 14:00	MSD UYDU SEMPOZYUMU (“Bir Hayat, Bir Dokunuş: AS ve RA tedavisinde Gerçek Yaşam Verileri ile Simponi Deneyimleri”) Oturum Başkanı: Prof. Dr. Sami Hizmetli	
13:00 - 13:15	Açılış	Prof. Dr. Sami Hizmetli
13:15 - 13:50	AS ve RA tedavisinde Gerçek Yaşam Verileri ile Simponi Deneyimleri	Doç.Dr. Kemal Erol
13:50 - 14:00	Soru Cevap	Prof. Dr. Sami Hizmetli - Doç. Dr. Kemal Erol
14:00 - 14:10	ARA	
14:10 - 15:25	OTURUM 3 Oturum Başkanları: Ali Gür - Murat Birtane	
14:10 - 14:30	SpA'larda Komorbid Durumlar	Gamze Kılıç
14:30 - 14:50	Oftalmolog gözüyle SpA ve Göz	Esra Kardeş
14:50 - 15:10	Gastroenterolog gözüyle Barsak ve SpA	Alper Yurci
15:10 - 15:25	Tartışma	
15:25 - 15:40	ARA	
15:40 - 17:15	OTURUM 4 Oturum Başkanları: Mehmet Karakoç - Arzu Kaya	
15:40 - 16:00	Dermatolog Gözüyle PsA	Derya Uçmak
16:00 - 16:20	PsA'nın tedavisine güncel yaklaşım	Kemal Nas
16:20 - 16:40	Olgularla PsA	Gamze Dilek - Mehtap Unan
16:40 - 17:00	SpA'larla Karşılabilen Hastalıklar	Alparslan Yetişgin
17:00 - 17:15	Tartışma	



BİLİMSEL PROGRAM

25 NİSAN 2021, PAZAR

09:30 - 10:45	OTURUM 1 Oturum Başkanları: Ömer Faruk Şendur - Akın Erdal	
09:30 - 09:50	SpA'da Akılcı ilaç kullanım: NSAİİ steroid ve DMARD	Mehmet Okçu
09:50 - 10:10	SpA'da Biyolojilere güncel bakış	M. Tuncay Duruöz
10:10 - 10:30	SpA'da FTR	Yüksel Ersoy
10:30 - 10:45	Tartışma	
10:45 - 11:00	ARA	
11:00 - 12:15	OTURUM 2 Oturum Başkanları: Haşim Çakırbay - Ümit Dünder	
11:20 - 11:40	SpA'da gebelik ve perioperatif yönetim	Serda EM
11:00 - 11:20	Covid 19 günlerinde SpA'nın yönetilmesi	Meltem Alkan Melikoğlu
11:40 - 12:00	SpA'da beslenme ve oral mikrobiota	Banu Dilek
12:00 - 12:15	Tartışma	
12:15 - 13:00	ARA	
13:00 - 14:45	OTURUM 3 Oturum Başkanları: Kenan Akgün - Murat Karkucak	
13:00 - 13:30	SpA'da Direkt grafi, BT ve sintigrafi	Yunus Durmaz
13:30 - 14:00	SpA'da USG	İbrahim Batmaz
14:00 - 14:30	SpA'da MRG	Özgür Akgül
14:30 - 14:45	Tartışma	
14:45 - 15:00	ARA	
15:00 - 16:15	Poster Sunumları Oturum Başkanları: Mehmet Çağlayan - Murat Toprak	
16:15 - 16:30	KAPANIŞ	
15:00 - 16:15	Sözel Sunumlar - Oturum Başkanları: Mehmet Çağlayan - Murat Toprak	
15:00 - 15:10	S-01 Psöriatik artritte atıf alan Top 20 makale: Bir Bibliyometrik analiz	Yakup Erden
15:10 - 15:20	S-02 Fibromiyalji sendromlu hastalarda metabolik sendrom sıklığı ve metabolik sendrom varlığının fibromiyalji sendromlu hastaların yaşam kalitesine etkisi	Muhammet Şahin Elbastı
15:20 - 15:30	S-03 Romatoid Artritli Hastalarda Komorbiditenin Değerlendirilmesi	Mehmet Ali Balcı
15:30 - 15:40	S-04 Güneydoğu Anadolu Bölgesi Tek Merkez Adalimumab Yan Etki Deneyimi	Lütfi Akyol
15:40 - 15:50	S-05 Ege Bölgesi'nde MEFV Gen Varyant Sıklığının Araştırılması	Filiz Hazan
15:50 - 16:00	S-06 Romatoid Artrit Hastalarında Fibromiyalji Varlığının Kinezyofobi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	Zeynep Karakuzu Güngör
16:00 - 16:15	Tartışma	



KONUŞMA BİLDİRİLERİ

[K-01]

Aksiyel Spondilartritlere Güncel Yaklaşım

Remzi Çevik

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD, Romatoloji BD

Aksiyel spondilartritler (axSpA) ağırlıklı olarak aksiyel iskeleti tutan, periferik tutulumları da olabilen, genel olarak nonradyografik axSpA ve ankilozan spondilit (AS) gibi tabloları içeren bir hastalık grubudur. AS tanısında radyografik yapısal değişikliklerin gerekli olması; bu durumun uzun bir süre alabilmesi ve inflamatuvar spinal ağrısı olan hastaların tümünde bu değişikliklerin gelişmemesi gibi nedenler son yıllarda axSpA ve nonradyografik axSpA (Nr-axSpA) kavramlarını daha fazla ön plana çıkarmıştır. Genetik olarak yatkın hastalarda inflamatuvar bel ağrısı ile başlayan süreçte bir kısım hastalarda AS gelişirken; bir kısmı Nr-axSpA olarak devam etmekte, bir kısmında ise spontan remisyon gelişmektedir. AxSpA sınıflamasında bel ağrısı ile birlikte radyolojik ve klinik olmak üzere iki kol mevcuttur. Radyolojik kolda direkt radyografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile bir SpA bulgusu gerekli iken; klinik kolda HLA B27 pozitifliği ile birlikte iki SpA bulgusuna ihtiyaç vardır. Bu sınıflama kriterleri daha çok çalışmalara homojenlik kazandırmak için geliştirilmiş olmasına rağmen tanı kriteri gibi kullanılmakta, özellikle MRG ve HLA B27 negatif hastalarda farklı birden fazla SpA bulgusu olsa bile tanı konmasında klinisyenler arasında çekincelere yol açmaktadır. Nr-axSpA hastalarının AS'ye progresyonu ile ilişkilendirilmiş en önemli risk göstergeleri MRG'de sakroiliak eklem inflamasyonu, yüksek CRP, HLA-B27 pozitifliği, erkek cinsiyet, sigara, obezite ve mekanik stres gibi durumlardır. Yapılan çalışmalar Nr-axSpA hastalarının 2 yıl sonra %10'unun, 10 yıl sonra %60'nın AS'ye progresse olduğu; bunun için MRG'de sakroiliak eklem inflamasyonu olan hastalar 8 yıl içinde, yüksek CRP'li hastaların %25'i 4 yıl içerisinde ve HLA-B27 pozitif hastalar 5 yıl içerisinde radyolojik hasar için prediktif olduğu gösterilmiştir. AxSpA'ların tedavisi non farmakolojik ve farmakolojik olarak ikiye ayrılmaktadır. Non farmakolojik tedavide eğitim fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, egzersiz, yaşam stili değişiklikleri ve sigaradan sakınma gibi durumlar ön plana çıkmaktadır. Farmakolojik tedavide ise, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, anti-TNF α ve anti-İL-17 gibi ilaçlar kullanılmaktadır.

Kaynaklar

1. Braun J, Baraliakos X, Buehring B, Kiltz U, Fruth M: Imaging of axial spondyloarthritis. New aspects and differential diagnoses. Clin Exp Rheumatol 2018; 36 (Suppl. 114):S35-S42.
2. Poddubnyy D, Rudwaleit M, Haibel H, Listing J, Märker-Hermann E, Zeidler H, Braun J, Sieper J. Rates and predictors of radiographic sacroiliitis progression over 2 years in patients with axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2011;70:1369–1374
3. Rudwaleit M and Sieper J. Referral strategies for early diagnosis of axial spondyloarthritis. Nat Rev Rheumatol 2012;8:262–268
4. Bennett AN, McGonagle D, O'Connor P, Hensor EM, Sivera F, Coates LC, Emery P, Marzo-Ortega H. Severity of baseline magnetic resonance imaging-evident sacroiliitis and HLA-B27 status in early inflammatory back pain predict radiographically evident ankylosing spondylitis at eight years. Arthritis Rheum. 2008; 58(11):3413-8
5. Sampaio-Barros PD, Bortoluzzo AB, Conde RA, Costallat LT, Samara AM, Bértolo MB. Undifferentiated spondyloarthritis: a longterm followup. J Rheumatol. 2010 Jun;37(6):1195-9.
6. Ritchlin C, Adamopoulos IE: Axial spondyloarthritis: new advances in diagnosis and management. BMJ 2021;372:m4447
7. Agrawal P and Machado PM. Recent advances in managing axial spondyloarthritis [version 1; peer review: 2 approved] F1000Research 2020, 9(Faculty Rev):697

Anahtar Kelimeler: Aksiyel spondilartrit, tanı, tedavi



[K-02]

Covid-19 günlerinde spondilartropatilerin yönetimi

Meltem Alkan Melikoğlu

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR-Romatoloji, Erzurum

2019 yılının son dönemlerinden itibaren tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisi, birçok kronik hastalıkla birlikte spondilartropati (SpA) tanısı olan olguların yönetiminde de bazı değişikliklerin yapılmasını gerektirdi. Uluslararası ve ulusal otoriteler, pandeminin ortaya çıkmasıyla birlikte kısa süre içinde inflamatuvar romatizmal hastalığı olan olgu yönetimi ile ilgili öneriler yayınladılar ve virüsle ilgili deneyimler arttıkça önerilerini güncellediler. Halen Covid-19'da SpA yönetiminde American College of Rheumatology (ACR) önerileri kapsamlı ve güncel öneriler olarak geçerliliğini korumaktadır (1). Güncel verilere göre Covid-19 ile ilişkili kötü sonuçlar yaş ve komorbiditeler gibi genel risk faktörleri ile ilişkili görünmektedir. Tüm olgulara sosyal mesafe, maske, el yıkama gibi genel tedbirler önerilmelidir. Hasta ve hekim ortak kararı ile potansiyel maruziyeti azaltmak için laboratuvar izleme sıklığında azalma, teletıpın optimum kullanımı, artmış İV uygulama aralıkları gibi bazı önlemler düşünülebilir. Olguda eğer Covid-19 enfeksiyonu veya temas öyküsü yoksa, tedavisi devam eden stabil olgularda SpA'larda kullanılan temel ajanlar olan nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), konvansiyonel DMARDlar ve biyolojik ajanlar devam edilebilir. Aynı şekilde aktif veya yeni başlamış hastalıkta da bu ajanlar başlanabilir. Bu önerilere göre eğer olguda Covid-19 maruziyeti varsa Sulfasalazin (SSZ) ve NSAİİ devam edilebilir. Ancak diğer ilaçlarına ara verilmelidir. Şiddetli respiratuvar semptomları olanlarda NSAİİ stoplanmalıdır. Belgelenmiş veya olası Covid-19 enfeksiyonu varlığında Covid-19 şiddetinden bağımsız olarak SSZ, metotreksat (MTX) ve biyolojikler kesilmeli veya ara verilmelidir. Covid-19 enfeksiyonu sonrası tedaviye tekrar başlama için öneriler ise komplike olmayan COVID-19 enfeksiyonları olan hastalar için (hafif pnömoni ile karakterize ve ambulatuvar ortamda veya kendi kendine karantina ile tedavi edilen) romatizmal hastalık tedavilerinin (örn. DMARD'lar, immünosupresanlar, biyolojikler ve JAKi) yeniden başlatılması semptom çözüldükten sonra 7-14 gün içinde düşünülebilir. Daha şiddetli Covid-19 enfeksiyonundan iyileşen hastalarda romatizmal hastalık tedavilerinin yeniden başlatılmasının zamanlaması ile ilgili kararlar, vaka bazında yapılmalıdır. Covid-19 aşılama içinse yine ACR güncel aşılama önerilerinde SpA olgularında kullanılan ilaçlardan MTX'e her aşı dozundan sonra 1 hafta ara verilmesi önerilmiş (hastalığı iyi kontrol altında olanlar için), diğer ilaçlarla ilgili olarak bir tedavi ya da aşı zamanlamasına dair bir değişiklik önerilmemiştir (2).
Kaynaklar:

1. Mikuls TR, Johnson SR, Liana Fraenke I L, et al. American College of Rheumatology Guidance for the Management of Rheumatic Disease in Adult Patients During the COVID-19 Pandemic: Version 3 Arthritis Rheumatol2021 Feb;73(2):e1-e12
2. <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/COVID-19-Vaccine-Clinical-Guidance-Rheumatic-Diseases-Summary>

Anahtar Kelimeler: Spondilartropatiler, covid-19, tedavi



[K-03]

Spodiloartropatilerle Karışabilen Hastalıklar

Alparslan Yetişgin

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Şanlıurfa

Spondiloartropatiler (Spondiloartritler) (SpA); ortak genetik yakınlık (HLA-B27) zemininde, inflamatuvar bel ağrısı, periferik eklem artrit ve sistemik, oftalmolojik, kardiyak, pulmoner, renal, gastrointestinal veya nörolojik bulguların eşlik edebildiği bir grup kronik otoimmün hastalıktır (1-3). SpA grubundaki hastalıklar; ankilozan spondilit (AS), reaktif artrit, psöriatik artrit, inflamatuvar bağırsak hastalığı ile ilişkili artrit, undiferansiyel spondiloartrit ve juvenil kronik artrit. Bu grup hastalıklarda sakroileit ve spondilit gibi aksiyal iskelet tutulumu ve/veya alt ekstremitelerde asimetrik artrit, entezit gibi kas iskelet sistemi tutulumları görülebilir (3). Birçok hastalık radyolojik ve klinik olarak SpA'larla karışabilir. SpA'ların prototip hastalığı olan AS'de sakroileit en sık görülen bulgulardan olmakla beraber, SpA'lar dışında da sakroileite yol açabilen patolojiler mevcuttur. Bu hastalıkların başlıcaları Tablo 1'de özetlenmiştir (4-6).
Tablo 1.

Bazı fizyolojik ve patolojik durumlardaki sakroiliak eklem görünümü, sakroileit olmamasına rağmen, sakroileit ile karıştırılmasına yol açabilir. Osteitis kondensans ilii, Paget hastalığı, malignite ve metastazlar, osteoid osteoma, sakral yetmezliği kırığı, osteoartrit, postpartum kemik iliği ödemi, anatomik varyasyonlar bunlara örnektir.

Sakroiliak eklem tutulumu olmadan klinik olarak bel, sırt veya kalça ağrısına neden olarak başta AS olmak üzere SpA'larla karışabilen hastalıklar mevcuttur. İdiyopatik hiporatiroidi iskelet anormallikleri, yumuşak doku kalsifikasyonları, bel hareketlerinde kısıtlılık ve ağrıya yol açarak AS benzeri tablolara yol açabilir (7). Alkaptonüri, homogentisik asit oksidaz enziminin eksikliğine sekonder gelişen otozomal resesif nadir görülen bir metabolik hastalık olup vertebralarda füzyon, periferik artropati, bel ve eklem ağrılarına yol açabilen sıklıkla sakroiliak eklem tutulumu görülmeyen bir hastalıktır (8). Forestier hastalığı (difüz idiyopatik iskelet hiperostozisi), fibromiyalji sendromu, metastazlar ve maligniteler de, SpA ayırıcı tanısında sorgulanmalıdır. Spondiloartropatilerde alt ekstremitelerde asimetrik periferik eklem artrit görülebilmektedir. Tablo 2'de akut ve kronik monoartrit ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken başlıca hastalıklar özetlenmiştir (9,10).
Tablo 2.

KAYNAKLAR;

1- Khan MA. Update on spondyloarthropaties. Ann Intern Med 2002;136:896-907

2- Baeten D. Keyser F.D. Romatoloji El Kitabı. Ankilozan Spondilit ve Spondiloartropatiler. Veri Medikal Yayıncılık 2008:07

3- Karagöz A. Ataman Ş, Yalçın P (ed.) Spondiloartritlerin Ortak Özellikleri, Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri,2012;541-54.

4. Bernard TN Jr, Cassidy JD. The sacroiliac joint syndrome: pathophysiology, diagnosis, and management. In: Frymoyer JW, editor, The adult spine: principles and practice. 2nd ed. New York: Lippincott-Raven; 1997. p. 2343-66.

5. Moujtahid M, Essadki B, Lamine A, Fikry T, Bennouna D, Dkhissi M, et al. Tuberculous osteitis in limbs. Twenty five case-reports. Rev Rhum Engl Ed 1996;63:344-8.

6-Slobodin G, Rimar D, Boulman N, Kaly L, Rozenbaum M, Rosner I, et al. Acute sacroiliitis. Clin Rheumatol 2016;35:851-6.

7-Özderya A, Sametoğlu F, Dik İ, Niyazoğlu M, Bedir B. Ankilozan Spondilit Bulgularını Taklit Eden İdiyopatik Hipoparatiroidili Bir Olgu. İstanbul Tıp Dergisi 2007;49:5228-31

8-Bodakçı E, Vasi İ, Yılmaz E.Ö, Şendil E. Ankilozan spondiliti taklit eden omurga tutulumu: alkaptonüri bir olgu Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg., 2020;53:128-31

9- Mitchell W.S.R, Beary J.F. Monoartrit/Poliartrit:Ayırıcı Tanı. Romatoloji ve Klinik Ortopedi El Kitabı 4.Baskı.Çeviri editörleri Yazıcı Y, Erkan D, İnce A. Nobel Tıp Kitapevleri,2004;55-62

10- Borman P. Karagöz A. Ataman Ş, Yalçın P (ed.) Artritlerin Ayırıcı Tanısı. Romatoloji. Ankara. Nobel Tıp Kitapevleri,2012;177-83

Anahtar Kelimeler: Spondiloartropatiler, Sakroileit, Periferik eklem artrit



Tablo 1. Sakroileit Ayırıcı Tanısı

Spondiloartropatiler	İzotretinoin Kullanımına Bağlı
Behçet Hastalığı	Tümörler
Ailevi Akdeniz Ateşi	Hiperparatiroidizm
Sarkoidoz	Gut, Psodogut
Bruselloz	İnfektif Endokardit
Tüberküloz	Pigmente Villonodüler Sinovit
Salmonellozis	Cilt Enfeksiyonları
Sakroiliak Eklem Piyojenik Enfeksiyonları	Posttravmatik Artrit
Gebelik	Postpartum İnflamatuar Sakroileit

Tablo 2. Spondiloartropati Periferik Akut ve Kronik Monoartritinin Ayırıcı Tanısı

PERİFERİK AKUT MONOARTRİT NEDENLERİ	PERİFERİK KRONİK MONOARTRİT NEDENLERİ
İnfeksiyöz (Bakteriyel, Viral)	İnfeksiyöz (Bakteriyel, Tüberküloz, Viral, Fungal)
Gut, Psodogut	Psodogut
Antikoagülan Tedavisi	Lipoma Arboresan
Hemartroz, Koagülopati	Hemartroz
Travma	Nöropatik Artropatiler
Kırık	Stres Kırığına Bağlı Psodoartroz
Palindromik Romatizma	Juvenil Osteokondroz
Paraneoplastik Sendrom	Solid Tümörlerin Sinoviyal Metastazı
Lösemi	Sinoviyal Sarkom
Romatoid Artrit	Romatoid Artrit
Sarkoidoz Arriti	Sarkoidoz Arriti
Pigmente Villonodüler Sinovitis	Pigmente Villonodüler Sinovitis
Osteokondromatoz	
Diyaliz	
Subakut Bakteriyel Endokardit	
Osteoartrit Alevlenmesi	



[K-04]

Spondiloartritlerde Görüntüleme (Radyografi, BT, Sintigrafi)

Yunus Durmaz

Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği, Karabük

Spondiloartritler (Spa); ortak klinik, radyolojik ve genetik bulguların paylaşıldığı heterojen bir hastalık grubudur. Bunların protipi Ankilozan Spondilittir. Konvansiyonel radyografiler (KR) Spa tanısında ilk istenecek radyografik tetkiklerdir. Hem ucuz olması hemde ulaşılabilir olması artı yönleridir. AS ve enteropatik artritler de bilateral sakroileit görülürken reaktif artrit, ve psöriyatik artritte unilateral sakroileit daha sıktır. SpA'lar; vertebral endplate köşelerinden başlarken nadiren vertebral endplatlerin merkezini etkileyen aseptik spondilodiskit ile de başlayabilir. AxSpA tanısı konulduktan sonra, sakroiliak eklemlerin radyografik takibi, değişikliği saptamadaki sınırlı duyarlılığı nedeniyle rutin pratikte tek başına kullanılmamaktadır. Tam tersine vertebral grafiler; sınıflandırma kriterlerine dahil değilken, yapısal progresyonunu izlemek için yararlıdır. Stoke AS Omurga Skoru (SASSS), Bath AS Radyoloji İndeksi (BASRI) ve modifiye Stoke AS Omurga Skoru (mSASSS) kullanılan yöntemlerdir. Üç yöntemin karşılaştırmalı bir çalışması, tüm ölçümlerin güvenilir olduğu ancak mSASSS'in değişime daha duyarlı olduğu sonucuna varmıştır¹. Modifiye Stoke Ankilozan Spondilit Omurga Skoru (mSASSS): Servikal ve lomber yan grafilerde (A) toplam 24 bölge puanlanır: C2'nin alt sınırından T1 üst sınırına (dahil) ve T12'nin alt sınırından S1'in üst sınırına (dahil). Her bir köşe 0 ile 3 arasında puanlanabilir ve toplam mSASSS için 0 ile 72 arasında bir skor ile sonuçlanabilir. Bir diğer görüntüleme tekniği Bilgisayarlı tomografi (BT) dir. BT; KR ile aynı kronik patolojik süreçlerin (erozyon, skleroz ve yeni kemik oluşumu / ankiloz) multiplanar görüntülenmesine izin verir. Ancak K'den daha pahalı bir tetkiktir. BT skorlama yöntemlerinde de kullanılabilir. aSPA'da kullanılan SIAS skorlama yönteminde her bir vertebral uç plak, dört kadrana bölünür ve her kadranda yeni kemik oluşumu puanlanır. axSpA'lı 37 hastanın alındığı bir çalışmada; 2 yıl boyunca yapısal ilerlemenin değerlendirilmesi için SIAS yöntemi, mSASSS yöntemiyle karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda düşük doz BT, özellikle torasik omurgada, mSASSS yöntemine göre beş kat daha fazla yeni sindesmofit tespit etmiştir². MR tetkiki istenemeyen hastalarda BT tercih edilebilir. Bir diğer görüntüleme yöntemide Kemik sintigrafisi (KS) dir. KS; inflamasyon dahil herhangi bir nedene bağlı artmış kemik metabolizmasını saptamak için kullanılan bir yöntemdir. Akut sakroiliitin erken tanısı için kullanılabilirken, kronik inflamasyonun tanısında kullanılmaz. Song ve ark. kemik sintigrafisinin sakroiliit tespiti için duyarlılığı %50 ve özgüllük yaklaşık % 80 bulmuşlardır³. Yine MR çekilemeyen bir hastada tanıya yardımcı olması sebebiyle KS tercih nedeni olabilir. Ancak şuan için akut sakroileiti göstermede en değerli görüntüleme yöntemi MR'dır.

Kaynaklar

1. Ramiro, S. et al. Evolution of radiographic damage in ankylosing spondylitis: a 12-year prospective follow-up of the OASIS study. Ann. Rheum. Dis. 74, 52–59 (2015).
2. de Koning A, de Bruin F, van den Berg R, Ramiro S, Baraliakos X, Braun J, van Gaalen FA, Reijniere M, van der Heijde D. Low-dose CT detects more progression of bone formation in comparison to conventional radiography in patients with ankylosing spondylitis: results from the SIAS cohort. Ann Rheum Dis. 2018 Feb;77(2):293-299. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211989.
3. Song IH, Carrasco-Fernández J, Rudwaleit M, Sieper J. The diagnostic value of scintigraphy in assessing sacroiliitis in ankylosing spondylitis: a system-atic literature research. Ann Rheum Dis (2008) 67:1535–40. doi:10.1136/ard.2007.083089.

Anahtar Kelimeler: Spondiloartritlerde Görüntüleme, Radyografi, BT, Sintigrafi



[K-05]

Spondiloartrit Değerlendirme Ölçekleri

Zeynel Abidin Akar

sağlık bilimleri üniversitesi, gazi yaşargil eğitim ve araştırma hastanesi, romatoloji, diyarbakır

Spondiloartrit (SpA), aksiyel tutulum, HLA-B27 ilişkisi, periferik eklemlerin tipik tutulumu (asimetrik oligoartrit, entezit, daktilit) gibi benzer klinik ve genetik özelliklere sahip ve akut anterior üveit, sedef hastalığı ve inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi yaygın kas-iskelet sistemi dışı tutulumların görülebildiği hastalıkları kapsayan genel bir terimdir. Aksiyel spondiloartrit; non radyografik axSpA (klinik semptom ve bulguların olduğu fakat pelvis grafisinde karakterisitik değişikliklerin görülmediği) ve radyografik axSpa'yı (Ankilozan spondilit(AS)) kapsamaktadır. AxSpA temelde inflamasyonun rol oynamasına bağlı olarak çeşitli bölge ve yapıların etkilenmesi sonucu çok çeşitli semptom ve bulguların görülebildiği sistemik bir hastalıktır. Bu semptomların her biri klinik uygulamada çeşitli araçlarla değerlendirilebilir, ancak bunların özellikle hasta bakımı bağlamında hastalığın daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmadığı açıktır. The Assessment in SpondyloArthritis International Society (ASAS); AS'li hastaların değerlendirilmesi için bir çekirdek seti oluşturmuştur. Nr-axSpA ve AS'nin semptomları ve hastalık yükü önemli ölçüde farklılık göstermediğinden, ASAS bu çekirdek değişken setinin benzer şekilde tüm axSpA hastalarına uygulanabileceğini bildirmiştir.

ASAS Çekirdek Seti:

ASAS / OMERACT çekirdek setinin, üç farklı durum için kullanılabileceği bildirilmiştir. Bunlar, semptomtomatik anti-romatizmal ilaçlar (SM-ARD) ve fizik tedavi, klinik kayıt tutma ve hastalık kontrol edici anti romatizmal tedavi (DC-ART). SM-ARD'ler NSAİİ'yi içerirken, DC-ART'ler biyolojik ajanları(TNF- α) ve sülfasalazini kapsamaktadır. Çekirdek set, ilgili alanları içerir, ancak her alan için özel araçlar seçilmiştir(resim-1).ASAS / OMERACT çekirdek setinin iç çemberi, SM-ARD ve / veya fizik tedavi alan hastalarda değerlendirilmesi gereken alanları tanımlamaktadır. Bu alanların her birini değerlendirmek için özel araçlar ASAS'ın web sitesinde bulunabilir.

Temel Klinik Kayıt Tutma Seti

Temel klinik kayıt tutma seti, SM-ARD'lerin ve / veya fizik tedavinin çekirdek setiyle aynı alanlara ek olarak periferik eklem, entezit, ve akut faz reaktanlarını içerir.

Hastalık Kontrol Edici Anti-romatizmal Tedaviler Seti

DC-ART seti, temel klinik kayıt tutma setiyle aynı alanlara ek olarak omurga radyografisi alanını içerir.

Referanslar:

1. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. Lancet 2017;390:73–84.
2. Proft F, Poddubnyy D. Ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis: recent insights and impact of new classification criteria. The Adv Musculoskelet Dis 2018; 10:129–39.
3. Van der Heijde DMFM, van der Linden S. Measures of outcome in ankylosing spondylitis and other spondyloarthritides. Balliere's Clin Rheumatol. 1998;12(4):683–93.
4. Van der Heijde D, Calin A, Dougados M, Khan MA, van der Linden S, Bellamy N. Selection of instruments in the core set for DC-ART, SMARD, physical therapy, and clinical record keeping in ankylosing spondylitis. Progress report of the ASAS Working Group. J Rheumatol. 1999;26(4):951–4.
5. Van der Heijde D, van der Linden S, Dougados M, Bellamy N, Russell AS, Edmonds J. Ankylosing spondylitis: plenary discussion and results of voting on selection of domains and some specific instruments. J Rheumatol. 1999;26(4):1003–5.

Anahtar Kelimeler: spondiloartrit, ankilozan spondilit, değerlendirme ölçekleri



[K-06]

SPA da Beslenme ve Oral Mikrobiyata

Banu Dilek

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

Spondiloartropatiler; genetik, epidemiyolojik, klinik ve radyolojik ortak özelliklere sahip olan ve öncelikli olarak sakroiliak eklemler ve omurgayı, ayrıca bu eklemlerin dışındaki organları da tutabilen, heterojen türde özellik gösteren romatolojik hastalıklardır. Spondiloartropatiler, genetik, epidemiyolojik, klinik ve radyolojik ortak özelliklere sahip olan ve öncelikli olarak sakroiliak eklemler ve omurgayı, ayrıca bu eklemlerin dışındaki organları da tutabilen, heterojen türde özellik gösteren romatolojik hastalıklardır. Spondilartropatilerin patogeneğinde mikrobiyata arasındaki ilişki son yıllarda çalışılan bir konudur. İnsan vücudundaki mikroorganizmalar, hücre sayısının yaklaşık 10 katı kadardır. Mikrobiyomu genetik, çevre, fizyoloji, toplumdaki geçici mikroorganizmalar, immunité ve yaşam tarzı etkilemektedir. Cilt, barsak, oral ve vaginal bir flora vardır. Oral mikrobiyata %26' sını oluşturmaktadır. Oral mikrobiyoya; bakteri, fungus, virüslerden oluşan bu habitatlarda yerleşim gösteren mikroorganizma topluluğudur. Bu mikroorganizmaların her birinin tek başlarına önemli rolleri vardır ancak birbirleriyle ve konakla da ciddi etkileşime girmektedirler. Oral mikrobiyotanın kolonizasyonu, birbirleriyle ve konakla ilişkileri, oral ve sistemik sağlık ve hastalıklardaki değişimleri, hastalıkların etiyojisi ve mekanizmalarının anlaşılmasında ve tedavilerinde kilit öneme sahip olabilir. Son yıllarda kronik inflamasyonun olduğu spondilartropati grubunda antiinflamatuvar beslenmenin düzenlenmesi önemli hale gelmiştir. Bu sunumda hem beslenme hem de oral mikrobiyata ilişkisi üzerine tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: mikrobiyata, spondilartropati, beslenme



[K-07]

Spondiloartropatilerde akılcı ilaç kullanımı: NSAİİ, steroid ve DMARD

Mehmet Okçu

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

Akılcı ilaç kullanımı kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır[1]. Akılcı ilaç kullanımında hekimin görevi, güncel rehberlere uygun olarak hastanın doğru tanısını koyup, en etkili ve güvenli tedaviyi vermek; tedavinin maliyetini ve gerçekleştirilebilirliğini değerlendirmek; ilaçlar için uygun doz ve uygulama süresini belirlemek ve ilaçların etkisi ve güvenliği açısından hastayı uygun biçimde takip etmektir. Dolayısıyla hekim ilaçların beklenen etki ve yan etkilerinin farkında olmalı, mümkün olan en az dozda vermeli, tedaviye yanıtı izlemeli, hastanın uyumunu değerlendirmeli, hastayı hastalığı ve tedavi açısından bilgilendirmeli, ilaçların birbiri ile ve aşılarla olan etkileşimlerinin farkında olmalıdır[2]. Spondiloartrit (SpA), aksiyal eklemlerde inflamasyon, periferik artrit, entezit ve daktilit ile karakterize edilen inflamatuvar hastalıklar grubunu tanımlar. Ankilozan spndilit, psöriatik artrit, reaktif artrit, enteropatik ilişkili artrit ve juvenil idiopatik artrit subgruplarını içerir[3]. Non-steroid anti inflamatuvar ilaçlar(NSAİİ) enteropatik artrit dışındaki diğer SpA alt gruplarında birinci seçenek tedavilerdir. Eklem hasarını durdurmadığı ve barsak lezyonlarını kötüleştirdiği için entereopatik artritlerde hafif alevlenmelerde kısa süreli kullanım dışında önerilmemektedir[4]. Amerika Romatizma Birliği tarafından 2019 yılında yayınlanan tedavi klavuzunda aktif aksiyal SpA 'lı hastalarda NSAİİ'lerin sürekli alımını, isteğe bağlı alıma göre şartlı olarak daha fazla önermişlerdir[5]. NSAİİ'lerin en sık gastrointestinal sistem(GİS) ile ilgili yan etkileri gözlenmektedir. Cox-2 selektif NSAİİ'ler ile GİS yan etki klasik NSAİİ'lere oranla daha azdır. Fakat bu güvenilirlik salisilat ve warfarin kullananlarda kayboluyor. Ayrıca kardiyovasküler risk açısından daha riskli olan Cox-2 selektif NSAİİ'lerin riski salisilat ile arttığı için salisilat ile kullanımı önerilmemektedir[6]. NSAİİ'lerin sessiz enteropati, alt GİS kanaması, sodyum retansiyonu, kan basıncını yükseltme, hepatotoksisite ve nefrotoksisite gibi yan etkileri olduğu için dikkatli olunmalıdır. Konvansiyonel sentetik DMARD'ların SpA'da aksiyal tutulumlarda etkisiz, periferik tutulumlarda ise etkili bulunmuştur. Özellikle psöriatik artritte mümkün olan en kısa sürede DMARD başlanması önerilmiştir[7]. Folat antagonisti olan metotreksat özellikle deri tutulumu da olan psöriatik artritte sıkça tercih edilmektedir[7]. Sık görülen yan etkileri iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, karaciğer enzimlerinde yükselme ve stomatitdir. Yan etkileri azaltmak için genellikle metotreksattan bir gün sonra folik asit verilmelidir. Bulantı ve kusması nedeniyle tolere edemeyen olgularda doz 12 saatte bir 2 ya da 3'e bölünerek verilebilir. Buna rağmen bulantı ve kusması olanlarda subkutan forma geçilebilir. 4-6 haftada bir karaciğer enzim ve hemogram takibi yapılmalıdır. Metotreksatın oral formu sabah kahvaltıdan önce aç karna alınmalıdır. Kreatin klerensi (KK)<80 mL/dk ise dozun %75'ini, KK<50 mL/dk ise dozun %50 si verilmeli, KK<30 mL/dk ise hiç verilmemelidir[8]. Gebelikte ve laktasyonda güvenli olan sulfasalazinin en sık iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı, hazımsızlık ve şişkinlik gibi GIS yan etkileri gözlenmektedir. Günlük doz 1-3 gramdır. Genellikle 2-3 bölünmüş dozda ve tok karnına alınmalıdır. Antiasitlerle alınmamalıdır. Etkisi genelde 2-3 ayda başlar. İlk 3 ay, ayda bir; sonra 3 ayda bir tam kan sayımı ve karaciğer enzimleri bakılmalıdır. Sulfonamid alerjisi ve glikoz-6 fosfat dehidrogenaz eksikliği olanlarda sulfasalazin kullanırken dikkatli olunmalıdır. Eklem içi kortikosteroid az sayıdaki eklem tutulumlarında düşünülebilir. Lokal steroid enjeksiyonlarında lokal cilt atrofisi, ağrıda alevlenme, iatrojenik septik artrit, yağ nekrozu, yumuşak doku kalsifikasyonu, sinir hasarı gibi yan etkiler gelişebilir. Çok sayıda eklem tutulumlarının olduğu bazı durumlarda düşük doz sistemik steroid kullanılabilir, fakat mümkün olan en kısa süre ve en düşük dozda uygulanmalıdır[9]. Kortikosteroidlerin kan şekeri regülasyonunda bozulma, tuz retansiyonu, yağ dağılımında bozulma, tüylenmede artış, deride incelme, stria, yara iyileşmesinde gecikme, katarakt, glokom, psikoz, depresyon, büyüme geriliği, osteoporoz, avasküler nekroz gibi yan etkileri görülmektedir. Kortikosteroid başlanan hastanın tuz ve şeker alımı kısıtlanmalıdır. Tedavi başında ve sırasında kan basıncı, lipid profili, açlık kan şekeri, vücut kitle indeksi takibi yapılmalıdır. Kortikosteroidlerin NSAİİ'ler ile beraber kullanımı özellikle GIS başta olmak üzere advers etkileri sinerjistik olarak arttırdığı için birlikte kullanımdan kaçınılmalıdır.



Referanslar:

1. Organization, W.H., in Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. 1985: Nairobi, Kenya,
2. Stratton MA, G.S., Salinas R., Drug therapy in the elderly: tips for avoiding adverse effects and interactions., in Consultant. 2004.
3. Syrbe, U. and X. Baraliakos, [Spondyloarthritis]. Z Rheumatol, 2018. 77(9): p. 783-788.
4. Peluso, R., et al., Enteropathic spondyloarthritis: from diagnosis to treatment. Clin Dev Immunol, 2013. 2013: p. 631408.
5. Ward, M.M., et al., 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/ Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. Arthritis Rheumatol, 2019. 71(10): p. 1599-1613.
6. Catella-Lawson, F., et al., Cyclooxygenase inhibitors and the antiplatelet effects of aspirin. N Engl J Med, 2001. 345(25): p. 1809-17.
7. Nas, K., et al., Management of Psoriatic Arthritis: Turkish League Against Rheumatism (TLAR) Expert Opinions. Arch Rheumatol, 2018. 33(2): p. 108-127.
8. Ranganathan, P. and H.L. McLeod, Methotrexate pharmacogenetics: the first step toward individualized therapy in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 2006. 54(5): p. 1366-77.
9. Pennisi, M., et al., An overview of reactive arthritis. Jaapa, 2019. 32(7): p. 25-28.

Anahtar Kelimeler: akılcı ilaç, DMARD, nonsteroid antienflamatuar ilaçlar, spondiloartrit, steroidler



[K-08]

Juvenil Spondilartritlere Güncel Yaklaşım

Pelin Oktayoğlu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Juvenil İdyopatik Artritler (JIA), çocukluk çağında görülen kronik romatizmal hastalıkların en sık nedeni olup, etyolojisi bilinmemektedir. Geçmişte farklı isimlerle anılmakla beraber, bugün en sık kullanılan isimlendirme 2001 yılında güncellenen ve ILAR (International League Associations For Rheumatology) tarafından önerilen kriter setini de ihtiva eden Juvenil İdyopatik Artrit (JIA) terimidir. Spondiloartrit terimi aksiyel hastalığı, periferik artrit, intestinal inflamasyonu, ağrılı üveiti ve HLA B 27 pozitifliği gibi bir grup heterojen klinik durumu bünyesinde barındıran bir tanımlamadır. Juvenil Spondiloartritlerin diferansiye ve andiferansiye formları tanımlanabilir.

- Andiferansiye formu, RF ve ANA negatif, entezopati, artrit ve artralji ile karakterize olup
- Diferansiye form ise;
- Entezit ilişkili artrit (ERA)
- Juvenil Psöryatik Artrit (JPsA)
- Juvenil Ankilozan Spondilit
- İnflamatuvar Barsak Hastalığı ilişkili Artritler
- Reaktif Artritler şeklinde sınıflandırılabilir

Juvenil spondiloartritlerin isimlendirilmesi ve sınıflandırılması yıllardır pek çok nedenden dolayı sorun olmuştur. Şu anda kullanılan ILAR'ın JIA klasifikasyon kriterleri JSpA'ları ayrı bir grup olarak işaret etmemektedir. Bu durum yeni bir klasifikasyon sisteminin tanımlanmasını gerekli kılmaktadır. Öte yandan Juvenil Artrit Hastalık Aktivite Skoru (JADAS) entezit ve aksiyel tutulumu değerlendirmeden, hastalık aktivite değerlendirilmesinde daha çok Juvenil Spondiloartrit hastalık değerlendirme indeksi (JSpADA) kullanılmaktadır. Tedavi önerileri daha çok başlangıçta nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların kullanılmasını, hastalık aktivitesinin devam ettiği durumlarda biyolojik ajanlara geçilmesini içerir. Erişkin spondiloartrit tedavisinde yeni ajanların gündeme gelmesi bu tedavilerin pediatrik popülasyonda da uygulanıp uygulanamayacağı konusunda yeni çalışmalara zemin hazırlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: juvenil spondiloartrit, yeni klasifikasyon kriterleri, aktivite ölçekleri, tedavi



[K-09]

Dirençli Bir Psöriatik Artrit Olgusuna Yaklaşım

Mehtap Kalçık Unan, Kemal Nas, Gamze Dilek

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD/Romatoloji BD

Amaç: Dirençli bir Psöriatik Artrit olgusunun tedavialgoritmasını güncel EULAR önerileriyle eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık. Olgu: 37 yaşında kadın hastanın hikayesinde 1999 yılında kulak arkasında sedef döküntüleri başlamış. 2004 yılında el ve ayak eklemlerinde ağrı ve şişlik şikayetleri başlamış. Dış merkezde Psöriatik Artrit (PsA) tanısı almış. Hastaya MTX 15mg haftalık tablet ve diltakortril 5mg/gün tablet başlanmış. 6 yıl mevcut tedaviye devam edilmiş. 2010 yılında şikayetlerinin artması üzerine tekrar değerlendirilmiş ve Remicade iv 400mg/8 haftada bir tedaviye başlanmış. Hasta 2 yıl Remicade tedavisine devam etmiş ve o dönem tedaviden fayda görmüş. 3. yıl sonunda tedaviye yanıtızsızlık gelişmiş. 2015 yılında yanıtızsızlık nedeniyle Enbrel 50mg flk haftalık sc başlanmış. 6 ay kullanan ve fayda görmeyen hasta çeşitli biyolojik ajan tedavileri switch edilerek takip edilmiş. 3 ay Humira 40mg/2 hfda bir sc, 8 ay Cimzia 200mg/2 hfda bir sc, 1 yıl Simponi 50mg/ ayda bir sc ve 9 ay Verxant 300mg/ayda bir sc kullanmış. Hastaya uygulanan tüm tedavilere yanıtızsız olan hastaya 2018 yılında tekrar Remicade tedavisi başlanmış. Remicade infüzyonunun 2. dozunda nefes darlığı oluşunca kesilmiş. Tüm bu süreçte hastada el deformiteleri gelişmiş. Hastaya 20.11.2019 tarihinde Xeljanz 5mg oral 2x1, MTX 15 mg/hf ve Diltakortril 5 mg/gün tb başlanmış. 20.12.2019 yılında hasta PsA polikliniğimize başvurdu. Psöriatik döküntüleri artmış, el eklemlerinde ve sağ ayak 2.parmağında ağrı ve şişlik şikayeti mevcuttu. Hastaya dış merkezde Xeljanz tb 2x1, MTX 15mg/gün ve Diltakortril tb 1x1 başlanmış hasta 2 haftadır ilaçları kullanıyordu. PsA polikliniğinden takiplerine devam etmek istiyordu. Lokomotor sistem muayenesinde tüm vücutta yaygın psöriazis plakları, el ve ayak tırnaklarında pitting, onikoliz ve hiperkeratoz mevcuttu. Her iki el 1. MCP eklemleri hassas. 2,3,4,5. PIP eklemleri bilateral hassas ve şiş, bilateral 1.kostokondral eklemler hassas, sağ ayak 2. parmakta daktiliti mevcuttu. Laboratuvarda tam kan sayımı normal, üre 16 kreatin:0,4 AST:25 ALT:22, sedimentasyon 42mm/saat, CRP 16mg/dl idi. Hastalık aktivite skorları Pasi skoru: 10. BASDAI: 4 BASMI: 1 BASFI: 1 MASES: 2 idi. 23.03.2020 kontrol muayenesinde; sol el 1. MCP eklemleri hassas 2,3,4. PIP eklemleri bilateral hassas ve şiş idi. Laboratuvarda sedimentasyon 15/h CRP 7 idi. Hastalık aktivite skorları; Pasi skoru: 6 BASDAI: 2 BASMI: 1 BASFI: 1 MASES: 0 idi. Sonuç: Psöriatik artritli hasta tedavi algoritması EULAR 2019 tedavi önerileri ile update edildi. Bu öneriye göre Poliartritli hastalarda csDMARD'a hızlı bir şekilde geçilmeli, cilt tutulumu olanlarda metotreksat tercih edilmelidir. Poliartiküler tutulumda csDMARD'lar birinci basamak ilaç olarak ya da kısa bir NSAID kürü sonrasında başlanmalıdır. Periferik artritli olan ve en az bir csDMARD'a yetersiz yanıt veren hastalarda ise bDMARD tedavisine başlanmalıdır. Cilt tutulumunda IL-17i veya IL-12/23i tercih edilebilir. EULAR 2019 tedavi önerilerindeki yeni öneri ise periferik artritli olan ve en az bir csDMARD'a ve en az bir bDMARD'a yetersiz yanıt veren veya bir bDMARD'ın uygun olmadığı hastalarda, bir JAK inhibitörü düşünülebilir şeklindedir. PsA için onaylanmış tek JAK inhibitörü Tofacitinib'tir. JAKi eklem tutulumu için adalimumab ile benzer ancak cilt psoriasisinde sayısal olarak daha düşük etkinliğe sahip olabilir. EMA'ya göre tofacitinib MTX ile birlikte reçete edilmelidir. Bazı enfeksiyonlar özellikle herpes zoster ve PsA için onaylanmamış yüksek doz tofacitinib ile derin ven trombozu riskine işaret edilmiştir. Olgumuzda da bDMARD ve IL-17 inhibitöründe kullanmış ve yanıt alınamayan hastada JAKi olan tofacitinib tedavisine geçilmiştir. 'Tofacitinib for psoriatic arthritis in patients with an inadequate response to tnf inhibitors' yapılan çalışmada; faz III çift kör randomize kontrollü çalışmada en az bir DMARD'da yanıt alınmayan ve biyolojik ajan naif aktif PsA hastaları çalışmaya alınmıştır. Tofacitinib 5 mg oral günde iki kez (107 hasta), Tofacitinib 10 mg oral günde iki kez (104 hasta), Adalimumab 40 mg sc 2 haftada (106 hasta), plasebo (52 hasta) 3. ayda itibaren 5 mg oral günde iki kez ve plasebo (53 hasta) 3. ayda itibaren 10 mg oral günde iki kez olarak çalışma grubuna dahil edilmişlerdir. Primer sonlanım noktaları olarak ACR20, HAQ-DI 0. ile 3. Ayda değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; ACR20/50/70, HAQ-DI, PASI75 parametrelerinde tofacitinible klinik iyileşme sağlamıştır. Entezit bulgularına yalnızca tofacitinib 10 mg alan grupta etkili olduğu, daktilitte ise tofacitinib 5 ve 10 mg alan grupta etkili olmadığı saptanmıştır. Tofacitinib kullanan hastaların herpes zoster yönünden takip edilmesi gerekmektedir. Advers olaylar plasebo grubundan daha fazla görülmüştür. Ayrıca lipid ve karaciğer enzim seviyelerinde yükselmeler tofacitinib alan grupta daha fazla görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: EULAR güncellemeleri, Psöriatik Artrit, Tofacitinib



[K-10]

HIV Pozitif Bir Psoriatik Artrit Hastasında Tedaviye Yaklaşım

Gamze Dilek

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik tedavi ve Rehabilitasyon ve Romatoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: HIV pozitif bir psoriatik hastasında tedaviye yaklaşım hakkında literatür eşliğinde bilgi vermek
Olgu: 27 yaşında erkek hasta 15 yıldır psoriasis mevcut. 2019 yılında kliniğimizde hastaya psoriasis tanısı kondu. Lokomotor sistem muayenesinde Lomber ROM'lar ekstansiyonda limitli, fleksiyon açık, Sakroiliak kompresyon +/+, Schober 10/15, Modifiye Schober 15/22, Bilateral PİF ve DİF'lerde hassasiyet ve şişlik mevcut, Sol aşil tendonu basmakla hassas idi. PASİ skoru: 4 BASDAI: 8, BASFI: 8, BASMI: 6, MASES: 1 olarak değerlendirildi. HLAB27 – geldi. Hastanın Eklem ve cilt bulgularına yönelik Metotreksat 15mg/hf ve folik asit 5 mg/hf, entezit ve eklem bulgularına yönelik Asetaminofen 60 mg 2x1 başlandı. Tedavinin 10. ayında psoriasis lezyonlarının ve inflamatuvar bel ağrısı şikayetinin artması üzerine mevcut tedavisine Etanercept 50mg/hf eklendi

Etanercept tedavisinin 11. ayında sekonder yanıtızlık gelişmesi üzerine Golimumab'a switch yapıldı. Golimumab sonrası hastanın şikayetleri azaldı.

3 aydır golimumab tedavisi ile takipte yakınması azalmış. Hasta 2020 yıl sonunda riskli cinsel ilişki hikayesi nedeni ile, bulaşıcı hastalık kapmış olabileceği şüphesi ile enfeksiyon hastalıklarına başvurmuş. 22.02.2021 de tetkik yaptırmış ve HIV pozitif olduğunu öğrenmiş. Hasta eş zamanlı olarak bizi haberdar etti ve golimumab tedavisi kesildi. Tetkiklerinde CD4 T hücre sayısı 518 hücre /mm³, HIV RNA 461000 kopya / ml idi. Hasta 22.03.2021 de enfeksiyon hastalıkları konseyine çıktı ve hastaya Truvent 200 MG / 245 MG 1X1 tedavisi başlanmış. Antiviral tedaviden 15 gün sonra golimumab tedavisine başlaması önerilmiş. Antiviral tedaviden 3 hafta sonra kontrole çağrılmış. Hasta 9.04.2021 tarihinde antiviral tedavinin 16. gününde kontrole geldi hasta, golimumab tedavisine başlamış idi. El eklemlerinde ağrı ve sedef lezyonlarında artış var idi. Hastanın enfeksiyon hastalıkları ile birlikte takibine karar verildi.

HIV Hastalığının Romatolojik Manifestoları ve HIV + Romatolojik Hastalarda Tedaviye Yaklaşım

HIV/AIDS ilk olarak 1981 yılında ABD'de ortaya çıkmıştır. Ülkemizde 1985 yılından itibaren görülmeye başlanmıştır. 1980 lerden beri HIV enfeksiyonu ve bu hastalığın romatolojik komplikasyonları bilinmektedir. Antiviral tedavilerin kullanmaya başladığından beri HIV, AIDS hastaları daha uzun yaşamaktadır. Antiviral tedaviler ile hastalığın semptomatik romatolojik manifestoları azalmıştır. HIV ilişkili psoriasis prevalansı normal popülasyondan daha yüksek. Psoriasis daha ağır ve tedaviye dirençli, sebpsoriasis, pustuler psoriasis bu hastalarda sık görülmekte. Psoriatik artrit insidansı HIV hastalarında %0,02 -%2,5 arasında Coğrafyaya göre değişmekte (US de %0,25) Genellikle alt ekstremite tutulumlu asimetrik oligo- poliartrit görülür. Aksiyel tutulum ve DİF tutulumu daha azdır. Antiviral tedavi HIV e bağlı romatolojik manifestoların gerilemesinde etkilidir. NSAİİ; HIV'e bağlı inflamatuvar aritrit tedavisinde ilk basamaktır. Metotrexatın HIV (+) RA ve PsA hastalarında CD4 hücre sayısı >100 /mm³ verilebileceği belirtilmiştir. In vitro çalışmalarda: TNF- α nın NFκB sinyal yolağını aktive ederek HIV ekspresyonunu arttırdığı belirtilmiştir. Ayrıca anti- TNF- α nın dislipidemi ve immun kaynaklı sendromlarda etkili olduğu saptanmıştır. HIV hastalarında anti- TNF- α kullanımının aftöz ülser, ateş, kaşeksi, yorgunlukta faydalı olabileceği belirtilmiştir. HIV ile enfekte romatolojik hastalarda anti- TNF- α kullanımı ile ilgili veriler limitli ancak düşük hasta sayılı vakaseleri mevcut. Uluslararası Psoriasis Derneği HIV + psoriasis hastalarında anti –TNF –a tedavisini CD4 T hücre sayısı ve viral yük yakın takip edilmelecek, CD4 T hücre >200 hücre /mm³, viral yük <60.000 kopya/mL olacak şekilde önermiştir.

Sonuç: Anti-TNF tedavisi seçilmiş hastalarda kar zarar oranını düşünerek, sıkı takip altında uygulanmalı

Anahtar Kelimeler: Anti- TNF-a, antiviral tedavi, HIV/AIDS, Psoriatik artrit



şekil 1



Psoriatik artritli bir hastanın el ve parmaklarındaki psoriasis lezyonları



SÖZEL BİLDİRİLER

[S-01]

Psöriatik artritte atıf alan Top 20 makale: Bir Bibliyometrik analiz

Yakup Erden¹, Fatih Bağcıer²

¹İzzet Baysal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bolu

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Son yıllarda yapılan psöriatik artrit ile ilgili çalışmalar, hastalığı yönetme yeteneğimizi arttıran önemli bir ilerleme kaydetmiştir. Bu çalışmanın amacı; son 40 yılda en çok atıf yapılan top 20 makaleyi belirleyip analiz etmektir. **Gereç-Yöntem:** “Psöriatic arthiritis” kelimesi kullanılarak, Web of Science’de 1987 ve 2021 yılları arasında en çok atıf alan top 20 makale belirlendi. Bibliyometrik analiz için makale başlığı, yazar sayıları ve isimleri, atıf indeksi, dergilerin isimleri, etki faktörleri ve makalelerin türleri belirlendi. **Bulgular:** Top 20 listesinde total atıf sayısı 408 ile 1802 arasındaydı. Yayın başına ortalama atıf sayısı 640’dı. Yayın tarihleri 1987 ile 2017 arasında değişiyordu. Makalelerin büyük çoğunluğu Arthritis and Rheumatism (yeni adıyla Arthritis and Rheumatology, n: 5), Annals of The Rheumatic Diseases (n:5) ve Lancet (n:4) dergilerinde yayınlanmıştı. En çok alıntı yapılan psöriatik artrit makalelerine sahip dergilerinin çoğunluğunu romatoloji dergileri oluşturmaktaydı. Dermatoloji dergilerinde sadece biri yayınlanmıştı. Dergilerin etki faktörleri 2.894 ile 74.699 arasında değişmekte olup, ortalama etki faktörü 21.37 idi. En çok makale üreten ülke Amerika idi ve en çok atıf alan yazar Mease PJ idi. Makalelerin alt grup analizinde randomize kontrollü çalışmalar top 20 makalelerin büyük kısmını oluşturmuyordu (n:10). Klasifikasyon kriterleri, kardiyovasküler risk yönetimi için kanıta dayalı öneriler, tedavi klavuzları ve anti-TNF grubu ilaçların tedavideki etkinliği ile ilgili çalışmalar en çok atıf alan makalelerde ön plana çıkan konulardı. **Sonuç:** Bu bibliyometrik analiz, bilim dünyasının Psöriatik Artrit konusunda en çok atıfta bulunan makalelere gösterdiği ilgi düzeyine bir bakış sunmaktadır. Ülkeler arasında etkileşimler sunan, daha geniş veri tabanları kullanan ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik analiz, Atıf, Psöriatik artrit



[S-02]

Fibromiyalji sendromlu hastalarda metabolik sendrom sıklığı ve metabolik sendrom varlığının fibromiyalji sendromlu hastaların yaşam kalitesine etkisi

Gürkan Akgöl¹, Muhammet Şahin Elbastı¹, Arif Gülkesen¹, Gökhan Alkan¹, Arzu Kaya¹, Hasan Ulusoy²

¹Fırat Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Elazığ

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Fibromiyalji(FMS);yaygın vücut ağrısı,uyku bozukluğu,yorgunluk,anksiyete ve kognitif disfonksiyon ile giden sebebi bilinmeyen kronik sendrom olarak tanımlanmaktadır.Mevcut kanıtlar obezitenin FMS'de yaygın olduğunu göstermektedir.FMS hastalarında görülen kognitif disfonksiyonun oluşmasında metabolik sendromunda (MS) bir komponenti olan insülin direncinin rol alabileceği gösterilmiştir.Obezite ve insülin direnci aynı zamanda MS için birer risk faktörüdür.FMS' de yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi hastalığın tedavisini yönetme aşamasında önem arz etmektedir.Polikliniğimize başvuran kadın hastalarımızda MS sıklığını araştırmayı ve MS varlığının FMS'li hastaların yaşam kalitesine etkisini incelemeyi amaçladık. Gereç-Yöntem: Çalışmaya polikliniğimize 3 aydan uzun süredir devam eden yaygın ağrı nedeniyle başvuran 20-60 yaşları arasındaki 100 kadın hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 50 kişi 2013 alternatif FMS tanı kriterlerine göre FMS tanısı almış olan hastalar iken, geri kalan 50 kişi de yaygın ağrısı olan hastalardan oluşmaktaydı. İletişim kurulamayacak kişiler, çalışma zamanında klinik açıdan karışıklığa yol açacak hastalığı olan, kontrol altında olmayan endokrin hastalığı bulunan, inflamatuvar romatizmal hastalığı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların sosyodemografik özellikleri sorgulandı.Tüm hastaların aynı kişi tarafından tansiyon ve abdomen çevreleri ölçüldü. Hastaların; ağrı düzeyleri VAS (Vizüel Analog Skala), FMS'de yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumu Fibromiyalji Etki Anketi (FEA),genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi SF-36 (Short Form-36) ile değerlendirildi. Bulgular: İki grup arasında demografik veriler açısından anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$).Ancak FMS grubunda MS fazla izlendi ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). Her iki grup VKİ ($p>0,218$) ve ağırlık ($p>0,074$) açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken MS parametresi olan bel çevresi ($p<0,004$) her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermektedir. Grupları MS komponentleri açısından karşılaştırdığımızda tüm MS parametreleri FMS grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).FMS grubunda 28 kişide (%56), kontrol grubunda 19 kişide (%38) insülin direnci saptandı. Benzer şekilde VAS skoru ve FEA puanı da FMS grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). FMS grubunda yaşam kalitesi parametreleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001$). Sonuç: FMS'si bulunan hastalarda obezitenin hastalık oluşumuna veya progresyonuna etkisi olabileceği yapılan çalışmalarda ortaya atılmıştır.Fiziksel uygunluğun rolünü araştıran bir çalışmada obezite ile FMS semptom şiddeti arasında ilişki bulunmuş ve VKİ artmış hastalarda FMS semptomlarının daha şiddetli izlenebileceği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da bu çalışmayı destekleyecek şekilde VKİ arttıkça FMS hastalarının; ağrı düzeyi artmakta ($p=0,005$, $r=0,389$) ve FMS semptomlarının şiddetlenmekte ($p=0,047$, $r=0,283$) olduğu görüldü.Obezite ve insülin direnci arasında çok kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır.FMS' deki "hafıza eksikliğinin" sıklıkla prediyabet şeklinde insülin direnci ile ilişkili olduğunu ve insülin direncinin kognitif bozukluk için bağımsız bir risk faktörü olduğu öne sürülmüştür.Çalışmamız da insülin direnci ile VKİ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulamadık ($p=0,116$, $r=0,225$), ancak insülin direnci ile metabolik sendromun bir bileşeni olan bel çevresi arasında pozitif korelasyon saptadık ($p=0,048$, $r=0,281$).Çalışmamızda FMS grubunda daha fazla MS tanısı alan hasta bulunmaktaydı ve istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.Yapılan bir çalışmada FMS hastalarının fazla kilolu olduğu ve normal kilolu hastalara göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları ortaya konmuştur.Çalışmamızda FMS hastalarında kontrol grubuna göre artmış bel çevresi olduğu ancak VKİ ve ağırlık açısından anlamlı bir farklılık olmadığını saptadık ancak FMS grubunda VKİ arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptadık. Ancak yine de fibromiyalji tüm kadınların obez olmadığını veya metabolik sendrom geliştirmeyeceğini belirtmek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: fibromiyalji, metabolik sendrom, insülin direnci, obezite, yaşam kalitesi



[S-03]

Romatoid Artritli Hastalarda Komorbiditenin Değerlendirilmesi

Mehmet Ali Balcı

SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır

Amaç: Romatoid artrit (RA) etiyolojisi bilinmeyen, kıkırdak ve kemik erozyonuyla eklemlerin tahrip olmasına yol açan simetrik, inflamatuvar bir poliartritir (1). RA'nın kronik inflamatuvar durumu, kardiyovasküler (CV), onkolojik, enfeksiyöz, renal ve hematolojik komorbiditelere yol açabilir (2). Biz çalışmamızda kesitsel olarak RA hastalarının komorbiditelerini araştırmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza 2017-2020 yılları arasında SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğine başvuran 18 yaşından büyük RA tanılı hastalar alındı. Hastalar International Classification of Diseases, 9th revision (ICD-9) kodlamasına göre hastanemizin veri tabanından seçildi. Hastaların yaş, cinsiyet, tedavi, laboratuvar verileri ve DAS28 skorları hastane sisteminden taranıp kayıt edildi. İstatistiksel analizler SPSS V21.0 (IBM, Armonk, NY) yazılımı ile yapıldı. Kategorik verileri karşılaştırmak için ki kare testi ve gerektiğinde Fisher exact testi kullanıldı. Verilere Pearson korelasyon analizi uygulandı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 291 kadın, 77 erkek olmak üzere toplam 368 RA tanılı hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 52.5 ± 14.7 , ortalama takip süresi 27.7 ± 15.7 ay olarak tespit edildi. Laboratuvar açısından bakıldığında RF pozitifliği %74.7, anti-ccp pozitifliği %66.6 olarak saptandı. Hastalık aktivasyonu açısından bakıldığında DAS28 skoru ortalama 3.2 ± 1.3 (düşük-orta şiddette hastalık aktivasyonu) olarak tespit edildi. Tedavide en fazla metotreksatın kullanıldığı (%62) tespit edildi. Komorbid durumlara bakıldığında en sık hipertansiyon (%16.9), koroner arter hastalığı (%9.5) ve diyabet (%7.3) tespit edildi. Ayrıntılı veriler Tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmamızda en sık komorbid durum kardiyovasküler hastalıklar olarak tespit edildi, çalışmamıza benzer şekilde literatürde de RA'da en sık komorbidite kardiyovasküler hastalık olarak bildirilmiş (3). Çalışmamızda konvansiyonel DMARD (disease modifying anti rheumatic drug) kullanan 1 hastada primeri bilinmeyen metastatik karsinom geliştiği saptandı. Literatürde RA'da malignite riski normal popülasyona göre %10 arttığı, en sık akciğer kanseri ve lenfomanın görüldüğü bildirilmiş (4). RA hastalarının genel popülasyona göre enfeksiyon gelişme riskinin 2 kat fazla olduğu bilinmektedir (5). Bizim çalışmamızda ise 7 (%1.9) hastada hastaneye yatış gerektiren enfeksiyon saptandı. Çalışmamızda 12 (%3.3) vakada osteoporoz saptanmıştır. Literatürde ise RA'da osteoporoz sıklığı topluma oranla 2 kat fazla saptanmıştır (6). Yapılan korelasyon analizinde yaş arttıkça DAS28 skorlarında ($r:0.266$, $p:0.00$), koroner arter hastalığında ($r:0.322$, $p:0.00$) ve hipertansiyon ($r:0.339$, $p:0.00$) görülme sıklığında anlamlı derecede artış olduğu saptandı. Tedavi süresi uzadıkça DAS28 skorlarında ($r:-0.098$, $p:0.06$) azalma saptandı. Yapılan diğer korelasyon analizlerinde anlamlı bir sonuç elde edilmedi. Yapılan istatistiksel analizlerde cinsiyetler arasında klinik ve laboratuvar verileri açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç: Kronik inflamasyon sonucunda gelişen komorbid durumlar RA'da morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Hastalığın iyi bir şekilde kontrol altına alınması başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere komorbidit hastalıkların gelişmesini, morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Bu nedenle RA'da hastalık remisyonu elde etmek hem yaşam kalitesini arttırmak hem de morbidite ve mortaliteyi azaltmak açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, komorbidite, DAS28



Hastaların klinik, laboratuvar, tedavi ve komorbidit hastalıklarının genel dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam	P
Hasta sayısı, s(%)	291 (79.1)	77 (%20.9)	368 (100)	>0.5
Yaş, ortalama+ss (yıl)	52.7±14.5	51.8±15.3	52.5±14.7	>0.5
Takip Süresi, ortalama+ss (ay)	27.8±15.8	27.2±15.2	27.7±15.7	>0.5
DAS28, ortalama+ss	3.1±1.3	3.3±1.4	3.2±1.3	>0.5
RF pozitifliği, s(%)	57 (74.0)	218 (74.9)	275 (74.7)	>0.5
Anti-CCP pozitifliği, s(%)	195 (67.0)	50 (64.9)	245 (66.6)	>0.5
Steroid, s(%)	167 (57.4)	41 (53.2)	208 (56.5)	>0.5
Metotreksat, s(%)	179 (61.5)	49 (63.6)	228 (62.0)	>0.5
Leflunomid, s(%)	80 (27.5)	16 (20.8)	96 (26.1)	>0.5
Sulfasalazin, s(%)	63 (21.6)	21 (27.3)	84 (22.8)	>0.5
Hidroksiklorokin, s(%)	140 (48.1)	32 (41.6)	172 (46.7)	>0.5
bDMARD, s(%)	28 (9.6)	8 (10.3)	36 (9.8)	>0.5
Diyabet, s(%)	21 (7.2)	6 (7.8)	27 (7.3)	>0.5
Hipertansiyon, s(%)	50 (17.2)	12 (15.6)	62 (16.9)	>0.5
Hiperlipidemi, s(%)	17 (5.8)	5 (6.5)	22 (6)	>0.5
Koroner arter hastalığı, s(%)	28 (9.6)	7 (9.1)	35 (9.5)	>0.5
Kronik böbrek yetmezliği, s(%)	2 (0.7)	2 (2.6)	4 (1.1)	>0.5
Osteoporoz, s(%)	1 (1.3)	11 (3.8)	12 (3.3)	>0.5
Astım, s(%)	7 (2.4)	1 (1.3)	8 (2.2)	>0.5
Hepatit B, s(%)	3 (3.9)	4 (1.4)	7 (1.9)	>0.5
Malignite, s(%)	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)	>0.5
Enfeksiyon, s(%)	4 (1.3)	3 (3.9)	7 (1.9)	>0.5

Kaynaklar:

1. PJW Venables, MA, MB BChir, MD, FRCP. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. Uptodate. Literature review current through: Feb 2021. | This topic last updated: Nov 25, 2020.
2. Marcucci E, Bartoloni E, Alunno A, Leone MC, Cafaro G, Luccioli F, et al. Extraarticular rheumatoid arthritis. Reumatismo 2018;70:212–24. <https://doi.org/10.4081/reumatismo.2018.1106>.
3. Avanoğlu Güler A, Tufan A. Romatoid artrit ve komorbiditeler. Ateş A, editör. Romatoid Artrit. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. P.75-9.
4. Simon TA, ve ark. Incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis. Arthritis Res Ther. 2015; 17:212.
5. Doran MF, ve ark. Frequency of infection in patients with rheumatoid arthritis compared with controls: a population-based study. Arthritis Rheum. 2002;46(9):2287-93.
6. Sapir-Koren R, Livshights G. Postmenopausal osteoporosis in rheumatoid arthritis: The estrogen deficient-immune mechanisms link. Bone 2017;103-102-115.



[S-04]

Güneydoğu Anadolu Bölgesi Tek Merkez Adalimumab Yan Etki Deneyimi

Lütfi Akyol

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Romatoloji Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Anti Tümör Nekrozis Faktör- α (TNF- α) ajanlar 2002 yılından beri etkili bir şekilde inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadırlar. Adalimumab (ADA), infliximab (IFX), sertolizumab (CZP), ve golimumab (GOL) monoklinal antikor yapısında, etanercept (ETA) reseptör füzyon proteindir. İyi bilinen ve sık görülen yan etkileri enfeksiyonlar, alerjik reaksiyonlar, injeksiyon yeri reaksiyonları daha nadir olarak da kardiyovasküler hastalıklar ve bazı malignitelere. Bu çalışmada ADA tedavisi alan hastalarda gelişen yan etkileri araştırmayı amaçladık. **Gereç-Yöntem:** 2017-2020 yılları arasında SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran, ADA tedavisi ilk kez başlanan veya devam eden, 18 yaşından büyük hastalar çalışmaya alındı. Hastaların tanıları, yaş, cinsiyet, anti TNF- α tedavi süreleri, komorbiditeleri hastane veritabanından kaydedildi. Takiplerinde allerji, enfeksiyon, kardiyovasküler hastalık, malignite gelişip gelişmediği, anti TNF- α tedavinin değişip değişmediği ve mortaliteleri retrospektif olarak incelendi. **Bulgular:** Toplam 168 (93 erkek, 75 kadın) hasta çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 39.3 ± 13 yıl, almış oldukları anti TNF- α tedavi süresi ortalama 49 ± 35 ay idi. 78 (%46.4) hasta ankilozan spondilit(AS), 63 (%37.5) hasta romatoid artrit (RA), 11(%6.5) hasta Behçet hastalığı ilişkili üveit, 10(%6) hasta psöriyatik artrit (PsA), 4(%2.4) hasta inflamatuvar bağırsak hastalığı(İBH) ilişkili artrit ve 2(%1.2) hasta juvenil RA(JRA) tanısıyla takip edilmekteydi. 5'er hastada diyabetes mellitus, hiperlipidemi ve hipertansiyon, 3 hastada koroner arter hastalığı, 2 hastada kronik böbrek yetmezliği ve 1 hastada kronik hepatit B komorbidite olarak eşlik etmekteydi. 2 hastada operasyon öyküsü vardı, ilki ülseratif kolit nedeniyle total kolektomi ikincisi nefrolitiazis nedeniyle opere olmuştu. Latent tüberküloz enfeksiyonu tarama açısından yapılan PPD/Quantiferon testi 63 hastada pozitif. 139 hastada brusella rose bengal ve aglütinasyon testi negatif idi Hastaların yaklaşık 50 ay süren takiplerinde enfeksiyon açısından; 7 hastada covid pnömonisi ve 2 hastada sistit izlendi. Hepatit B tanısı olan hastada aktivasyon görülmedi. Hiçbir hastada kardiyovasküler hastalık kötüleşmesi, tüberküloz aktivasyonu, brusella ve malignite izlenmedi. 2 hastada kaşıntılı alerjik cilt döküntüsü, 2 hastada ise paradoxal psöriazis izlendi. AS hastalarının ortalama başlangıç ve son Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) skoru 5.1 ± 0.3 vs 2.8 ± 0.3 idi ($p < 0.01$). Behçet-üveit hastalarında tedavi sonrası görme keskinliği anlamlı şekilde düzelirken ($p < 0.01$) sadece 1 hastada tekrar üveit atağı görüldü. 35 hastada anti TNF- α tedavi de değişiklik yapılmıştı. 26 hasta adalimumab tedavisinden başka bir biyolojik tedaviye, 9 hasta ise diğer biyolojik tedavilerden adalimumab tedavisine geçmişti. RA tanısıyla takipli 66, 65 ve 62 yaşında 3 hasta, tedavilerinin yaklaşık birinci yılında exitus olmuştu. İkisinin ölüm nedeni pnömoni ve sepsis iken diğerinin ölüm nedeni bilinmiyordu. **Sonuç:** Adalimumab inflamatuvar artritler ve Behçet Hastalığı'na bağlı üveit tedavisinde etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Hastalar enfeksiyon, alerjik ve paradoxal reaksiyon riski açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, Anti TNF- α Tedavi, Behçet Hastalığı, Romatoid artrit, Yan etki



[S-05]

Ege Bölgesi'nde MEFV Gen Varyant Sıklığının Araştırılması

Filiz Hazan¹, Semra Gürsoy²

¹Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik, İzmir

²Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Genetik, İzmir

Amaç: Otozomal resesif kalıtılan Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF), en sık görülen herediter otoinflamatuvar hastalıktır. Hem çocukluk hem de erişkin dönemde klinik bulgu veren FMF hastalığı, MEFV genindeki mutasyonlar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu retrospektif çalışmada, FMF ön tanısı ile MEFV gen analizi yapılan hastaların moleküler genetik analizini değerlendirmeyi amaçladık. **Gereç-Yöntem:** 2010-2020 yılları arasında, FMF ön tanısı ile MEFV gen analizi yapılan, yaşları 1-18 yaş arası değişen 7097 hasta çalışmaya dahil edildi. MEFV geninin 22 varyantını saptamak için, 8 hedef sekans bölge, polimeraz zincir reaksiyonu ile çoğaltılarak, pyrosekans yöntemi ile analiz edildi. **Bulgular:** Hastaların 2492'sinde (%35,12), MEFV geninde 1 veya daha fazla varyant saptandı. MEFV gen varyantlarının, 1989 hastada (%42,5) heterozigot olduğu görüldü. Birleşik heterozigot, homozigot ve kompleks genotip frekansı sırası ile %17,8 (314 hasta), %7,9 (176 hasta) ve %0,52 (13 hasta) idi. En sık MEFV gen varyantının E148Q (%32,6) olduğu görüldü. Diğer sık görülen varyantlar sırasıyla; M694V (%32,26), V726A (%10,03) ve M680I(G>C) (%8,1) olarak belirlendi. En sık homozigot genotip; M694V/M694V (%4,6) iken en sık birleşik heterozigot genotipler sırasıyla; M694V/E148Q (%2,52), E148Q/P369S (%2,32) and M694V/M680I(G>C) (%2,16) idi. **Sonuç:** Ege bölgesinde yapılmış en geniş kapsamlı MEFV gen analizi sonucunun değerlendirildiği çalışmamızda, E148Q varyantı en yüksek oranda tespit edilmiştir. Ülkemizden yapılmış diğer çalışmalar ile uyumlu şekilde allel frekansı en yüksek MEFV gen varyantları; E148Q, M694V, V726A, ve M680I(G>C) olarak belirlenmiştir. Ancak diğer çalışmalara oranla, MEFV gen heterozigot varyantı daha fazla iken, homozigot genotipin daha az olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, MEFV, varyant



[S-06]

Romatoid Artrit Hastalarında Fibromiyalji Varlığının Kinezyofobi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Zeynep Karakuzu Güngör

Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Batman

Amaç: Romatoid artrit (RA), kronik inflamasyon ve iskelet sisteminin fonksiyonel kısıtlılığı ile ilişkili en sık görülen inflamatuvarromatizmal hastalıktır. Fibromiyalji (FMS) sıklığının romatolojik hastalıklarda daha yüksek olduğu bilinmektedir. RA, kronik ağrıyla giden hastalıklar içerisinde yer aldığı için bu hastalarda yüksek kinezyofobi düzeyi ve düşük yaşam kalitesi olabileceği düşünülmektedir. RA'ya FMS'nin eklenmesi ile bu durumun daha da artabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmamızın amacı, RA'lı hastalarda FMS varlığının kinezyofobi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmaktır. **Gereç-Yöntem:** Çalışmaya Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniğinde 18-65 yaş arası, American College of Rheumatology (ACR) kriterlerine göre en az bir yıldır RA tanısı olan ve tedavisi yapılan, kadın hastalar dahil edildi RA ile birlikte ek romatizmal hastalığı olanlar ve psikiyatrik tanısı bulunanlar çalışmaya alınmadı. RA'ya eşlik eden FMS varlığı araştırıldı. FMS tanısı ACR 1990 kriterlerine göre en az 3 aydır devam eden yaygın ağrı olması ve hassas nokta sayısına (18 noktadan 11 inde hassasiyet olması) bakılarak konuldu. Grup 1'i sadece RA tanısı olanlar, Grup 2'yi RA ve FMS tanısı olanlar oluşturdu. Tüm hastaların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali), hastalık süreleri, ek hastalık varlığı, kullandıkları ilaçlar kaydedildi. RA hastalarının hassas eklem, şiş eklem sayılarına bakıldı, ağrı düzeyleri vizüel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastaların eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) değerleri kaydedildi ve DAS 28 skorları hesaplandı. Tüm hastaların hassas nokta muayeneleri yapılarak hastalara fibromiyalji etki anketi (FEA) dolduruldu. Hastaların kinezyofobi değerlendirmesinde Tampa kinezyofobi ölçeği kullanıldı. Yaşam kalitesi, kısa form-36 (SF-36) anketi ile değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışmaya toplamda 60 hasta alındı. Grup 1'de 39 hasta (%65), Grup 2'de 21 (%35) hasta yer almaktaydı. Çalışmaya katılan hastaların ortalama hastalık süresi 6,24±4,04 yıldır. Çalışmaya katılan hastalardan 12 (%20) biyolojik ajan tedavisi kullanırken, 48 (%80) hasta hastalık modifiye edici romatizmal ilaç kullanıyordu. Grup 1 ve 2 arasında hastalık süreleri, şiş eklem sayısı, sedimentasyon ve CRP değerleri karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). FMS'li RA hastalarında hassas eklem sayısı, VAS ve DAS 28 skorları anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Bununla birlikte Grup 2'de DAS 28, VAS ve hassas eklem sayısı ile FEA skor arasında anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilemedi ($p>0.05$). Tampa skoru ortalamalarına bakıldığında, 2. hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kinezyofobi skorları daha yüksek saptandı ($p<0,001$) Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği skorlarına bakıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlaması, enerji -canlılık, genel sağlık algısı alt parametrelerindeki değerlerin grup 2 de daha düşük olarak saptandı ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p<0.05$) **Sonuç:** Çalışmamızda RA'ya eşlik eden FMS varlığında kinezyofobi değerlerinin daha yüksek olduğunu ve yaşam kalitesi değerlerinde azalma olduğu saptanmıştır. Bu konuda daha yüksek hasta sayılı, daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Fibromiyalji, Kinezyofobi, Yaşam Kalitesi



POSTER BİLDİRİLER

[P-01]

Sistemik Lupus Eritematozus ve Üveit Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Ekin Başak Doğançlı¹, Emine Çinici², Meltem Alkan Melikoğlu¹

¹Atatürk üniversitesi, Fiziksel tıp ve rehabilitasyon Ana bilim dalı, Romatoloji bilim dalı, Erzurum

²Atatürk üniversitesi, Göz hastalıkları Ana bilim dalı, Erzurum

Giriş-Amaç:

Sistemik lupus Eritematozus (SLE), etyolojisi tam olarak bilinmeyen, kronik, multisistemik, otoimmün bir hastalıktır. Oküler semptomlar hastaların 3'te 1'inde görülmektedir. Oküler tutulumun patogenezi ise endotelial hücrelerdeki immün kompleks depozisyonu, vaskülit, tromboz gibi faktörler yatmaktadır (1). Oküler belirtiler ya hastalığın kendisiyle ilgilidir ya da kullanılan medikal tedavilerle ilişkilidir. SLE'nin oküler bulgularını bilmek ve erkenden tanımak önemlidir. Çünkü bazen hastalığın başlangıç bulgusu olarak karşımıza çıkarlar. En sık keratokonjontivitis sikka saptanır. 2. En sık ise retinal vaskülopati görülür. Bununla birlikte daha nadir olarak konjunktivit, episklerit, sklerit, optik nöropati, üveit de karşımıza çıkabilir (2). Bu olgu sunumunun amacı: Diğer üveit nedenleri dışlandığında, SLE ile üveit birlikteliğine dikkat çekmektir.

Olgu:

42 y, K hasta. 2017 yılında cilt döküntüleri, fotosensitivite ve artralji yakınmasıyla başvurduğu dış merkezde ANA pozitifliği, Anti-ds DNA yüksekliği, C3 ve C4 düşüklüğü nedeniyle hastaya SLE tanısı konulmuş. Hidroksiklorokin 200 (hcq) 2x1 başlanmış. Takiplerinde Atatürk üniversitesi FTR-Romatoloji polikliniğine başvuran hastada tedaviye dirençli proteinüri saptandı (24 h'lik idrarda proteinüri:1,2 gr). Hastaya yapılan böbrek biyopsisi sonucu class 3 lupus nefriti (fokal proliferatif lupus nefriti) ile uyumlu geldi. Bunun üzerine hastaya indüksiyon tedavisinden sonra mikofenolat mofetil 500 mgr (MMF) 2x2 tedavisi de eklendi. Hcq 200 2x1 ve MMF 500 2x2 tedavileri altında hastanın proteinürisi geriledi (spot idrar protein/kreatinin: 0,2). Hasta, sol gözde görme kaybı ile göz polikliniğine başvurmuş. Göz hastalıkları tarafından yapılan muayenesinde sol gözde görmesi 1 MPS, To: 14 mmHg ÖS: +4 tındal, vitrede yoğun hücre ve periferde şüpheli koryoretinit alanları (resim 1) bulunması ve fundusun flu aydınlanması (şekil 2) nedeniyle panüveit teşhisi konularak hospitalize edildi. Hastaya saat başı topikal prednizolon asetat damla, sikloplejik ajanlar 3x1 başlandı. 3. günde görme 1/10 seviyesine yükseldi, vitritis geriledi, yapılan fundus muayenesinde yaygın koryoretinit odakları, vasküler kılıflanmalar (şekil 1) ve maküler ödem olduğu görüldü. Enfeksiyon ve tüberküloz ekarte edilen hastaya 3. günden sonra 1mg/kg'dan metilprednizolon başlandı. Bu arada polikliniğimize konsülte edilen hastada olası panüveit nedenleri araştırıldı. Ancak, SLE dışı herhangi bir patoloji saptanmadığı için hastaya SLE'ye bağlı nadir görülen panüveit tanısı konuldu. Hastaya azatiyopurin 50 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde tındal düzeldi, vitritis rahatladı, koryoretinit odakları geriledi.

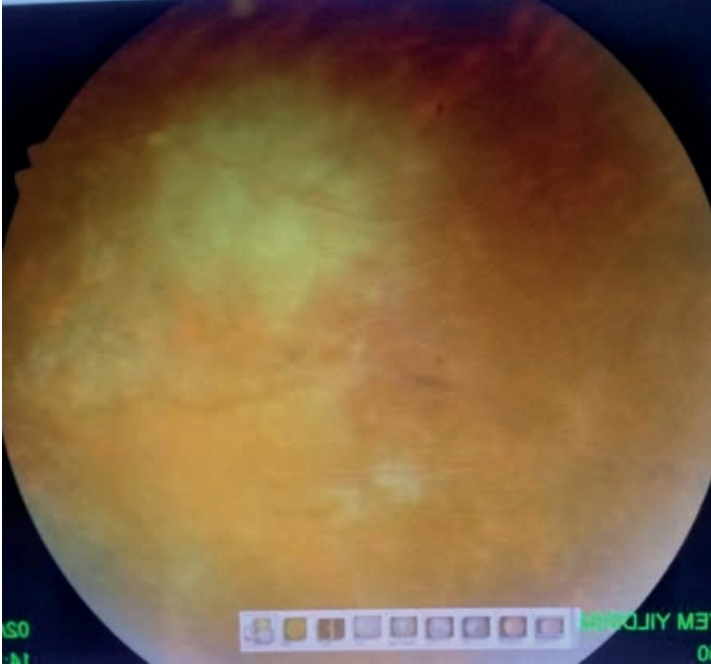
Tartışma ve Sonuç:

Üveit, gözün üveasının inflamasyonu anlamına gelir. Gözde ağrı, kızarıklık, bulanık görme, fotofobi gibi semptomlarla karşımıza çıkar. Etiyolojisine baktığımızda karşımıza enfeksiyonlar, ilaçlar, sistemik inflamatuvar hastalıklar, tübülointerstisyel nefrit..vs çıkabilir (3). SLE de sistemik inflamatuvar bir hastalık olarak, nadir de olsa üveite yol açabilir. SLE'deki üveit prevalansı %0.1-%4.8 arasında değişir (4) SLE deki üveit sıklıkla anterior kompartmanı tutmakla birlikte posterior kompartmanı da tutabilir. Çok Çok nadir de olsa vakamızda olduğu gibi panüveit şeklinde karşımıza çıkabilir. Lokal antiinflamatuvar tedaviye genelde cevap verir. Lokal tedaviye cevapsiz olgularda immünespresif tedavi düşünülmelidir. Oküler semptomların varlığı hastalık aktivitesiyle ilişkilidir (5). O yüzden üveit gibi bir oküler tutulumu saptamak, tedavinin uygun düzenlenmesi açısından da önemlidir. Sonuç olarak, bütün diğer tanılar dışlandıktan sonra SLE'nin de üveite yol açabilecek bir hastalık olduğunu akılda tutmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: Oküler tutulum, SLE, Üveit

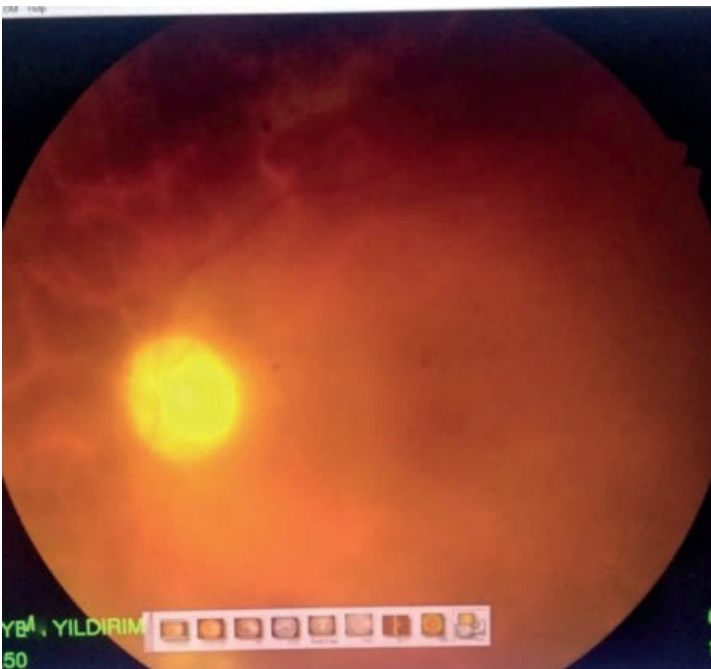


Resim 1



vitrede yoğun hücre ve periferde şüpheli koryoretinit alanları

Resim 2



fundusun flu aydınlanması



[P-02]

Donuk Omuzlu Hastalarda Kinezyofobinin Anksiyete, Üst Ekstremitte Dizabilitesi Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Öznur Batmaz¹, Burkey Yakar¹, Tacettin Mirzaoğlu³, İbrahim Batmaz²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Elazığ

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

³Memorial Hastanesi, FTR Bölümü, Diyarbakır

Amaç: Donuk Omuz (DO) tanılı hastalarda kinezyofobinin üst ekstremitte dizabilitesi, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı polikliniğine Eylül 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında başvuran; Klinik değerlendirme ve radyolojik tetkikler sonucunda 18-75 yaş arasında ve çalışmaya katılmayı kabul eden; DO tanısı almış, çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun 48 olgu hasta grubunda; omuz hastalığı bulunmayan çalışmaya dahil edilme ve dışlama kriterlerine uygun, 18-75 yaş arasında sağlıklı 40 olgu kontrol grubunda olmak üzere, toplam 88 olgu çalışmaya dahil edildi. Hastalarda ve kontrol grubunda kinezyofobiyi değerlendirmek için TAMPA ölçeği kullanıldı. Hasta grubunda anksiyeteyi değerlendirmek için Beck Anksiyete ölçeği; üst ekstremitte dizabilitesini değerlendirmek için The Disabilities of The Arm, Shoulder and Hand (DASH)ölçeği; yaşam kalitesini değerlendirmek için de Short Form (SF)-36 kullanıldı. **Bulgular:** Hasta grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında TAMPA ölçeği hasta grubunda anlamlı olarak saptandı. Korelasyon analizine göre hastagrubunda TAMPA ölçeği; Beck-Anksiyete ve DASH ölçekleriyle pozitif korelasyon gösterirken, SF36-Fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve sosyal işlevsellik ile negatif korelasyon saptandı. **Sonuç:** DO'lu hastalarda kinezyofobi, artmış anksiyete ve üst ekstremitte dizabilitesinin yanında düşük yaşam kalitesiyle de ilişkili görülmektedir. Hareket kısıtlılığının uzaması ve iyileşmenin gecikmesinin nedenleri arasında yapısal bozukluklarla birlikte psikolojik faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu nedenle DO'lu hastalar tedavi amaçlı değerlendirildiğinde medikal ve fizik tedavi yanında psikolojik destek tedavilerinin de hastalara uygulanması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Donuk omuz, kinezyofobi, anksiyete, dizabilite, yaşam kalitesi



www.dicleromatoloji.org



ORGANİZASYON SEKRETARYASI
TOPKON KONGRE VE ETKİNLİK HİZMETLERİ
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24
34724 Kalamış - Kadıköy / İstanbul
Tel: 0216 330 90 20 • Faks: 0216 330 90 05
E-posta: dicleromatoloji@topkon.com