

UDERS

2023

Ulusal
Dermatoloji & Romatoloji
Sempozyumu

BİLDİRİ KİTABI

5-8 Ekim
2023

Shimall Otel
Gaziantep

www.uders.org

ULUSAL DERMATOLOJİ & ROMATOLOJİ SEMPOZYUMU 2023 (UDERS) BİLİMSEL PROGRAM

5 EKİM 2023, PERŞEMBE

SALON-A

14:00-14:30	AÇILIŞ	
14:30-15:45	VİTİLİGO	
	Oturum Başkanı: <i>Ali Tahsin Güneş, Emel Fetil</i>	
14:30-14:50	Etyopatogenez	<i>Sevgi Akarsu</i>
14:50-15:10	Tedavi Prensipleri	<i>Emel Fetil</i>
15:10-15:30	Tedavide Yenilikler	<i>Turhan Şahin</i>
15:30-15:45	Tartışma	
15:45-16:00	KAHVE ARASI	
16:00-17:15	ATOPIK DERMATİT	
	Oturum Başkanı: <i>Özlem Su Küçük, Başak Yalçın</i>	
16:00-16:20	İmmunopatogenez ve Klinik Yansımaları	<i>Başak Yalçın</i>
16:20-16:40	Atipik Klinik Görünüm ve Ayırıcı Tanı	<i>Demet Kartal</i>
16:40-17:00	Olgularla Yeni Sistemik Tedaviler	<i>Zafer Türkoğlu</i>
17:00-17:15	Tartışma	
17:15-18:15	DERMATOLOJİDE ACİL İLAÇ KULLANIMI	
	Oturum Başkanı: <i>Fatma Elif Yıldırım</i>	
17:15-17:35	Toksik Epidermal Nekroliz	<i>İsa An</i>
17:35-17:55	Kawasaki Hastalığı	<i>Bilal Sula</i>
17:55-18:15	Akılcı İlaç Kullanımı	<i>Orhan Zengin</i>

6 EKİM 2023, CUMA

SALON-A

09:00-10:25	PSORİASIS	
	Oturum Başkanları: <i>Servet Akar, Ali Tahsin Güneş</i>	
09:00-09:20	Paradoksal Psoriasis	<i>Serkan Yazıcı</i>
09:20-09:40	Psoriasisde Anti IL-17 Tedavisi	<i>Aslı Hapa</i>
09:40-10:00	Psöriatik Artrit Tanı İçin İpuçları	<i>Yavuz Pehlivan</i>
10:00-10:20	Psoriasisde Anti IL-23	<i>Özlem Su Küçük</i>
10:20-10:25	Tartışma	
10:25-10:45	KAHVE ARASI	
10:45-11:30	UYDU SEMPOZYUMU (LİLLY)	
	Romatoid Artrit Tedavisinde Baricitinib ve Psöriyatik Artrit Tedavisinde İxekizumab Etkililik ve Güvenlilik Verileri	
	Moderatör: <i>Dr. Bünyamin Kısacık</i>	
	Konuşmacılar: <i>Dr. Emrah Koç, Dr. İsmail Uçar</i>	
11:30-12:45	LUPUS	
	Oturum Başkanları: <i>Zeynep Topkarcı, Sedat Kiraz</i>	
11:30-11:50	Kutanöz Lupus Eritematozus	<i>Zeynep Topkarcı</i>
11:50-12:10	Lupus Klinik Bulgular	<i>Servet Yalbaş</i>
12:10-12:30	Lupus Tedavide İpuçları	<i>Ahmet Karataş</i>
12:30-12:45	Tartışma	
12:45-14:00	ÖĞLE YEMEĞİ	
14:00-15:15	BEHÇET	
	Oturum Başkanları: <i>Murat Borlu, Serdal Uğurlu, Vedat Hamuryudan</i>	
14:00-14:20	Behçet Hastalığında Zor Tedavilerin Yönetimi	<i>Murat Borlu</i>
14:20-14:40	Behçet Klinik Bulgular/Aynı Değişen Bulgular	<i>Gezmiş Kimyon</i>
14:40-15:00	Behçet Hastalığına Güncel tedavi Yaklaşımı	<i>Süleyman Serdar Koca</i>
15:00-15:15	Tartışma	
15:15-16:00	UYDU SEMPOZYUMU (JANSSEN)	
	Tremfya ile Psoriasisde Sürdürülebilir Tam Temizlenme	
	Moderatörler: <i>Dr. Çiğdem Asena Doğramacı</i>	
	Konuşmacılar: <i>Dr. Sinan Doğan & Dr. Bilal Sula</i>	
16:00-16:30	KAHVE ARASI	
16:30-17:45	MİKOZİS FUNGOİDES	
	Oturum Başkanları: <i>Çiğdem Doğramacı, Özlem Su Küçük</i>	
16:30-16:50	Kutanöz T Hücreli Lenfomalara Genel Bakış	<i>Çiğdem Doğramacı</i>
16:50-17:10	Erken Evre MF Tanı	<i>Özlem Su Küçük</i>
17:10-17:30	Olgular Eşliğinde MF Tedavisi	<i>Salih Levent Çınar</i>
17:30-17:45	Tartışma	

7 EKİM 2023, CUMARTESİ

SALON-A

BÜLLÖZ HASTALIKLAR	
09:00-10:15	Oturum Başkanları: Akın Aktaş , Orhan Özgöztası
09:00-09:20	Pemfigusta Güncel Tanı ve Tedavi <i>Erhan Ayhan</i>
09:20-09:40	Büllöz Pemfigoid: Güncel ve Yeni Tedaviler <i>İsa An</i>
09:40-10:00	Büllöz Pemfigoide Yaklaşım <i>Mustafa Aksoy</i>
10:00-10:15	Tartışma
KAHVE ARASI	
UYDU SEMPOZYUMU (ABBVİE)	
Psoriatik Artrit Tedavisinde Artan Seçenekler ve İyileşen Yaşamlar Moderatör: Dr. Başak Yalçın	
Psoriatik Artrit Tedavi Yolculuğunda HUMIRA	<i>Dr. Ahmet Karataş</i>
Skyrizi, Psoriasis ve Psoriatik Artritte Hedefe Ulaştıran Seçenek	<i>Dr. Ragıp Ertas</i>
11:30-12:45	Oturum Başkanları: Necmettin Kırtak, Orhan Zengin
11:30-11:50	Pyoderma Gangrenosuma Genel Bakış <i>Gökçe Işıl Kurmuş</i>
11:50-12:10	Spondilartropatilerde PG <i>Fatih Albayrak</i>
12:10-12:30	Diğer Romatolojik Hastalıklarda PG <i>Emrah Koç</i>
12:30-12:45	Tartışma
ÖĞLE YEMEĞİ	
ERİTEMA NODOZUM	
14:00-15:15	Oturum Başkanları: Mehmet Melikoğlu , Adem Küçük
14:00-14:20	Eritema Noduzum Etiyolojisi <i>Mehmet Melikoğlu</i>
14:20-14:40	Klinik Bulgular ve Tanı <i>Ümit Tursen</i>
14:40-15:00	Romatoloji Pratiğinde Eritema Nodosum <i>Ayten Yazıcı</i>
15:00-15:15	Tartışma
UYDU SEMPOZYUMU (LİLLY)	
Gerçek Yaşam Deneyimleri Işığında Copellor ile Hızla Başlayan Sürdürülebilir Tam İyileşme Moderatör: Dr. Serhat İnalöz Konuşmacılar: Dr. Aslı Hapa, Dr. Demet Kartal	
KAHVE ARASI	
ALOPEŞİA	
16:30-17:55	Oturum Başkanları: Sedat Akdeniz, Orhan Özgöztası
16:30-16:50	Alopesia Areta Etiyopatogenezi <i>Sedat Akdeniz</i>
16:50-17:10	Alopesia Areta Tedavisi <i>Zeynep Büşra Balık</i>
17:10-17:30	Alopesia Areatada Komorbiditeler <i>Zeynep Altan Ferhatoğlu</i>
17:30-17:45	Tartışma

SALON-B

KOZMETİK KURSU-1	
11:30-12:45	Oturum Başkanı: Zafer Kurumlu
11:30-12:00	Botulinum Toksin Uygulamaları <i>Didem Dinçer</i>
12:00-12:45	İp Uygulamaları <i>Erol Koç</i>
ÖĞLE YEMEĞİ	
KOZMETİK KURSU-2	
14:00-15:15	Oturum Başkanı: Zafer Kurumlu
14:00-15:15	Dolgu Uygulamaları <i>Recep Dursun, Abdullah Yıldız</i>
KAHVE ARASI	
SÖZLÜ SUNUMLAR	
16:30-17:50	Oturum Başkanı: Bünyamin Kısacak , İrada İbrahimhalilova
16:30-16:40	Erdheim-Chester hastalığı: Bir olgu sunumu <i>Cansu Arslantürk Güneysu</i>
16:40-16:50	Romatoloji Pratiğinde 82 Pemio Vakasının Klinik ve Demografik özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi <i>Fatih Albayrak</i>
16:50-17:00	Psöriatik artrit ile ilgili youtube videoları hastalar için ne kadar kaliteli ve güvenilir? <i>Nihan Gültekin</i>
17:00-17:10	Monoklonal Antikor Kullanan Psoriasis ve Psoriatik Artrit Hastalarının Latent Tüberküloz Enfeksiyonu Açısından Değerlendirilmesi <i>Mustafa Tannverdi</i>
17:10-17:20	Alopesia areata hastalarında tırnak değişikliklerinin dermoskopik incelenmesi: retrospektif bir çalışma <i>Fatmagül Gülbaşaran</i>
17:20-17:30	Kronik spontan ürtikerde dış ve dış eti hastalıklarının hastalık şiddeti ve tedavi yanıtları üzerine etkisi <i>Sinem Örnek Özdemir</i>
17:30-17:40	Paronisiinin Nadir Bir Nedeni: Kutanoz Leishmaniasis <i>İsa An</i>
17:40-17:50	Diskoid Lupus Eritematozus Hastalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi <i>Zeynep Büşra Balık</i>

8 EKİM 2023, PAZAR

SALON-A

PARADOKSAL PSORİASİS		
09:00-10:15	Oturum Başkanları: Burhan Engin , Bünyamin Kısacık	
09:00-09:20	Paradoksal Psöriaste Etiyapatogenez	<i>Burhan Engin</i>
09:20-09:40	Paradoksal Psöriaste Yeni Tedavi Yaklaşımları	<i>Meltem Türkmén</i>
09:40-10:00	Romatoloji Pratiğinde Paradoksal Psöriasis	<i>Mehmet Sayarlıoğlu</i>
10:00-10:15	Tartışma	
KAHVE ARASI		
TEDAVİDE YENİLİKLER		
10:45-12:00	Oturum Başkanları: Serap Öztürkcan , Orhan Özgöztaş	
10:45-11:05	Büllöz Hastalıklar Tedavisinde Yenilikler	<i>Didem Didar Balcı</i>
11:05-11:25	Ürtiker ve Atopik Dermatitde Yeni Tedaviler	<i>Ülker Gül</i>
11:25-11:45	Psoriasis Tedavisinde Yeni Ajanlar	<i>Sinan Doğan</i>
11:45-12:00	Tartışma	
KAPANIŞ		

KURULLAR

Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. Serhat İnalöz

Sempozyum Bilimsel Sekreteryası

Doç. Dr. Bünyamin Kısacık

Sempzoyum Bilimsel Kurulu

Prof. Dr. Ali Tahsin Güneş

Prof. Dr. Bilal Sula

Prof. Dr. Burhan Engin

Prof. Dr. Çiğdem Doğramacı

Prof. Dr. Derya Uçmak

Prof. Dr. Erol Koç

Prof. Dr. Perihan Öztürk

Prof. Dr. Serap Öztürkcan

Prof. Dr. Server Serdaroğlu

Prof. Dr. Süleyman Serdar Koca

Prof. Dr. Yalçın Tüzün

Prof. Dr. Zafer Kurumlu

Doç. Dr. Fatih Karaaş

Doç. Dr. İsa An

Doç. Dr. Mustafa Aksoy

Doç. Dr. Servet Yolbaş

Dr. Öğrt. Üyesi Gezmiş Kimyon

Dr. Öğrt. Üyesi Orhan Zengin

Uzm. Dr. Çağdaş Boyvadoğlu

Uzm. Dr. Emrah Koç

Uzm. Dr. Fatih Albayrak

Uzm. Dr. Hande Ece Öz

KONUŞMA
ÖZETLERİ

Alopesi Areata Tedavisi

Dr. Zeynep Büşra BALIK¹

¹S.B.Ü. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Alopesi areata (AA) kıl foliküllerinin kronik, tekrarlayıcı skarsız saç dökülmesiyle sonuçlanan otoimmün hastalıdır. Hastalığın gidişatı öngörülemez olup, nöksler ve iyileşme ataklarıyla seyrederek ve kıl foliküllerine karşı T lenfosit aracılıklı organa özgü otoimmün reaksiyon sonucu meydana gelir ¹. Hastalığın kendi kendini iyileştirebilen doğasına rağmen, AA genellikle müdahale gerektiren bir durum olarak kabul edilmektedir ²AA tedavisi planlanırken hastanın yaşı, hastalık süresi ve yaygınlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca tedavi planı sürecinde erken başlangıç yaşı, pozitif aile öyküsü, atopi varlığı, diğer otoimmün hastalıkların varlığı, tırnak tutulumunun bulunması, ofiyazis, yaygın tutulumun saptanması ve beş yıldan uzun süreli hastalık öyküsü gibi negatif prognostik faktörlerin bulunması halinde tedaviye direnç ve nöks gibi durumlarla karşılaşabileceği hasta/yakını ile gerçekçi beklentiler açısından konuşulmalıdır. Literatürde AA tedavisinde kullanılan birçok topikal veya sistemik tedavi ajanı bildirilmiştir. Ancak tedaviler ile ilgili uluslararası standart bir konsensus bulunmamaktadır ³. AA'nın daha iyi yönetimi için hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi çok önemlidir. Geleneksel olarak Alopesi Şiddeti Aracı (SALT) Skoru, saç dökülmesinin boyutunun klinisyenlerin perspektifinden değerlendirilmesi için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu skorlama sisteminde saçlı derinin dört alanında terminal saç çıkışı görsel olarak değerlendirilir. SALT skoru=[(saç kaybı yüzdesi) sağ yan x 18]+[(saç kaybı yüzdesi) sol yan x18]+[(saç kaybı yüzdesi) üst x 40]+[(saç kaybı yüzdesi) arka x 24] S0: Saç kaybı yok. S1:<%25, S2: %25-49, S3:%50-74, S4:%75-99, S5: %100. Çeşitli klinik araştırmalar ve kılavuzlar, tedavi başarısının tanımı olarak bazal SALT skorundan %50 veya %90'lık bir iyileşmeyi benimsemiştir ^{4,5}.

2020 yılında saç hastalıkları alanında uzman 50 dermatoloji hekiminin dahil olduğu Alopesi Areata Uzman Konsensus (ACE) çalışması yayınlanmış ve AA tedavi yönetiminde uluslararası standardizasyon oluşturulması amaçlanmıştır. Hastanın yaşı, hastalık süresi ve şiddeti göz önünde bulundurularak tedavi algoritması oluşturulmuştur ³. AA'da uygulanmakta olan tedavi modaliteleri, topikal medikal tedavi yaklaşımları, sistemik medikal tedavi yaklaşımları, fototerapi ve lazer tedavileri, diğer güncel alternatif tedavi yaklaşımları başlıkları altında sınıflandırılabilir.

Topikal Medikal Tedavi Yaklaşımları

1) Topikal Kortikosteroidler

- 2) İntralezyonel Kortikosteroid
- 3) Minoksidil
- 4) Antralin(Ditranol)
- 5) Topikal Kalsinörin İnhibitörleri
- 6) Prostaglandin F₂ α Analogları
- 7) Diğer Topikal Tedavi Seçenekleri
- 8) Topikal İmmünomodülatör Tedaviler

Sistemik Medikal Tedavi Yaklaşımları

- 1) Sistemik Kortikosteroidler
- 2) Siklosporin
- 3) Metotreksat
- 4) Azatiyoprin
- 5) Sülfasalazin
- 6) Hidroksiklorokin
- 7) Statinler
- 8) Abatacept
- 9) Apremilast
- 10) İnterlökin-2

Fototerapi ve Lazer Tedavileri

Diğer Güncel Alternatif Tedavi Yaklaşımları

- 1) Jak Kinaz İnhibitörleri
 - a) Barisitinib
 - b) Ritlecitinib
 - c) Tofacitinib
 - d) Topikal Jak Kinaz İnhibitörleri
- 2) Biyolojik Ajanlar
- 3) Trombositten Zengin Plazma (TZP)
- 4) Kök Hücre Tedavisi
- 5) Diğer Tedavi Seçenekleri
 - a) EQ101(BNZ-1)
 - b) BMD1141
 - c) Vitamin D
 - d) Etrasimod

e) Fekal transplantasyon

AA etiyojisi net olarak bilinmeyen, kronik ve rekürren ataklarla seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Dış görünümü etkilemesi ve tedavi sonrası nükslerin izlenmesi hastaların psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Tedavi seçiminde hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalık süresi, negatif prognositik faktörlerin varlığı, cinsiyeti ve gebelik planlanması gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Tedavi sürecinde yaşanabilecek zorluklar, tedavi yan etkileri ve nüksler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Karaman Fettahoğlu B. Alopesi areatada sistemik medikal tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri j Dermatol-Special Topics*. 2018;11(1):35-41.
2. Gilhar A, Etzioni A, Paus R. Alopecia areata. *N Engl J Med*. 2012; 366: 1515–25.
3. Meah N, Wall D, York K, Bhojru B, Bokhari L, Sigall DA, Sinclair R. The Alopecia Areata Consensus of Experts (ACE) Study: results of an International Expert Opinion on Treatments for Alopecia Areata. *Journal of the American Academy of Dermatology*. doi:10.1016/j.jaad.2020.03.004.

SÖZLÜ SUNUMLAR

[SS-01]

Romatoloji Pratiğinde 82 Pernio Vakasının Klinik ve Demografik özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Fatih Albayrak¹, Emrah Koç²

¹Dr Ersin Arslan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Romatoloji Kliniği

²Adana Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği

Amaç: Pernio (chilblain), genellikle soğuk ve nemli koşullara maruz kaldığında ortaya çıkan kutanöz inflamatuvar lezyonlardır. Semptomlar tetikleyici bir olaydan 12-24 saat sonra gelişir ve karakteristik olarak ekstremiteleri tutan yanıcı, ağrılı, kaşıntılı, eritrosiyanotik lezyonlarla ortaya çıkar. Romatoloji klinik pratiğimizde pernio nedeni ile başvuran hastaların, klinik ve demografik özelliklerini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Ocak 2021 ile Şubat 2022 tarihleri arasında Dr Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji kliniğinde pernio tanısı konan 82 hastanın, klinik ve demografik özellikleri retrospektif olarak toplandı.

Bulgular: 82 pernio tanısı koyduğumuz hastaların yaş ortalaması $25.2 \pm$ ve % 65.9'u (54) hasta kadın cinsiyettir. Hastaların en sık başvurduğu ay Ocak (%43.9), Aralık-Şubat (%17.1) ayı idi. Pernio tanısı koyduğumuz 46 (% 56.1) hastada el, 12 (%14.6) hastada ayak ve 24 (%29.3) hastada ise el-ayak etkilenmişti. Hastaların başvuru sırasındaki en sık yakınması, %92.7 oranında el ve ayaklarda hassasiyet şikayeti idi. 16 (%19.5) hastada raynaud fenomeni eşlik ediyordu. Laboratuvar testlerine baktığımızda, 3 hastanın akut faz yüksekliği, 5 hastada anemi, 3 hastada ise lökopeni mevcuttu. 11 (%13.4) hastanın ANA testi pozitif idi. 2 hastanın ENA testi (SS-A, Scl-70) testi pozitif çıktı. Tüm hastaların hepatit paneli (HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HCV, AntiHIV) testinde özellik saptanmadı. 46 (%56.1) hastanın anti-fosfolipid antikor paneli bakılmıştı ve özellik saptanmadı. 40 (%48.8) hastanın ise kompleman C3 ve C4 düzeyine bakılmıştı ve normal sınırlarda çıkmıştı. Verilen tedaviler açısından baktığımızda, tüm hastalara konservatif tedavi önerildi. 60 (% 73.2) hasta steroid içeren topikal krem, 56 (% 68.3) hasta asetil salisilik asit (81 mg), 30 (%36.6) hasta anti-histaminik, 34 (%41.5) hasta kalsiyum kanal blokleri ve 34 (%41.5) hasta ise non-steroid anti inflamatuvar ilaç tedavisi kullanmıştı. Hastaları ortalama takip süresi $1,2 \pm 2,1$ ay idi. Tüm hastalara verilen tedavilere tam yanıt alınmıştı.

Sonuç: Romatoloji pratiğinde bu çalışma ile pernio nedeni ile başvuran 82 hastanın demografik, klinik, laboratuvar ve tedavi şeklini değerlendirdik. Pernio birincil olarak dermatoloji kliniği tarafından tanı ve tedavisi yapılan bir hastalık olup, bu çalışma ülkemizde romatoloji alanında yapılan ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Pernio kliniğinin sistemik lupus eritematozis ile birlikteliği iyi bilinmektedir. Diğer otoimmün bağ doku hastalıkları ile de ilişkili olabilmektedir. Çalışmamızda bir hastaya sjögren sendromu ve bir hastaya sistemik skleroz tanısı koyduk. Bu alanda daha geniş hasta katılımı ve daha ayrıntılı laboratuvar değerlendirmesi yapılarak, ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Pernio, Romatoloji

[SS-02]

Alopesi areata hastalarında tırnak değişikliklerinin dermoskopik incelenmesi: retrospektif bir çalışma

Fatmagül Gülbaşaran

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İzmir

Alopesi Areata, saçlı deride ve tüm vücutta saç dökülmesiyle karakterize, kronik, otoimmün bir hastalıktır. Alopesi areatanın bir diğer özelliği de tırnak değişiklikleridir ve önemli kozmetik bozukluklara ve fonksiyonel etkilenimlere neden olabilmektedir. Bununla birlikte alopesi areata ile ilişkili tırnak değişikliklerinin klinik spektrumu hakkında sınırlı veri mevcuttur. Bu çalışmanın amacı alopesi areata tanılı hastaların tırnak bulgularının dermoskopik olarak incelenmesi ve alopesi tanısı olmayan popülasyon ile karşılaştırmalı olarak raporlanmasıdır.

Bu amaçla, üniversitemiz dermatoloji kliniğinde, son 3 yılda, topikal immünoterapi, sistemik immünsupresif tedaviler ya da biyolojik ajan tedavisi ile takip edilen alopesi areata hastalarının, tedavi öncesinde kaydedilen klinik ve dermoskopik görüntü ve hasta kayıtları retrospektif incelenmiştir. Kontrol grubu olarak benzer yaşlarda ve kliniğimizde aynı tarihler arasında alopesi dışı tanılarla takip edilmiş hastalar dahil edilmiştir. Son bir yılda el ya da parmakları ilgilendiren alçı, atel vb işlem gören, girişimsel işlem yapılan, nörolojik problemi, romatolojik hastalığı olan hastalar dışlanmıştır. En az bir el tırnağında bulgu varlığı yeterli kabul edilmiştir. Çalışmada verilerin tanımlayıcı istatistikleri yapılmış ve kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin test edilmesinde Fisher's Exact testi kullanılmıştır. (IBM SPSS 25).

Otuz alopesi areata tanılı hasta ve kontrol grubu olarak alopesi tanısı olmayan 35 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Alopesi areata hastaları sıklıkla şiddetli yamasal ya da alopesi universalis ve totalis hastalarını içermekte idi ve SALT skoru ortalamaları 88,44 (±21,41) idi. Alopesi areata hastalarının ve kontrol grubunun tırnak dermoskopik bulguları incelendiğinde, alopesi areata hastalarının tırnaklarında pitting (yüksük tırnak bulgusu, çukurcuklar) (%43,3, 13), kütikulalarda skuamlanma (%46,7, 14) ve tırnak plağında longitudinal sırtlanmaların (%66,7, 20) kontrol grubuna göre istatikselsel olarak anlamlı derecede daha sık gözlendiği saptandı (sırasıya, %17,1, 6; %14,3, 5 ve %25,7, 9) ($p<0,05$). Yine, onikoşizi (%13,3, 4) ve lateral tırnak kıvrımında skuamlanma (%23,3, 7) bulgularının alopesi hastalarında anlamlı olarak daha sık görüldüğü, bununla birlikte bu bulguların kontrol grubunda hiç gözlenmediği saptandı ($p<0,05$). Trakionişi alopesi tanılı 2 hastada saptanırken (%6,7), kontrol grubunda hiç gözlenmedi ($p=0,209$). Saptanan diğer dermoskopik bulgular olan punktat lökonişi, pigmente longitudinal bantlar, sarımsı-kahverengi renk değişikliği bulgularının sıklığı hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Bu çalışmada alopesi areata hastalarının tırnak dermoskopilerinde, tırnak plağında longitudinal sırtlanmalar, kütikulalarda skuamlanma ve pitting en sık saptanan ve alopesi tanısı olmayan popülasyondan anlamlı olarak daha sık gözlenen bulgulardır. Onikoşizi, lateral tırnak kıvrımında skuamlanma ve trakionişi alopesi areata hastalarında saptanan diğer bulgulardır. Bu tırnak bulgularının, çeşitli topikal ve sistemik tedaviler ile iyileşme cevaplarının takibini içeren büyük kontrollü çalışmalar, hastaların hem işlevsel hem de kozmetik ve sosyal açıdan desteklenmelerine fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: alopesi areata, tırnak dermoskopisi, tırnak bulguları

[SS-03]

Psöriatik artrit ile ilgili youtube videoları hastalar için ne kadar kaliteli ve güvenilir?

Nihan Gültekin, Sedat Özdemir
oğuzeli devlet hastanesi dahiliye

Amaç: Bu çalışmamızda amacımız psöriatik artrit hastalığı ile ilgili YouTube’da bulunan Türkçe video içeriklerinin yeterliliği, kalitesi, güvenilebilirliğini değerlendirmektir
Metod: Psöriatik artrit hastalığı ile ilgili videoları bulabilmek adına 2 Ağustos 2023 tarihinde YouTube arama bölümüne ‘psöriatik artrit’ terimi yazılarak aratıldı. Videoların güncel olması adına son on yıl içindeki ilk 50 video içeriği çalışmaya dâhil edildi. Çalışma verilerine dâhil edilen video kaliteleri ‘Global Quality Scale’ kullanılarak, video güvenilirlikleri ise modifiye edilmiş ‘DISCERN’ ölçekleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada 50 video analiz edilmiştir. Videoların 31 tanesi (%62) akademik ünvanı olan doktorlar, 16 tanesi (%32) akademik ünvanı olmayan doktorlar tarafından 3 tanesi (%6) ise doktor olmayan kişiler tarafından sunulmaktaydı. Videoların ortalama izlenme sayısı $5314,24 \pm 14110,73$, video süreleri minimum 27 sn maksimum 22 dakika olup ortalama video süresi dakika cinsinden $3,59 \pm 4,32$, ortalama beğeni sayısı 154,52 (0-3800), ortalama yorum sayısı 11,9 (0-481) olmuştur.

Sonuç: Sağlıkla ilgili bilgiler her geçen gün internet ortamında artmaktadır. Günümüz çağında hasta bilgi talepleri internet aracılığı ile anlık olarak karşılanabilmektedir. Doktorların ilgili derneklerin hastaların yanlış bilgilendirilmemesi, yanlış yönlendirilmemesi adına bu durumun farkında olmaları gerekmektedir. Bu sebeple hastaların internet aracılığıyla doğru kaynaklara yönlendirilmesi adına doğru adımlar atılması önem arz eder.

Objective: In this study, our aim is to evaluate the adequacy, quality and reliability of the Turkish video contents found on YouTube about Psoriatic arthrit disease.

Methods: In order to find videos about psoriatic arthrit disease, the term ‘Psoriatic arthrit’ was written in the Youtube search section on August 2, 2023. In order to keep the videos up to date, the top 50 video contents of the last ten years were included in the study. The video quality included in the study data is described by ‘Global Quality Scale’ and video reliability is defined by modified ‘DISCERN’ scales.

Results: 50 videos were analyzed in the study. Of the videos, 31 (62%) were presented by doctors with academic titles, 16 (32%) by doctors without academic titles, and 3 (6%) by non-physicians. It is shown in Table 1. The average number of views of the videos is 5314.24 ± 14110.73 , the video duration is a minimum of 27 seconds and a maximum of 22 minutes, the average video duration in minutes is 3.59 ± 4.32 , the average number of likes is 154.52 (0-3800), the average number of comments is 11.9 (0-481).

Conclusion: Health information about health is increasing day by day.

In today’s age, patient information requests can be met instantly via the internet doctor and related associations should be aware of this situation in order not to be misinformed and misled by patients. For this reason, it is important to take the right

Anahtar Kelimeler: internet kullanımı, psöriatik artrit, YouTube

[SS-04]

Kronik spontan ürtikerde diş ve diş eti hastalıklarının hastalık şiddeti ve tedavi yanıtları üzerine etkisi

Sinem Örnek Özdemir

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), altı haftadan uzun süren ve klinik olarak ürtikeryal plaklar ve/veya anjioödem ile karakterize inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Hastalık aktivitesini artırabilen faktörler arasında ilaçlar, yiyecek, stres ve enfeksiyonlar bulunur. KSÜ hastalarının %10 ila %50'sinin diş ve diş eti enfeksiyonu olduğu bildirilmiştir. Diş ve diş eti enfeksiyonlarının tedavisi sonrasında KSÜ semptomlarının düzelindiğini gösteren vaka raporları olduğu gibi bu bulguların aksine diş ve diş eti enfeksiyonlarının kronik ürtiker için risk oluşturmadığını gösteren ek çalışmalar da mevcuttur.

Ayrıca bazı KSÜ hastalarında diş tedavisine rağmen ürtikerin düzelmediği, diş tedavisi görmeyen bazı hastalarda ise ürtiker semptomlarının düzelmediği bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı KSÜ hastalarında diş ve diş eti hastalıklarının hastalığın şiddeti ve tedavi yanıtları üzerine etkilerini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ürtiker Kliniğine Ocak 2013- Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran 1045 KSÜ tanılı hastanın dosyaları geriye dönük incelendi. Diş ve diş eti hastalığı olup olmadığına yönelik verisi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar diş ve diş eti enfeksiyonu olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, klinikte ürtiker aktivite skorları (ic-UAS), ürtiker kontrol testi (ÜKT) skorları ve KSÜ tedavi yanıtları karşılaştırıldı. KSÜ hastalarında başlangıçtaki hastalık şiddeti, kaşıntı yoğunluğu ve kabarıklık sayısının değerlendirilmesine dayanan ic-UAS kullanılarak değerlendirildi. Tedavi yanıtları ÜKT kullanılarak değerlendirildi; bir tedavi kullanılarak ÜKT skorları ≥ 12 'ye ulaşıldıysa, bu 'o tedaviye yanıt' olarak kabul edildi. 'Genel antihistamin (AH) yanıtı', standart veya yüksek dozda/kombine antihistaminlere yanıt olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya 906 KSÜ hastası dahil edildi [%71.5'i kadın ve yaş ortalaması 39.24 ± 14.06 (min-max 3-86)]. Hastaların 265'inde (%29.2) diş ve diş eti hastalıkları mevcuttu. Hastaların yaş ortalaması diş ve diş eti enfeksiyonu olan hasta grubunda olmayan hasta grubuna göre daha düşük (36.91 ± 13.27 vs 39.53 ± 14.20 , $p=0.022$) ve başlangıç ÜKT skorları daha yüksek (7.93 ± 3.82 vs 7.04 ± 4.07 , $p=0.016$) saptandı. Hastalara ait diğer özellikler, ic-UAS skorları, genel AH yanıtı ve omalizumab tedavisi yanıtı iki grup arasında farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 1).

Sonuç: Diş ve diş eti hastalıkları KSÜ tanılı hastaların yaklaşık üçte birinde görülen kronik bir enfeksiyondur. Ancak bu durum KSÜ hastalık şiddeti ile ve tedavi yanıtları ile ilişkili bulunmamıştır. Diş ve diş eti hastalıkları ile ilgili şikayeti olan hastaların diş tedavisine yönlendirilmesi önerilir ancak KSÜ hastalarında diş ve diş eti hastalıkları ile ilgili tarama yapılması önerilmemektedir.

Anahtar Kelimeler: diş çürüğü, diş eti iltihabı, hastalık şiddeti

Tablo 1. Diş ve diş eti hastalıkları olan ve olmayan kronik spontan ürtiker hastaları arasında hasta özelliklerinin ve tedavi yanıtlarının karşılaştırılması

Özellikler	Diş ve diş eti hastalıkları (+) N=265 n (%)	Diş ve diş eti hastalıkları (-) N=641 n (%)	p değeri
Yaş ortalaması (yıl)	36.91 ± 13.27	39.53 ± 14.20	0.022a
Kadın cinsiyet	189 (71.3)	453 (70.7)	*
Hastalık süresi (ay)	34.73 ± 62.25	40.53 ± 66.88	*
Eşlik eden KİNDU	239 (90.2)	570 (88.9)	*
Anjioödem	155 (58.5)	373 (58.2)	*
Aile hikayesi	39/264 (14.8)	107/640 (16.7)	*
Sistemik reaksiyonş	16/259 (6.2)	31/625 (5)	*
Sistemik semptom‡	50/245 (20.4)	135/611 (22.1)	*
Acil başvurusu	106/149 (71.1)	283/405 (69.9)	*
Kısa süreli KS kullanımı	110/151 (72.8)	270/399 (67.7)	*
Atopik hastalık	59/249 (23.7)	151/615 (24.6)	*
Otoimmün tiroidit	19/158 (12)	57/378 (15.1)	*
NSAİİ intoleransı	24/211 (11.4)	51/495 (10.3)	*
Sistemik hastalık	130/251 (51.8)	365/626 (58.3)	*
CRP yüksekliği†	58/139 (41.7)	119/324 (36.7)	*
ESR yüksekliği†	52/115 (45.2)	110/297 (37)	*
Total IgE ortalaması	227.79 ± 304.70 (n=152)	319.59 ± 565.45 (n=385)	*
AntiTPO (+)†	29/160 (18.1)	89/396 (22.5)	*
AntiTG (+)†	15/107 (14)	47/290 (16.2)	*
OST (+)	70/135 (51.9)	147/319 (46.1)	*
Prick (+)	41/107 (38.3)	110/261 (42.1)	*
Başlangıç ic-UAS ortalaması	2.26 ± 1.9 (n=177)	2.3 ± 1.9 (n=415)	*
Başlangıç ÜKT ortalaması	7.93 ± 3.82 (n=145)	7.04 ± 4.07 (n=347)	0.016a
Genel AH yanıtı	158/216 (73.1)	360/529 (68.1)	*
Omalizumab yanıtı	41/48 (85.4)	124/146 (84.9)	*

AH: antihistamin, antiTG: anti tiroglobulin antikoru, antiTPO: anti tiroid peroksidaz antikoru, CRP: C-reaktif protein, ESR: eritrosit sedimentasyon oranı, ic-UAS: klinikte ürtiker aktivite skoru, KİNDU: kronik indüklenbilir ürtiker, KS: kortikosteroid, NSAİİ: nonsteroidal antiinflatuar ilaç, OST: otolog serum testi, ÜKT: ürtiker kontrol testi † CRP yüksekliği (>5 mg/L), ESR yüksekliği (>20 mm/h), anti-TPO (+) (>34 IU/mL), anti-TG (+) (>34 IU/mL) § Sistemik reaksiyonlar: Atak anında anafilaksi, senkop, hipotansiyon gibi ‡ Sistemik semptomlar: Atak sırasında yorgunluk, bulantı, dispne ve artralji gibi aMann-Whitney U test * p>0.05

[SS-05]

Erdheim-Chester hastalığı: Bir olgu sunumu

Cansu Arslantürk Güneysu¹, Mehtap Kalçık Unan¹, Gamze Dilek¹, Ayfer Altaş², Tamer Acat¹, Huri Tilla İlçe³, Emel Gönüllü¹

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Sakarya

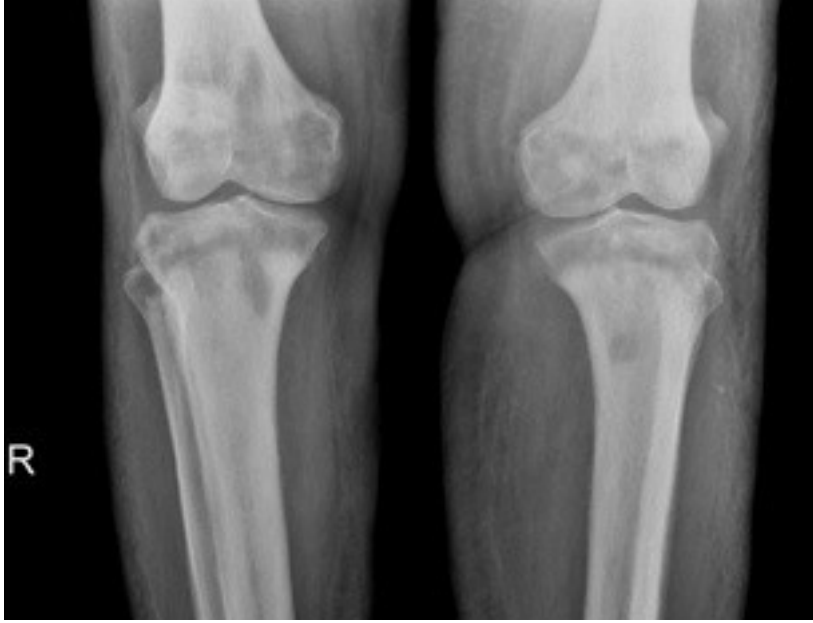
Amaç: Erdheim-Chester hastalığı (ECH) nadir bir langerhans dışı histiyositozdur. En sık bulgular sklerotik kemik lezyonları, santral sinir sistemi ve orbital tutulum olarak saptanmakla birlikte hemen her organ ve sistem ile ilgili bulgu verebilir. Tanı koyma süresi genellikle oldukça uzundur. Erdheim chester tanısı koyduğumuz yaklaşık on yıllık semptom süresinde farklı tanılar almış olan bir olguyu sunacağız.

Olgu: 63 yaşında kadın hasta görme bozukluğu, bulantı, kusma ve senkop şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, paget hastalığı, geçirilmiş iskemik cvo tanıları ve tekrarlayan perikardiyal efüzyon nedenli tetkik öyküsü vardı. Fizik muayenesinde her iki gözde egzoftalmus ve göz çevresinde ksantelezmalar mevcuttu. Göz konsültasyonunda bilateral optik diskte atrofi saptandı ve görme kaybı santral patolojilere sekonder düşünüldü. Tetkiklerinde; Hb:8.4 g/dl, wbc:9,23 K/ul plt:502 K/ul, sedimentasyon:98, CRP:65 mg/L saptandı. Karaciğer, renal ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Kontrastlı toraks ve batin BT’de superior mezenterik arter ve böbrek çevresinde, mediastende paraortik alanda yumuşak doku dansitesinde tutulum mevcuttu. Hastanın paget tanısı nedenli eski tetkikleri incelendiğinde alkalemi fosfataz değerinin normal aralıkta olduğu görüldü. Uzun kemik graflerinde femur distal ve tibia proksimalinde bilateral simetrik sklerotik lezyonlar izlendi (Resim-1). Orbita MR’ında retroorbital bölgede yumuşak doku dansitesinde infiltrasyonlar mevcuttu. BOS incelemesinde hücre sayımı ve biyokimya normaldi. PET-CT’de; bilateral orbita posteriorunda yağlı planda kalınlaşma alanlarına eşlik eden ve eksoftalmusa neden olan artmış FDG tutulumu, mediastende sağ atrium komşuluğunda perikardiyal alanda efüzyon alanları, asenden aorta, sağ atrium çevresinde belirgin diffüz tarzda artmış (SUVmaks:7.8) FDG tutulumu, batin içerisinde pankreas korpus posteriorunda, SMA komşuluğunda yağlı planda yumuşak doku dansiteli lezyon alanları, sağda belirgin perinefritik planda yumuşak doku dansitesinde artış alanları, kemik yapıda sol tuber iskium düzeyinde, simfizis pubis solunda litik sklerotik dansite artışı ve bu alanlara eşlik eden (SUV maks:6.7) FDG tutulumu, bilateral humerus proksimalinde, femur proksimallerinde kemik iliği düzeyinde lineer FDG dağılımı tanımlandı (Resim-2). Hasta ksantelezmalar, egzoftalmus, kemik lezyonları, retroorbital bölge, batin ve mediastinal bölgedeki yumuşak doku dansitesindeki infiltrasyonlar ve perikardiyal efüzyon ile klinik ve görüntüleme bulguları değerlendirilerek Erdheim Chester tanısı koyuldu.

Sonuç: ECH multisistemik bir hastalık tablosu olmakla birlikte hastalık tutulum ve semptomları her vakada farklılık göstermektedir. Bizim vakamızda uzun hastalık semptom süresinde farklı klinikler ile araştırılmış ancak ECH tanısını eksoftalmus ve görme bozukluğu belirtilerinden sonra almıştır. Tanı koyma süreci multidisipliner bir yaklaşım ile şüphelenilen hastada uygun görüntüleme yöntemleri ve histopatolojik inceleme ile mümkündür.

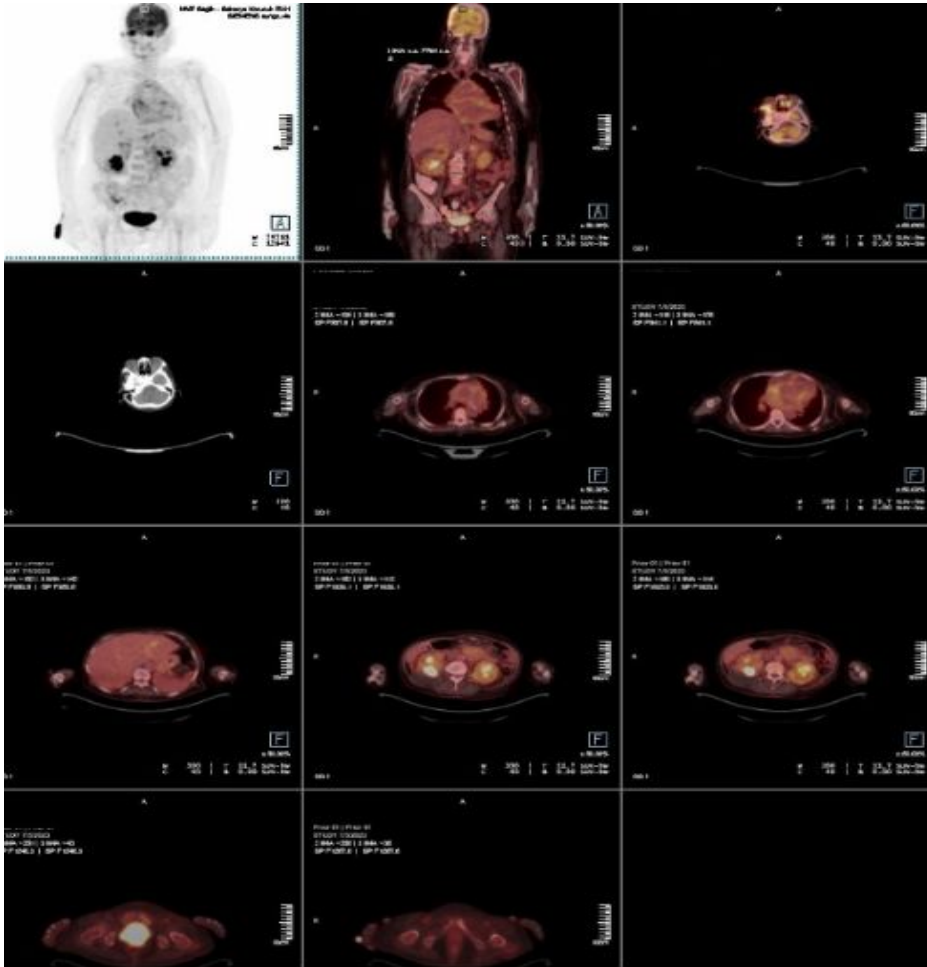
Anahtar Kelimeler: Erdheim-Chester hastalığı, ksantelezma

Resim-1



Diz grafisinde femur distali ve tibia proksimalinde bilateral simetrik sklerotik ve litik alanlar

Resim-2



PET-CT bulguları

[SS-06]

Monoklonal Antikor Kullanan Psoriasis ve Psoriatik Artrit Hastalarının Latent Tüberküloz Enfeksiyonu Açısından Değerlendirilmesi

Mustafa Tanrıverdi

Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gaziantep

Amaç: Monoklonal antikorlar standard tedaviye dirençli psoriasis ve PsA (Psoriatik artrit) hastalarında kullanılmaktadır. Bu tedaviler Latent Tüberküloz Enfeksiyon (LTBE) hastalarında Tüberküloz hastalığını 10-20 kat arttırmaktadır. Bu çalışmamızda, hastanemiz enfeksiyon polikliniğine başvuran psoriasis ve PsA tanılı hastaları LTBE açısından değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza SANKO Üniversitesi Hastanesi enfeksiyon polikliniğine 01.08.2020 – 31.12.2022 tarihleri arası başvuran psoriasis ve PsA tanılı hastalar alındı. Hastaların demografik bilgileri, Tüberkülin Deri Testleri (TDT), Quantiferon sonuçları retrospektif olarak tarandı. TDT testi 5mm üzeri ve Quantiferon pozitif olan hastalar LTBE kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza yaş ortalaması 41.5 ± 18.2 yıl olan, 20 (%52.6)'si kadın olmak üzere toplam 38 hasta alındı. Hastaların 20'si dermatoloji polikliniğinden gelen Psoriasis ve 18'i romatoloji polikliniğinden gelen PsA hastasıydı. Çalışmamızda hastalar arasında yaş, cinsiyet ve ek hastalık açısından farklılık saptanmadı. Psoriasis hastalarının 7'sinde TDT testi 5mm üzeri iken 4'nün Quantiferon testi negatif geldi ve 13'nün TDT testi 5mm altında iken 2'sinin Quantiferon testi pozitif. PsA hastalarının 5'inde TDT testi 5mm üzeri iken 2'sinin Quantiferon testi negatif ve 13'nün TDT testi 5mm altında iken 3'nün Quantiferon testi pozitif. Psoriasis ve PsA hastalarımızın 6'sına Quantiferon testi negatif olmasına rağmen 9 ay INH (İzoniazid) profilaksisi verdik. TDT 5mm altında olan 5 hastaya Quantiferon testi pozitif olduğu için INH profilaksisi verildi. Hastalarımızda takip ettiğimiz dönemde tüberküloz hastalığı gelişmedi.

Sonuç: Çalışmamızda TDT testi ile Quantiferon sonuçları arasında paradoks bir ilişki olduğu gözlemlendi. INH profilaksisi uzun süreli ve yan etkileri olan bir koruyucu yaklaşım olduğundan, doğru kişiye profilaksi uygulanması önem arz etmektedir. Bu nedenle profikaksiye uygun kişilerin belirlenmesinde Quantiferon testi TDT yerine tercih edilebilir. Ancak bu alanda daha geniş hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Monoklonal antikor, Tüberküloz, Quantiferon

[SS-07]

Paronişinin Nadir Bir Nedeni: Kutanöz Leishmaniasis

Kadir Kaya, İsa An

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

Amaç: Çeşitli dermatolojik hastalıklar periungal bölgede yerleşip paronişi benzeri görünüme neden olabilir ve bu durum bu bölgede tanıda güçlükler yaratabilir. Kutanöz leishmaniasis bu bölgeyi etkileyen hastalıklar arasında çok zor akla gelir, fakat ülkemizde endemik olarak görülen bir hastalık olduğu için paronişi benzeri tutulum şekli de akılda tutulmalı ve diğer tedavilere yanıtız kronik lezyonlarda düşünölmelidir. Biz burda periungal bölgeyi tutarak paronişi benzeri görünüme neden olan ve sistemik meglumine antimonate tedavisi ile iyileşen kutanöz leishmaniasis olgusu sunuyoruz.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta tırnak çevresinde yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta yarının yaklaşık 6 ay önce başladığını, kendisine başka merkezlerde hep antibiyotik tedavileri verildiğini fakat hiç fayda görmediğini belirtti. Lezyon asemptomatikti. Dermatolojik muayenede sağ el başparmakta periungal bölgede yaklaşık 3x2 cm boyutunda infiltrate, endüre, merkezi ülserle, üzeri kalın skuamlarla kaplı eritemli-menekşe rengi plak lezyon ve tırnakta longitudinal oluklanma mevcuttu (Resim-1). Lezyondan yapılan kutanöz smearde amastogitlar görülerek kutanöz leishmaniasis tanısı konuldu ve 20 gün boyunca sistemik meglumine antimonate tedavisi verildi. İki ay sonraki kontrolde belirgin klinik iyileşme mevcuttu (Resim-2).

Sonuç: Kronik paronişi, tırnak kıvrımlarını etkileyen inflamatuvar, inatçı bir hastalıktır. Kutanöz leishmaniasisin klinik görünümleri oldukça çeşitlidir ve büyük taklitçi hastalıklardan biri olarak kabul edilir. Atipik klinik tablolar rapor edilmiştir ve bunlar arasında anüler, şankroid, sporotrikoid, zosteriform, palmoplantar, psöriasisiform ve erizipeloid formlar yer almaktadır. Paronişi çok nadir bildirilen atipik bir klinik varyanttır. Leishmaniasis açısından endemik bir ülke olan Fas'ta Bari ve arkadaşları kutanöz leishmaniasisli 718 hasta arasından sadece 3 hastada paronişyal tutulum bildirdiler. Yine endemik bir ülke olan Pakistan'da 1709 hastalık seride sadece bir hastada paronişyal forma rastlanmış ama o da akut paronişi olarak rapor edilmiştir. Kutanöz leishmaniasis, özellikle izole ve atipik lezyonlarda sıklıkla tanısal zorluklara neden olur. Bu nedenle, ülkemiz gibi endemik bölgelerde tedavilere yanıt vermeyen kronik lezyonlarda leishmaniasis tanısı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Endemik bölgelerde doktorların leishmaniasisin atipik görünümleri konusunda dikkatli olması gerekir.

Anahtar Kelimeler: kutanöz leishmaniasis, paronişi, periungal

[SS-08]

Diskoid Lupus Eritematozus Hastalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Zeynep Büşra Balık

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği

Amaç: Lupus eritematozus (LE), damarlar ve bağ dokusu başta olmak üzere tüm iç organları tutabilmesinin yanı sıra belirgin deri tutulumu olan otoimmün bir hastalıktır. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekte olup genetik, viral, hormonal ve çevresel etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. LE, şiddetli sistemik organ tutulumuna neden olabilen sistemik lupus eritematozus (SLE) ve sadece deri tutulumuna yol açan kutanöz lupus eritematozus (KLE) olarak sınıflandırılmıştır. Kutanöz LE (KLE) başlığı içinde; akut LE, subakut LE, kronik LE (Diskoid LE, chilblain LE, LE profundus, LE tumidus yer almaktadır. Diskoid LE (DLE), en sık görülen (%50-85) KLE tipidir. Daha çok 40-50 yaşları arasında ve kadınlarda daha sık (kadın/erkek oranı:3/1) görülmektedir. DLE lezyonu bulunan hastaların yaklaşık %5-30'u sistemik lupus eritematozusa (SLE) ilerleyebilmektedir. Generalize DLE, periungual tutulum, antinükleer antikor (ANA) pozitifliği, eklem ağrısı, artmış sedimentasyon hızı, anemi, lökopeni, trombositopeni, bulunan hastalarda gelişim riski daha yüksektir. Bu nedenle, KLE lezyonu bulunan hastalar, SLE'ye progresyon açısından takip edilmelidir. Bu çalışmada DLE hastalarının klinik ve laboratuvar bulgularını, eşlik eden sistemik hastalıkları, tedavi yanıtlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada 2017-2023 yılları arasında tanısı histopatolojik olarak da doğrulanan 18 DLE hastasının hemoglobin, lökosit, eritrosit, platelet değerleri ile, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), kompleman C3 ve C4 düzeyleri, ANA pozitifliği, Ekstraktlanabilir nükleer antijen antikor (ENA) paneli değerlendirilmiştir. ENA paneli içerisinde Anti dsDNA, Anti Sm D1, Anti-Jo-1, Anti Sentromer IFA, Anti ss-B, Anti Ribozomal-P, Anti Histon, Anti RNP, Anti Nucleosom, Anti scl, Anti ss-A antikorları bulunmaktadır.

Bulgular: Hastaların 7'si (%38,9) kadın, 11'i (%61,11) erkekti, yaş ortalaması 39±14 yıldır. Hastaların tanı anındaki hemoglobin değerleri 14,69±1,89, lökosit değerleri 6,43±1,74, ESR 13,2±7,12, eritrosit değerleri 5,04±0,62, platelet değerleri 248,6±67,2, kompleman C3 düzeyi 133,8±16,24, ve kompleman C4 düzeyi 25,54±9,52 şeklindeydi. Hastaların %22,2'sinde ANA pozitifliği saptandı. Hastaların %77,8'inin ENA paneli negatifti. İki hastada (%11,1) Anti dsDNA pozitifliği, bir hastada (%5,6) Anti ssB pozitifliği ve bir hastada (%5,6) Anti ssA pozitifliği saptandı. Anti dsDNA pozitifliği saptanan hastalardan biri ve anti ssA pozitifliği saptanan hasta tarafımızca romatolojiye yönlendirildiğinde SLE tanısı aldı.

Sonuç: Bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların çoğunluğunu erkek cinsiyetin oluşturduğu görüldü. ANA negatifliği olan hiçbir hastada SLE gelişmediği, fakat ANA pozitifliği olan 4 hastanın 2'sinde (%50) SLE geliştiği tespit edildi. SLE olan hastaların birinde ek olarak AntidsDNA diğerinde Anti ssA pozitifliği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Diskoid Lupus Eritematozus, otoantikor, immünfloresan inceleme

E-POSTER
SUNUMLAR

[PS-01]

Olgu sunumu: Tekrarlayan İskemik İnmeler Sonucu Adenozin Deaminaz 2 Eksikliği Tanısı

Güneş Dorukhan Çavuşoğlu

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD.

Giriş

Adenozin deaminaz 2 eksikliği (DADA2), moleküler olarak tanımlanan ilk monogenik vaskülit sendromudur. Livedo reticularis'ten poliarteritis nodosa'ya (PAN) kadar değişen vaskülopati ve yaşamı tehdit eden iskemik ve/veya hemorajik inme, DADA2'nin klinik özelliklerindedir [1]. Burada tekrarlayan iskemik inmeyle başvuran ve DADA2 tanısı alan hastamızdan bahsedeceğim.

Olgu

Dengesiz yürüme, göz kapağında düşme ve çift görme şikayetleriyle Nöroloji polikliniğine başvuran 33 yaşında erkek hastamız, akut iskemik inme ile interne edildi. Özgeçmişinde tekrarlayan iskemik inmeler mevcut, CRP hep yüksek seyrediyormuş. 2 erkek kardeşi de iskemik inme geçirmiş.

Laboratuvar: CRP: 88 mg/L. Anti-trombin 3 ve Protein S aktivitesi artmış. Protein C aktivitesi ve rezistansı, homosistein, anti-ds DNA, kompleman C3 normal. Kompleman C4 hafif artmış. ANA 1:100 granüler pozitif. ENA profili negatif. LA tarama ve konfirmasyon hafif artmış, oranı 1,2. Antikardiyolipin IgG, IgM ve beta-2 glikoprotein 1 IgG, IgM normal. IgG, IgM, IgA normal. ADA2 geninde patojenik p.R49Gfs*4 ve p.G47R varyantları heterozigot saptanarak ADA eksikliğini düşündürmüştür.

Görüntülemeler: Beyin ve orbita MR'da mezensefalon sağında noktasal akut enfarkt görüldü. Serebral anjiyografide eksternal karotid arterlerde küçük anevrizmalar görüldü. Anjiyografi sonrası kasık ağrısı gelişince çekilen batın BT'de distal renal arterlerde mikroanevrizmalar ve sağ iliopsoas hematomu görüldü. Toraks ve batın BT anjiyografide sırt, bel, uyluk ile gluteal kaslar içinde ve prostat lojunda PAN'ı düşündürülen multipl anevrizmalar saptandı.

Pulse steroid ve infliximab tedavisi verilen hastamız takibe alındı.

Sonuç

DADA2 vaskülit, livedo retikularis, PAN, laküner inmeler ve tüm organları, özellikle karaciğeri, kapsayan sistemik vaskülit gibi geniş yelpazedeki özelliklerle görülebilir. Önemli morbidite/mortalite düşünüldüğünde, erken tanı ve müdahale için yüksek şüpheye ihtiyaç vardır [1].

Referanslar

1. Meyts I, Aksentijevich I. Deficiency of Adenosine Deaminase 2 (DADA2): Updates on the Phenotype, Genetics, Pathogenesis, and Treatment. J Clin Immunol. 2018 Jul;38(5):569-578.

Anahtar kelimeler

Adenozin deaminaz 2, DADA2, vaskülit

[PS-02]

CROHN VE ANKİLOZAN SPONDİLİT TANILI HASTADA AKCİĞER TUTULUMU

Aslı Saltabaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları

Yüksel Maraş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi, Romatoloji

GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS) primer olarak sakroiliak eklemleri, omurgayı ve omuz, kalça, diz gibi büyük eklemleri tutan bir spondiloartropati türüdür. Prevalansı, HLA-B27 sıklığına bağlı olarak değişken olmakla birlikte romatoid artrite yakın olduğu söylenebilir. Çoğu zaman 20'li yaşlarda başlar; 40 yaş üzerinde başlaması nadirdir. Erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülür.

En tipik olarak aksiyel iskeleti oluşturan eklemlerde sinsi başlangıçlı, aralıklı veya kronik ağrı ve tutukluk görülür. Sakroiliak eklemler her zaman tutulur. Ağrı, lumbosakral bölgede, kalçalarda veya bacağın üst bölgelerinde hissedilebilir. Kostovertebral eklem tutulmalarına bağlı göğüs ekspansiyonu kısıtlanabilir. Kalça ve omuz tutulumu sıktır. Kalkaneusta entesopati topuk ağrısına yol açabilir. Aşil tendiniti sıktır. Ön üveit şeklinde göz tutulumu hastaların üçte birinden fazlasında görülebilir. Uzun süreli hastalarda %3-5 oranında aort yetmezliği ve atriyoventriküler ileti defekti gelişir. Nadiren uzun süreli hastalıktan sonra akciğer üst loblarında pulmoner fibrozis görülebilir, tüberküloz ile karışabilir. Ayrıca kolonoskopi ile hastaların yarısından fazlasında asemptomatik enterik mukozal inflamasyon bulguları saptanabilir. AS hastalığı ile inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) arasındaki ilişki de bilinmektedir ve AS hastalarının %5-10' unda İBH görülmektedir. Bunun dışında >50% AS hastası ise sık karın ağrısı/diyare tarif etmektedir. Bu durum İritabil basrak sendromu (İBS) benzeri barsak hastalıklarının araştırılmasını akla getirmektedir.

VAKA

52 yaşında erkek hasta; bilinen ankilozan spondilit ve crohn tanıları mevcuttu. Başvuru anında 2 haftada 1 kez 40 mg subkutan adalimumab kullanılmaktaydı.

İlk kez 1997 yılında askerde başlayan kalça ağrısı ve sabah tutukluğu şikayeti olan hasta, o dönemde non-steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİD) ilaç önerilmiş. Aralıklı olarak NSAİD kullanımını olan hasta sosyal nedenlerle hastaneye başvurmamış. İlk defa 2010 yılında dış merkez romatoloji bölümüne başvuran hasta ankilozan spondilit tanısı almış, şiddetli bel ve kalça ağrısı sabah tutukluğu tarifleyen hastaya 0,5mg/kg infliksimab tedavisi başlanmıştır. Takiplerinde 2011 yılında sağ kalça protez operasyonu olmuş. Yaklaşık 1,5 yıl infliksimab tedavisi alan ve opere olan hasta ilk kez 2012 yılında acil serviste remicade infüzyonu alırken alerjik reaksiyon gelişmiş. İkinci kez remicade infüzyonu alırken tekrar alerjik reaksiyon gelişmesi üzerine 2 hafta 1 olmak üzere adalimumab 40 mg başlanması planlanmış, ppd değeri 5 mm üzerinde olması nedeni ile 9 ay INH profilaksisi planlanarak biyolojik tedavisi verilmiştir. Adalimumab altında ishal atakları yaşamaması üzerine gastroenteroloji bölümünde takip edilen hastaya yapılan kolonoskopi ve kolonoskopik biyopsi sonucunda chron tanısı konularak 2014 senesinde biyolojik tedaviye ek olarak sülfasalazin tedavisi başlanmıştır. Takiplerinde barsak şikayetleri gerileyen hasta sosyal nedenlerle hastaneye başvurusunu aksatmış, salazopyrin kullanmayı bırakmış(2016).

2019 yılında pnömoni nedeni ile hastane yatışı öyküsü mevcutmuş.

Hasta mevcut tedavisi ile takipli iken 2021 Eylül ayında tarafımıza rutin kontrol amacı ile başvurdu.

Hastanın ankilozan spondilit ve crohn açısından aktif şikayeti yoktu. Öncelikle hastanın mevcut

biyolojik tedavisinin aralıklarının açılması planlandı. 3. ay sonunda şiddetlenen bel ve sol kalça ağrısı

oldu, ishal şikayeti yeniden meydana geldi. Hastanın biyolojik tedavi dozu tekrar 2 haftada 1 olmak üzere artırıldı, 15 gün içerisinde hastanın eklem ve ishal şikayetleri geriledi.

Eklem dışı sistemik bulgular açısından taranan hastada yüksek rezolüsyonlu bilgisayar tomografi(HRCT)de sol akciğerde plevral tabanlı hipodens konsolide alan ve medialde buzlu cam dansitesinde lokalize infiltratif alan tespit edildi. INH profilaksisi kullanım öyküsü olan hasta tüberküloz, ankilozan spondilite bağlı akciğer tutulumu ön tanıları açısından takibe alındı. Hastaya kontrol HRCT çekildi: “Trakea ve her iki ana bronş genişliği normaldir. Trakeada ve ana bronşlarda yer yer sekresyon ile uyumlu olabilecek dansite değişiklikleri izlendi.

Periferik bronşlarda dilatasyon ya da duvar kalınlaşması izlenmemiştir

İnterlobüler septa, interlober fissür ve plevral kalınlaşmaya ait görünüm saptanmamıştır.

Sol akciğer alt lob superiorda, medial kesimde ve lateral kesimde 2 ayrı odakta fibrotik plevral çekintilerin eşlik ettiği traksiyon bronşektazileri, kistik bronşektazik değişiklikler mevcuttur. Her iki akciğer üst loblarda apikal kesimlerde paraseptal amfizem bulguları mevcuttur.

Torakal kifoz artmıştır. Kemik yapılarında yoğun dejeneratif değişiklikler izlendi.” radyolojik olarak raporlandı.

Göğüs hastalıkları tarafından yapılan ikinci ppd 11 mm olarak saptandı.

Göğüs hastalıkları HRCT görüntüsü, HRCT raporu ve hastanın klinik öyküsü ile akciğerdeki lezyon açısından hastayı tekrar değerlendirerek hastada mevcut konsolidasyon geçirilmiş pnömoniye ait sekel veya romatizmal hastalığa bağlı tutulum veya her ikisinin ortak etkisi açısından şüpheli buldu. Hastaya ayırıcı tanı açısından fiberoptik bronkoskopi planlandı ancak hastanın yüksek riskli entübasyon ve trakeostomi riskinden ötürü işlem yapılamadı. Hastaya adalimumab tedavisi altında radyolojik ve klinik olarak olarak yakın takip önerildi.



Organizasyon Sekreteryası



D Event Turizm

İçerenköy Mah. Çayır Cad.
No:5/25 Bay Plaza Ataşehir/İstanbul
+90 216 573 18 36
istanbul2@devent.com.tr
www.devent.com.tr