

27 Eylül 2018 Perşembe

13:30 – 14:30 Salon B

SS07

YENİ EULAR/ACR-2017 SINIFLANDIRMA ÖLÇÜTLERİNİN JÜVENİL SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS HASTALARINDAKİ ETKİNLİĞİ

Sezgin Sahin¹, Sule Bektas¹, Amra Adrovic¹, Oya Koker², Kenan Barut¹, Ozgur Kasapcopur¹

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Giriş: Juvenil sistemik lupus eritematosus (jSLE) hastalarının sınıflandırmasında en yaygın kullanılan ölçütler ACR-1997 ve SLICC-2012'dir. ACR-1997'nin en önemli kısıtlılığı duyarlılığının düşük olması iken SLICC-2012'nin ise özgüllüğünün düşük olmasıdır. 2017 ACR kongresinde, EULAR ve ACR ortak iş birliği ile erişkinlerde daha etkin olduğu gösterilen yeni bir ölçüt geliştirilmiştir.

Amaç: jSLE tanısı almış hastalarda yeni EULAR/ACR sınıflandırma ölçütlerinin etkinliğinin ACR-1997 ve SLICC-2012 ölçütleri ile karşılaştırılması

Yöntem: Hastaların ilk olarak jSLE tanısı aldığındaki bulguları ve kan değerleri, ACR-1997, SLICC-2012 ve EULAR /ACR sınıflandırma ölçütlerine göre değerlendirildi. Hastaların tanıdan sonraki hem 1. yıl vizitinde hem de son vizitinde, bu sınıflama ölçütlerinin duyarlılık değerlendirilmesi yeniden yapılmıştır. Özgüllük değerlendirmesi için 104 hasta (jSLE olmayan) polikliniğe başvuru sırasına göre çalışmaya alındı.

Bulgular: Sınıflama ölçütlerinin klinisyenin tanısı anındaki duyarlılık değerlendirilmesi için 104 jSLE hastası değerlendirildi. Toplamda 12 olgu, takip süresi 1 yılın altında olduğu için, ilk değerlendirmeden sonra çalışmadan çıkarıldı. Tanıdan sonraki birinci yılve son vizit değerlendirilmesi için 92 olgu uygun olarak bulundu. Çalışmamızdaki kızların erkeklere oranı 4,7:1'di. Olgularımızdaki medyan tanı yaşı 13,0 iken, medyan hastalık süresi 5 yıl olarak saptandı. Yeni geliştirilen sınıflama ölçütleri EULAR/ACR'ın duyarlılığı; tanı sırasında ve birinci yılda SLICC-2012 ve ACR-1997 ile kıyaslandığında daha yüksek saptandı (Tablo 1). Son vizitte yeni kriterler ve SLICC-2012 kriterlerinin duyarlılığı aynı iken, ACR-1997 kriterlerinin duyarlılığı daha düşük saptandı.

Sonuç: Yeni sınıflama ölçütü EULAR/ACR-2017, tanı sırasında ve birinci yıl değerlendirmesinde SLICC-2012 ve ACR-1997 kriterlerine göre daha çok sayıda hastanın SLE olarak sınıflandırılmasını sağladı. Ancak son vizitte, EULAR/ACR ve SLICC-2012 kriterlerinin duyarlılığı arasında fark saptanmadı. Her ne kadar duyarlılıklar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, yeni sınıflandırma seti ile klinik çalışmalara daha fazla hasta alımı mümkün gibi görünmektedir. Yeni sınıflama ölçütü EULAR/ACR-2017'nin özgüllüğü, ACR1997'nin özgüllüğüne ulaşamadı. Ancak SLICC-2012 ölçütlerine göre özgüllüğü daha yüksekti (daha az hastayı yanlışlıkla SLE olarak sınıflandırmış oldu).

Anahtar Kelimeler : Sistemik lupus eritematosus, Sınıflandırma, ACR1997, SLICC2012, Duyarlılık, Özgüllük

Tables :

jSLE sınıflandırmasında çeşitli ölçütlerin duyarlılığının farklı zaman dilimlerinde karşılaştırılması

	Tanı (n=104)	1.Yıl (n=92)	Son vizit (n=92)
ACR – 1997	% 85,6 (n=89)	% 90,2 (n=83)	% 95,7 (n=88)
SLICC – 2012	% 91,3 (n=95)	% 94,6 (n=87)	% 97,8 (n=90)
EULAR / ACR 2017	% 93,3 (n=97)	% 95,7 (n=88)	% 97,8 (n=90)
p	>0.05	>0.05	>0.05

jSLE sınıflandırmasında çeşitli ölçütlerin özgüllüğünün karşılaştırılması

	Özgüllük (n=104)
ACR – 1997	% 89,4 (n=94)
SLICC – 2012	% 81,7 (n=85)
EULAR / ACR 2017	% 86,5 (n=90)

SS08

AİLESEL AKDENİZ ATEŞİ TANISI OLAN TÜRK HASTALARDA KANSER RİSKİ: 3899 HASTANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Emre Bilgin¹, Deniz Can Güven², Serdar Ceylan³, Özge Aybi³, Rıza Can Kardeş³, Büşra Fırlatan³, Tolga Yıldırım⁴, Seza Özen⁵, Ömer Dizdar⁶, Mutlu Hayran⁶, Umut Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Anabilim Dalı

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Romatoloji Bilim Dalı

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) periyodik ateş ve serozit ile karakterize, en sık Türkiye, Ermenistan, İsrail ve Kuzey Afrika ülkeleri gibi Akdeniz'e komşu ülkelerde görülen periyodik ateş sendromlarının ek sık görülenidir. Yakın dönemde, İsrail'de yapılan bir çalışmada AAA hastalarında sağlıklı popülasyona göre genel kanser riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, AAA'nın en ölümcül komplikasyonlarından olan amiloidoz gelişen vakalarda, kanser vaka serileri bildirilmiş olsa da olası ilişkiyi gösteren geniş çapta çalışma yoktur.

Amaç: Merkezimizde takip edilen AAA tanılı hastaların genel kanser riskinin belirlenmesi ve genel toplum verileri ile karşılaştırılması.

Metod: Hacettepe Üniversitesi hastaneleri otomasyon sistemi üzerinden, AAA için geçerli olan ICD-10 tanı kodu (E.85.0) kullanılarak tarama yapıldı. Hikaye, fizik muayene ve laboratuvar yöntemleri ile AAA tanısı konulan ve muayene notları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Klinik ve/veya biyopsi ile amiloidoz tanısı konulan hastalar not edildi. Otomasyon sistemi, hasta dosyaları ve onkoloji kayıt sisteminden hastaların kanser tanıları tarandı. Yaş ve cinsiyet-spesifik kanser hızları Türkiye Ulusal Kanser Verileri ile karşılaştırıldı. Standardize insidans hızı (*standardized incidence ratio- SIR*) gözlenen vaka sayısının beklenen vaka sayısına oranlanması ile hesaplandı.

Sonuçlar: Toplam 3899 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 22, %56'sı kadın idi. Amiloidozu olan 120 hasta saptandı, bu hastaların yarısı kadın iken medyan yaş 42 olarak saptandı. Tüm grupta 38, amiloidoz alt grubunda 6 kanser vakası (2 renal, 1 mikozis fungoides, 1 KML, 1 rektum ve 1 primeri bilinmeyen adenokanser) tespit edildi (**Tablo 1**). Her iki cinsiyette kanser riski, genel topluma göre anlamlı olarak düşük saptandı [erkekler için; SIR 0.35 (95% CI 0.18-0.63), p < 0.001. kadınlar için; SIR 0.5 (95% CI 0.34-0.72), p < 0.001]. Amiloidozu olan alt grupta ise kanser riski, genel toplumdan anlamlı fark bulunmadı [erkekler için; SIR 1.36 (95% CI 0.43-3.2), p = 0.5; kadınlar için; SIR 0.82 (95% CI 0.13-2.7), p=0.8; cinsiyet gözetmeksizin SIR 1.1 (95% CI 0.45-2.3), p = 0.73].

Tartışma: Bu çalışmada, AAA tanısı olan Türk hastalarda genel kanser riskinin, popülasyona göre daha düşük olduğu, eşlik eden amiloidoz varlığında ise bu avantajın ortadan kalktığı saptanmıştır. Bu durum, daha büyük ölçekli prospektif çalışmalar ile değerlendirilmeli, alta yatan olası kanser-inflamasyon ilişkisi aydınlatılmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Ailesel akdeniz ateşi, Kanser, standardize insidans oranı

Tables :**Tablo1. Cinsiyete göre kanser tiplerinin dağılımı**

Kanser tipi	Erkek (n)	Kadın (n)
Meme	-	7
Akciğer	-	1
Prostat	1	-
Kolorektal	1	1
Over	-	4
Endometriyum	-	1
Gastrik	-	1
Pankreas	1	-
Renal	1	2
Santral Sinir Sistemi	-	2
Lösemi	2	1
Lenfoma	1	5
Kaposi sarkomu	1	-
Yumuşak doku sarkomu	-	2
Yolk kesesi	-	1
Primeri bilinmeyen adenokanser	2	-
Total	10	28

SS09

AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ (FMF)'NE BAĞLI KOMPOZİT HASAR VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Abdurrahman Tufan¹, Berkan Armağan², Erdal Bodakçı³, Timuçin Kaşifoğlu³, Hasan Satış¹, Nuh Ataş¹, Alper Sarı², Hakan Babaoğlu¹, Umut Kalyoncu¹, Şule Yaşar Bilge³, Salman Reyhan¹, Özkan Varan¹, Levent Kılıç², Sedat Kiraz², İhsan Ertenli², Ali Akdoğan², Berna Göker¹, Şeminur Haznedaroğlu¹, Mehmet Akif Öztürk¹

¹Gazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

²Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

³Osmangazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

Giriş ve amaçlar: Ailevi Akdeniz ateşi (FMF) ataklarla seyretmekle birlikte bazı hastalarda kronik inflamasyon görülebilmektedir. FMF hastalarında birçok organda hasar görülebilmektedir ve mevcut çalışmalar FMF hastalarında kalıcı organ hasarının sadece amiloidoz ve infertilite gibi tek bir özgül komponentini araştırmıştır. Daha önce FMF' e bağlı hasarın tamamını bir arada inceleyen ve ilişkili faktörleri ortaya koyan bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada büyük bir FMF kohortunda FMF' e bağlı hasar ve ilişkili faktörler araştırılmıştır.

Metodlar: FMF in Central Anatolia (FiCA) kohortundaki hastalar çalışmaya alındı. Kohort sürekli büyümekte olup (son olarak 836 hasta) Tel Hashomer kriterlerini karşılayan ve en az 1 yıldır kolşisin alan hastalar dahil edilmektedir. Mevcut analizler 664 hasta üzerinde (%63,5' kadın ortalama yaş 36±12,1) yapılmıştır. Hastaların demografik, klinik, tedavi özellikleri ve varsa mutasyonları web bazlı veritabanına kaydedildi. FMF ilişkili hasar valide bir hasar ölçüm metodu olan auto-inflammatory disease damage index (ADDI) ile değerlendirildi. Hastalık ilişkili hasar ile karakteristikler arasındaki ilişkiler multivariate analizlerle araştırıldı.

Bulgular: Hastaların %81,2'sinde ateş, %90'ında peritonit, %48.8'inde plevrit, %54.4'ünde artrit ve %29' unda ELE vardı. Dominant atak tipi hastaların %7,1'inde ateş, %62.7'sinde serozit, %16.7'sinde kas iskelet ataklarıydı. Gen mutasyonu 536 hastada bilinmekteydi ve hastaların %77,6'sında M694V mutasyonu (%28.8 M694V homozigot) vardı. Hastalar 6 ayda birden az atak geçiriyorsa iyi yanıtli (hastaların %59,5'i), ayda bir veya daha fazla atak geçiriyorsa kolşisin yetersiz yanıtli (hastaların %9,2'si) olarak sınıflandırıldı. Median ADDI skoru 1 (min 0- max 11) bulundu. Hasarlar en fazla kas-iskelet, reproduktif ve böbrek domainlerinde saptandı. Kronik kas-iskelet ağrısı hastaların %52,4'ünde, kalıcı eklem hasarı %2,7'sinde, infertilite %11,2'sinde, amenore %7,1, proteinüri %7,8, amiloidoz %6,8% ve böbrek yetmezliği %4,1 hastada vardı. Yaş, homozigot M694V mutasyonu, persistan inflamasyon, kas-iskelet dominant atak seyri ve kolşisin tedavi yanıtızsızlığı hasarın bağımsız faktörleri olarak belirlendi.

Sonuç ve öneriler: Homozigot M694V, kronik inflamasyon, kas-iskelet dominant atak seyri ve kolşisin yanıtızsızlığı hasarı belirleyen bağımsız faktörler olup bu risk faktörlerine sahip hastalarda uzun dönem hasarı önlemek için etkili tedavi yaklaşımlarının zamanlı kullanımı gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler : Ailevi Akdeniz ateşi, FMF, hasar, kolşisin direnci, tedavi

SS10

GERÇEK YAŞAMDA PSÖRİATİK ARTİRİTTE MİNİMAL HASTALIK AKTİVİTESİ

Sibel Bakırcı¹, Dilek Solmaz¹, Noura Al Asoimi¹, Ediz Dalkılıç², Meryem Can³, Abdulsamet Erden⁴, Cem Özişler⁵, Muhammed Çınar⁶, Levent Kılıç⁴, Umut Kalyoncu⁴, Sibel Zehra Aydın¹

¹Ottawa Üniversitesi, Romatoloji Kliniği, Ottawa, Kanada

²Uludağ Üniversitesi, Romatoloji Kliniği, Bursa, Türkiye

³Marmara Üniversitesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁵Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

⁶Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş: Minimal hastalık aktivitesi (MDA), psöriatik artrit (PsA)'li hastalarda önemli bir tedavi hedefi olmasına rağmen hasta tarafından bildirilen sonuç ölççekleri (patient reported outcomes-PRO) açısından düşük eşik değerine sahip olması nedeniyle eleştirilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, PsA hastalarında MDA bileşenlerinin prevalansını değerlendirmek ve MDA'ye sahip olan ve olmayan hastalarda (MDA⁺ ve MDA⁻) hastalık karakteristiklerini ve paternlerini incelemektir.

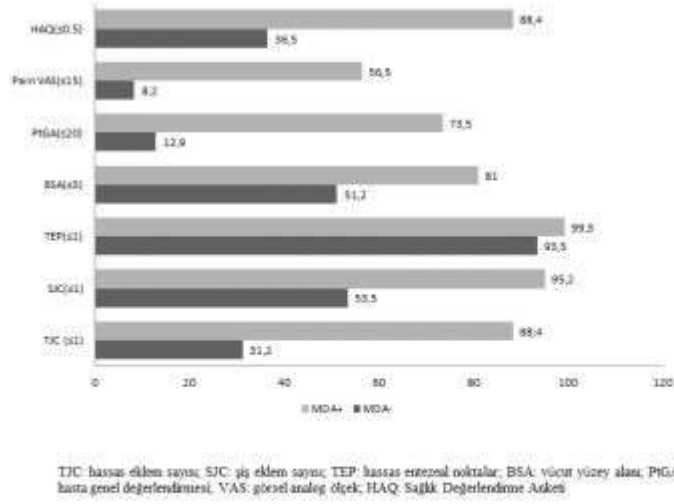
Araç ve Yöntemler: PsArt-ID (Psoriatic Arthritis-International Database) çok merkezli longitudinal olarak veri toplanan uluslararası bir web-tabanıdır (www.trials-network.org). Bu analize en az 1 yıllık hastalık süresi olan PsA hastaları dahil edildi. Hastalar, MDA kriterlerinin en az 5 / 7'sini karşıladıklarında MDA⁺ olarak değerlendirildi (Şekil).

Bulgular: Ocak 2018 tarihinde, Türkiye'den 1283 ve Kanada'dan 119 hasta çalışmaya dahil edildi, bunların 317'si MDA için tam veriye sahipti ve bu hastalar analize dahil edildi. MDA⁺ ve MDA⁻ hastalardaki, demografik özellikler, hastalık karakteristikleri ve paternleri tabloda özetlenmiştir. Her iki grupta da demografik özellikler açısından fark yoktu. Monoartrit alt tipi (RR: 2.01, % 95 CI: 1.579-2.559), entezit yokluğu (RR: 1.570, % 95 CI: 1.027-2.398) ve distal interfalangeal eklem tutulumunun olmaması (RR: 1.1, % 95 CI: 1.001-1.25) MDA⁺ i elde etmenin yüksek olasılığı ile ilişkili olarak bulundu. MDA⁺ in içerdiği farklı bileşenler değerlendirildiğinde ise, ağrı-görsel analog skalası (pain-VAS) ≤15 ve hasta genel değerlendirmesi (patient global assessment-PtGA) ≤20, daha az sıklıkla MDA⁺ ye ulaşan bileşenlerdi, hastaların sırasıyla %44.5 ve % 26.5'u MDA kriterlerini doldurmuş olsa bile bu bileşenleri hala karşılayamamaktadır (Şekil). Öte yandan, MDA⁻ hastalarda, vücut yüzey alanı (%51.2) ve şiş eklem sayısı (% 53,5) bileşenleri hastaların çoğunluğunda elde edilebilirken, bunların %93.5'inde Leeds enthesitis index (LEİ)'i ile entezit saptanmadı. Doktorun hasta genel değerlendirmesi (Physician global assessment) (> 21'e karşı ≤20) ve BASDAI (> 41'e karşılık ≤40, sadece aksiyel hastalık için), MDA⁺ ve MDA⁻ hastalar arasında sadece orta düzeyde bir uyumu vardı (sırasıyla, kappa = 0.47, p = 0.05 ve kappa = 0.469, p = 0.072).

Tartışma: MDA, çalışmalar ve klinik pratik için objektif bir tedavi hedefi sağlar, ancak gerçek hayatta PRO'lar, tüm bileşenler içinde MDA'ye ulaşmanın en önemli engelleridir.

Anahtar Kelimeler : Psöriatik Artrit, minimal hastalık aktivitesi, hasta tarafından bildirilen sonuç ölççekleri,

Resimler :



Tables :

Tablo. MDA'e göre demografik özellikler ve hastalık karakteristikleri (tüm veriler n / total n (yüzde (%)) veya medyan (birinci-üçüncü yüzdeler) * olarak verildi).

	MDA-	MDA+	p değeri
n/total n (%)	170/317 (53.9)	147/317(46.0)	
Türkiye	128/232 (55.2)	104/232 (44.8)	0.362
Kanada	42/85 (49.4)	43/85 (50.6)	0.362
Kadın	109/188 (58)	79/188 (42)	0.061
Yaş (yıl)*	50 (40-59)	51.5 (37-60.5)	0.924
Eğitim yılı*	11 (5-15)	11 (5-14)	0.738
Hastalık süresi (ay)*	95 (66-155)	88 (59-155)	0.843
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)*	28.20 (24.46-33.05)	27.53 (23.76-30.91)	0.166
Aile öyküsü (Psöriazis veya PsA)	63/171 (36.8)	40/146 (27.4)	0.074
Tırnak tutulumu	92/171 (53.8)	73/146 (50)	0.500
Daktilit	65/170 (38.2)	55/147 (37.4)	0.881
Entezit	35/170 (20.6)	16/147 (10.9)	0.022
PsA klinik paternleri			
Poliartrit	78/170 (45.9)	70/146 (47.9)	0.714
Oligoartrit	66/170 (38.8)	50/146 (34.2)	0.415

Monoartirit	1/170 (0.6)	9/146 (6.2)	0.007
DIP eklem tutulumu	42/170 (24.7)	23/146 (15.8)	0.050
Aksiyel tutulum	79/170 (46.5)	56/146 (38.4)	0.171
Artritis mutilans	0/170 (0)	1/146 (0.7)	0.462

SS11

PSÖRİATİK ARTRİT'TE MORTALİTEDE ARTIŞ SAPTANMAMIŞTIR: ULUSAL PSÖRİATİK ARTRİT KOHORTU (PSART) VERİLERİ

Abdulsamet Erden¹, Levent Kılıç¹, Dilek Solmaz¹, Sibel Bakırcı Üreyen¹, Gezmiş Kimyon¹, Esen Kasapoglu Gunal¹, Atalay Dogru¹, Özün Bayındır¹, Ediz Dalkılıç¹, Cem Özişler¹, Servet Akar¹, Gözde Yıldırım Çetin¹, Emine Figen Tarhan¹, Orhan Kucuksahin¹, Ahmet Omma¹, Emel Gönüllü¹, Fatih Yıldız¹, Emine Duygu Ersözlü¹, Muhammed Çınar¹, Abdurrahman Tufan¹, Seval Pehlevan¹, Serpil Ergülü Eşmen¹, Sema Yılmaz¹, Tuncay Duruöz¹, Sibel Zehra Aydın¹, Umut Kalyoncu¹

¹Psart (türkiye Psoriatik Artrit Kohortu) Çalışma Grubu

Giriş:Psöriatik artrit (PsA) mortalite hakkındaki veriler kısıtlı ve çelişkili sonuçlar içerir. Ülkemizde bu konuda bir veri bildirilmemiştir. Bu çalışmada çok merkezli ulusal PsA kütüğündeki hastaların mortalite oranının belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem:PsART (Türkiye Psoriatik Artrit Kohortu), 2014 yılında oluşturulmuş ulusal, prospektif, çok merkezli web tabanlı bir kayıt kütüğüdür. PsART hastaların demografik verilerini, klinik, tedavi bilgilerini ve hastalık aktivite parametreleri içerir. Nisan 2018 tarihinde hastaların herhangi bir nedenden dolayı ölümü, ölüm bildirim sisteminden tespit edildi. Ölüm oranları 1000 hasta/yılı (H/Y) [kaba ölüm oranı (KÖO)] olarak hesaplandı. KÖO belirli bir zaman dilimindeki ölümlerin sayısının, bu süre içinde ölme riskine maruz kalan kişi sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Ülkemizin yaş gruplarına ve cinsiyete göre ölüm oranları www.tuik.gov.tr'den alınmıştır. Standart ölüm oranı [SÖO] (beklenen ölüm sayısına göre gözlemlenen oran), bir kohortta gözlemlenen ölümlerin, aynı alandaki genel popülasyondan aynı büyüklükte çalışma grubundaki bireylerin yaş ve cinsiyetleri standardize edilmiş grupta beklenenlere oranı olarak hesaplanır.

Sonuçlar:PsART 1216 PsA hastasını (%64 kadın) içermektedir. Ortalama; yaş 46±41 yıl, hastalık süresi 5.4±6.67 yıl ve takip süresi 2.9(0.62) yıl idi. Toplam takip süresi 3540 H/Y olarak hesaplandı (erkekler için 1221 H/Y). Takip süresinde on iki hasta (8 erkek) öldü. Ölenlerin yaş ortalaması 57.1(13.0) idi. Demografik veriler, güncel tedaviler, komorbiditeler ve ölüm nedeni tablo 1'de belirtildi. Genel KÖO 1000 H/Y başına 3.38 idi. Ülkemizdeki genel KÖO ise 1000 H/Y başına 5,3 idi. Erkek hastalar için KÖO 1000 H/Y başına 6.55 (Türkiye için 1000 kişi-yılda 5.8) iken kadın hastalar için 1000 H/Y 1.72 (Türkiye için 1000 kişi-yılda 4.8) idi. Mortalite oranı erkek hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti (%1.9'a karşı %0.5; p=0.01). Genel SÖO oranı 0.63 (0.04-1.309) idi. Erkek hastalar için SÖO 1.12 (0.25-1.98) iken kadınlarda ise 0.35 (0.18-0.885) idi. Mortaliteyi etkileyen faktörler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tartışma:Ulusal PsA kohortumuzda, mortalite oranı genel popülasyona göre artmadığı gözlemlendi. Erkek PsA hastalarında kadın hastalara göre daha yüksek mortalite oranına sahip olsa da, ülkemiz genel KÖO ile karşılaştırılabilir. Ölen hasta sayısı tartışma için yeterli değildi, ancak ölen vakaların çoğunluğu kardiyovasküler komorbiditeye sahipti.

Anahtar Kelimeler : Psöriatik artrit, mortalite

Resimler :

Tablo 1. Demografik veriler, tedaviler, komorbiditeler ve ölüm nedenleri

No	Yaş	Cinsiyet	Komorbiditeler	Tedaviler	Ölüm nedeni
1	60	Erkek	HT, MS	SSZ, steroid	AİKH, KBH
2	57	Erkek	HU	Mtx, HCQ, steroid	AI KS
3	68	Erkek	DM, HT, HL, MS, KAH	Mtx, SSZ, steroid	Kc S, KKY
4	62	Erkek	HT, HL, HU	Mtx	HE, TH, SŞ, mandibula ve maksillanın yassı hücreli karsinomu
5	63	Erkek	HL, HU	Mtx, SSZ, steroid, Golimumab	Ani kardiyak ölüm, pankreas başı kanseri
6	40	Erkek	Yok	Yok	Bilinmiyor
7	61	Kadın	HT	Mtx	HT, AKS
8	43	Erkek	HT, HL	Mtx, Golimumab	İntihar
9	75	Erkek	KAH	Lef, Mtx	Pankreas Kanseri
10	34	Kadın	DM, MS, HU	Lef	Pnömoni
11	50	Kadın	Yok	Lef, Mtx, steroid	AMI, Ani ölüm, PTE
12	79	Kadın	KAH	Mtx	Pnömoni, ABY

HT; hipertansiyon, MS; metabolik sendrom, SSZ; sulfasalazine, AİKH; Akut iskemik kalp hastalığı, KBH; Kronik böbrek hastalığı, HU; hiperürisemi, mtx; Metotreksat, HCQ; Hidroksiklorokin, AI KS; alkolik karaciğer S, KKY; konjestif kalp yetmezliği, DM; Diabetes mellitus, HL; hiperlipidemi, Kc S; karaciğer sirozu, KAH; koroner arter hastalığı, HE; Hepatik ensefaloopati, TH; Toksik hepatit, SS; Septik şok, AKS; akut koroner sendrom, Lef; leflunomide, AMI; akut miyokardial infarktüs, PTE; Pulmoner tromboemboli, ABY; Akut böbrek yetmezliği

Tablo 2. Mortalite ile ilişkili parametreler

	Ölen hastalar n=12	Yaşayan Hastalar n=1204	p
Yaş, ortalama (SD)	57.1 (13.1)	46.3 (12.6)	0.03
PsA tanısında yaşı, ortalama (SD)	53.8 (12.9)	40.4 (4.4)	0.02
PsART takip süresi (yıl), ortalama (SD)	1.1 (0.9)	2.9 (0.5)	<0.001
Psöriasis tanısı sonrası takip süresi (aylar), ortalama (SD)	228 (174)	180 (140)	0.2
Cinsiyet (Erkek), %	66.7	34.3	0.02
Beden Kitle İndeksi (BKI), ortalama (SD)	27.7 (4.8)	28.2 (5.1)	0.7
Eğitim süresi, ortalama (SD)	5.3 (3.3)	8.4 (4.7)	0.001
Şiş eklem sayısı, ortalama (SD)	4.2 (9.6)	1.9 (3)	0.012
Hassas eklem sayısı, mean (SD)	9.0 (11.7)	3.8 (4.9)	<0.001
BASFI, mean (SD)	78.3 (19.3)	30.8 (24.4)	0.01
Hasta global değerlendirme (VAS), ortalama (SD)	77.5 (13.3)	45.4 (24.5)	0.01
Doktor global değerlendirme (VAS), ortalama (SD)	74.2 (18.3)	37.9 (22.4)	<0.001
Yorgunluk (VAS), ortalama (SD)	65.7 (29.3)	45.2 (26.8)	0.04
Ağrı (VAS), ortalama (SD)	65.0 (32.7)	44.0 (27.4)	0.04
HAQ, mean (SD)	1.08 (0.7)	0.7 (0.6)	0.2
ESR mm/saat, ortalama (SD)	41 (7.6)	25.9 (20.2)	<0.001
C-RP mg/lt, ortalama (SD)	26.7 (21.9)	10.6 (17.7)	0.04
Hipertansiyon, %	50.0	21.8	0.02
DM, %	16.7	14.3	0.6
Metabolik sendrom, %	33.3	11.7	0.02
Hiperürisemi, %	25.0	6.6	0.04
Koroner arter hastalığı, %	75.0	3.7	<0.001
Depresyon, %	41.6	16.7	0.02

VAS; visual analog skala, BASFI; Bath ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi, ESH; eritrosit sedimentasyon hızı, CRP; C-reaktif protein, DM; diabetes mellitus

SS12

YENİ STİLL AKTİVİTE SKORUNUN GELİŞTİRİLMESİ VE VALİDASYONU

Umur Kalyoncu¹, Timuçin Kaşifoğlu², Ahmet Omma³, Cemal Bes⁴, Muhammet Çınar⁵, Hakan Emmungil⁶, Orhan Küçükşahin⁷, Servet Akar⁸, Kenan Aksu⁹, Fatih Yıldız¹⁰, Nilüfer Alpay Kanitez⁴, Abdulsamet Erden¹, Emre Bilgin¹, Sezin Turan⁶, Ediz Dalkılıç¹¹, Selime Ermurat¹¹, Mutlu Hayran¹²

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Ankara

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Eskişehir

³Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Ankara

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bakırköy Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, İstanbul

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Ankara

⁶Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Edirne

⁷Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Ankara

⁸İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, İzmir

⁹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, İzmir

¹⁰Van Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Van

¹¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Biliim Dalı, Bursa

¹²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Erişkin başlangıçlı Still hastalığının (EBSH) aktivitesini belirlemek amacıyla kullanılan kabul edilmiş bir ölçüm parametresi bulunmamaktadır. Bu çalışmada EBSH aktivitesini değerlendirmek için kullanılacak basit bir Still aktivite skorunun (SAS) oluşturulması amaçlanmıştır.

Yöntem: 11 farklı merkezle kesitsel olarak yapılmıştır. Tüm hastalar Yamaguchi kriterlerini karşılamaktadır. Standart bir form ile hastaların yaşları, cinsiyeti, hastalık süreleri ve şimdiki semptomları sorgulanmıştır. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), CRP, lökosit sayısı ve ferritin değerleri de kaydedilmiştir. Visual analog skalası (VAS) (0–10cm) ve likert skalası (remisyon, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek hastalık aktivitesi) kullanılarak doktor ve hastaların hastalık global değerlendirilmesi yapılması istenmiştir. İlk etapta 125 hasta çalışmaya alınmış ve SAS oluşturulmuştur (derivasyon kohortu). Daha sonra yeni 72 hastada oluşturulan skorun validasyonu yapılmıştır (validasyon kohortu). SAS ordinal logistik regresyon yöntemiyle oluşturulmuştur.

Sonuçlar: 197 (%66.5 kadın) EBSH'nın ortalama yaşları 39 (13), ortalama hastalık süresi 2 (0–30) yıldır. Değerlendirme sırasındaki EBSH bulguları sırasıyla ateş 69 (%35.0), rash 55 (%27.9), artrit 57 (%28.9), artralji 112 (%56.9), boğaz ağrısı 58 (%29.4), myalji 80 (%40.6), lenfadenopati 25 (%12.7), splenomegali 37 (%18.8), hepatomegali 23 (%11.7), karın ağrısı 8 (%4.1), plöretik ağrı 8 (%4.1), perikardit 4 (%2.0), hemofagositik sendrom 4 (%2.0). Ortalama (SD) ESH, CRP,

ferritin ve lökosit sayısı sırasıyla 32.5 (31), 43.4 (65.3), 1169 (3088) ve 10356 (4821). Ortalama hasta global ve doktor global aktivite değeri 3.86 (3.29), ve 3.05 (3.06). SAS'nun komponentleri ve skorlaması tablo 1'de gösterilmiştir. SAS ile hasta global aktivite değeri (likert) arasındaki korelasyon derivasyon kohortunda %85, validasyon kohortunda %75'dir. SAS ile hasta global aktivite değeri (VAS) arasındaki korelasyon derivasyon kohortunda %79, validasyon kohortunda %73'dir. SAS'nun 4 ve üzerinde olmasının aktif/çok aktif düzeyi belirlemesi için hassasiyet ve özgünlüğü %100 ve %82.6'dır (şekil1).

Tartışma: Bu çalışmada EBSH için, rutin klinik ve laboratuvar değerlendirme ile elde edilebilecek basit ve kullanışlı yeni bir SAS geliştirilmiş ve valide edilmiştir. SAS ile aktif hastalık düzeyi tespit edilebilmektedir. Gelecekte bu skorun klinik araştırmalarda ve rutin pratikte kullanımı ile ilgili bilgilere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler : Still, Aktivite Skoru

Resimler :

Tablo 1. Still Aktivite skorlaması

	0 puan	1 puan	2 puan
Ateş	-		+
Artralji	-		+*
Nötrofili \geq %65	-	+	
Ferritin \geq 350 ng/ml	-	+	
*Şiş eklem sayısı \geq 2 ise 1 puan daha eklenecek			

Şekil 1. Still aktivite skoru ve hasta global aktivite değerlendirmesi

