

28 Eylül 2018 Cuma

13:30 – 14:30 Salon B

SS19

VASKÜLER BEHÇET HASTALARINDA POST-TROMBOTİK SENDROMUN CİDDİYETİ VE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Aysun Aksoy¹, Seda Çolak², Burcu Yağız³, Belkıs Nihan Coşkun³, Ahmet Omma², Naile Bolca⁴, Rabia Ergelen⁵, Rafi Haner Direskeneli¹, Fatma Alibaz-öner¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Abd Romatoloji Bilim Dalı

²Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Birimi

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Abd Romatoloji Bölümü

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi , Radyoloji Bölümü

⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eah, Radyoloji Bölümü

Giriş-Amaç: Vasküler tutulum, Behçet Hastalarının (BH) yaklaşık üçte birinde görülmektedir, vakaların %80'inde alt ekstremitte derin venöz trombozu (DVT) şeklindedir. Post-trombotik sendrom (PTS) DVT sonrası gelişebilen majör komplikasyonlardan biridir. Bu çalışmada DVT öyküsü olan vasküler BH (VBH)'larında PTS varlığının, ciddiyetinin, risk faktörlerinin ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Metod: Çalışmaya Türkiye'deki 3 Romatoloji Kliniğinde takipli DVT öyküsü olan 96 Behçet Hastası (K/E: 18/78, ortalama yaş: 38.8±8.74) alındı. PTS varlığının saptanması için Villalta ölçeği kullanıldı. Bu ölçeğe göre; skor >4 ise PTS var; 5-9, 10-14, >14 sırasıyla hafif, orta ve ciddi PTS olarak değerlendirildi. Ciddi PTS'yi değerlendirmek için yapılan diğer skorlama CEAP (klinik, etiyolojik, anatomik, patofizyolojik) oldu, bu skorlamaya göre 4 ve üzerindeki skorlar ciddi PTS ile ilişkiliydi. Venöz Disabilite Skoru (VDS) ve Venöz Klinik Ciddiyet Skoru (VKCS) venöz hastalık şiddet değerlendirilmesinde kullanıldı. Bütün hastalara klinik değerlendirilmelerinden sonraki 1 hafta içerisinde deneyimli radyolog tarafından her iki alt ekstremitte Doppler ultrasonografi (US) yapıldı.

Sonuçlar: Vasküler tutulum sırasında hastaların ortalama yaşı 32.7±8.65 idi. Venöz değerlendirme ilk vasküler tutulumdan ortanca 6 (0-34) yıl sonra yapıldı. Değerlendirme sırasında ortanca hastalık süresi 9 (0-34) yıl idi. 80 (%84.2) hasta immunsupresif (IS) ve 13 hasta IS'lere ek olarak antikoagulan (AK) tedavi almaktaydı. 93 hastanın 57'sinde (%61.3) PTS mevcuttu ve 19 (%19.8) unda da ciddi PTS vardı. PTS varlığı ile cinsiyet, yaş, antikoagulan kullanımı ve relaps varlığı arasında ilişki saptanmadı. CEAP skorlamasına göre 32 (%36) hastada ciddi PTS saptandı. Doppler US incelemesinde 10 hastada normal bulgular saptandı, ancak bu hastaların yarısında klinik olarak PTS mevcuttu. Bilateral tutulum 31 (%31.4), üst-alt bacak ven tutulumu 40 (%47.6) hastada mevcuttu. PTS varlığı ile doppler US bulguları arasında (bilateral, üst-alt bacak tutulumu, reflü tromboz varlığı) ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda değerlendirilen VBH'larının yarısından fazlasında PTS varlığı saptadık. Bu hastaların da üçte birinde ciddi PTS mevcuttu. Ancak çalışmamızda PTS gelişimini predikte eden bir faktör saptanmadı. Sonuç olarak VBH'larının takibinde PTS, hastanın yaşam kalitesini etkileyen önemli bir problemdir ve standart klinik izlemde PTS değerlendirmesi de vasküler relaps sıklığı yanında dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Behçet hastalığı, vasküler, derin ven trombozu, post trombotik sendrom

Tables :**Vasküler Behçet Hastalarının klinik ve venöz değerlendirme özellikleri**

Vilalta Skoru değerlendirmesine göre;		Post trombotik sendrom		p değeri
		Yok	Var	
BSAS değeri n:93		10 (0-47)	20 (1-69)	.002
Ayakta kalma süresi (saat)		8.09±3.9	8.24±3.9	.856
VKSS skoru (n:85)		2.27±1.64	6.54±4.09	.000
VDS	0	18 (%50)	11(%19.3)	.003
	1	15(%41.7)	34(%59.6)	
	2	3 (%8.3)	12(%21.1)	
Veines QoL toplam skoru(n: 93)		97.19±17.8	77.75±17.3	.000
Veines QoL semptom skoru		44.3±9.9	35.2±9.1	.000
CEAP		1.53±1.34	2.94±1.83	.000
DVT sayısı	1	24(%40)	36 (%60)	.888
	2 ve üzeri	12 (%36.7)	21 (%63.3)	
Tedavi	IS	13 (%39.4)	20 (%60.6)	.817
	IS+AK	17 (%36.2)	30 (%63.8)	
Tedavi süresi(ay)	IS	37.5(0-200)	35 (0-256)	.810
	AK	1.5(0-60)	3 (0-156)	.813
Tromboz süresi (yıl)	<5	15 (%40.5)	22 (%59.5)	.827
	>5	20 (%36.4)	35 (%63.6)	
Varis çorabı kullanımı	Hayır	18 (%42.5)	24 (%57.5)	
	Evet	12 (%24.5)	27(%75.5)	
BSAS: Behçet sendrom aktivite skoru, PTS: post-trombotik sendrom, Veines QoL/Symp:Venöz yetersizlik epidemiyolojik ve ekonomik çalışma yaşam kalite ve semptom skoru, VKSS: venöz klinik ciddiyet skoru, VDS: venöz disabilite skoru, DVT: derin venöz trombozu, IS: immunsupressif, AK: antikoagulasyon				

SS20

BEHÇET SENDROMU ÜVEİTİNDE HASAR PROGRESYONU İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Yılmaz Özyazgan², Didar Uçar², Mustafa Erdoğan¹, Yeşim Özgüler¹, Gülen Hatemi¹, Sebahattin Yurdakul¹, Vedat Hamuryudan¹, İzzet Fresko¹, Melike Melikoğlu¹, Emire Seyahi¹, Serdal Uğurlu¹, Hasan Yazıcı¹

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş/Amaç: Behçet sendromunda (BS) üveit, tekrarlayan inflamatuvar ataklar ile seyreden ve tedaviye rağmen üvea, retina ve optik sinirde hasarla sonuçlanan bir hastalıktır. Sık ataklar ve posterior segment tutulumu kötü prognoz olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı uzun dönem ve düzenli takibi yapılmış olan hastalarda daha detaylı, standardize tarama yöntemi ile hasarı predikte eden faktörleri tespit etmektir.

Metod: 1990 -2008 yılları arasında Behçet polikliniğimizde takibe başlanan hastaların dosyaları tarandı. En az 10 yıldır düzenli olarak 4 ay arayla takibe gelen ve ilk vizitinde grade (GRD) 2'den fazla hasar gelişmemiş olan; son vizitinde farklı derecelerde (GRD 0-5 arası) hasarı olan 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasar ciddiyeti, Behçet üvetii için geliştirilen *valide edilmiş hasar derecelendirme skorlamasına* (Özyazgan ve ark., hazırlanma aşamasında) göre derecelendirildi. Hasar progresyonu için aday faktörler, hasar skorunda ilerleme saptanan ve saptanmayan hastalar arasında kıyaslandı.

Sonuçlar: Kırkdokuz hastaya (E:K= 35:14, Ort. ilk vizit yaşı 27±8, Ort. takip süresi 20.9±5.5 yıl, Ort. vizit sayısı 76.5±35.2) ait 98 göz değerlendirildi. Ort. görme keskinlik skoru, ilk vizitte 0.02±0.08; son vizitte 0.47±0.52 saptandı. Ort. atak sayısı 13.2±9.4 idi. Bazal hasar skorları; 79 gözde GRD 0, 16 gözde GRD 1 ve 3 gözde GRD 3 olarak tespti edildi. Son vizit hasar skorları; 15 gözde GRD 0, 21 gözde GRD 1, 32 gözde GRD 2, 12 gözde GRD 3, 10 hastada GRD 4 ve 8 hastada GRD 5 olarak saptandı. Son vizitte 81/98 gözde hasar progresyonu saptandı. İzole anterior üveit atakları hasar progresyonu ile ilişkili bulunmadı (2.5±2.9 vs 2.8±5.5, p=0.7). Hasar progresyonu olan gözlerde; atak sayısı (14.5±10.8 vs 23.3±12.3; p=0.008), posterior üveit atak sayısı (0.4±1.2 vs 6.5±4.9, p<0.001), panüveit atak sayısı (0.8±1.3 vs 6.6±5.0, p<0.001), retina muayenesine engel olan ciddi vitröz opaziteli atak sayısı (0 vs 3.2±3.8, p<0.001), arkuat alanda; retinal infiltrasyon (0.2±0.4 vs 1.4±1.9, p<0.001) ve retinal hemoraji (0.1±0.2 vs 0.7±1.4, p<0.001), hipopyonlu atak sayısı (0.2±1.0 vs 0.9±1.3, p=0.019) daha fazla saptandı.

Tartışma: Bu çalışma anterior üveit ataklarının BS'de progersif hasarla ilişkili olmadığını doğrulamıştır. Bunun yanında, posterior ve panüveit atakları, ciddi vitröz opaziteye sebep olan ataklar, arkuat alandaki retinal infiltratlar ve hemorajiler ve hipopyonlu ataklar hasarın önemli prediktörleridir. Bu özelliklere sahip hastalar daha agresif tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Behçet Sendromu, Prognostik Faktör, Üveit

SS21

ANEVRİZMASI OLAN BEHÇET HASTALARIN TEDAVİSİ, PROGNOZU VE MORTALİTESİ

Berkan Armağan¹, Ertuğrul Çağrı Bölek¹, Alper Sarı¹, Gözde Kübra Yardımcı¹, Bayram Farisoğulları¹, Emre Bilgin¹, Abdülsamet Erden¹, Levent Kılıç¹, Gonca Eldem¹, Ömer Karadağ¹, Bora Peynircioğlu¹, Barbaros Erhan Çil¹, Metin Demircin¹, Ali Akdoğan¹, Şule Apraş Bilgen¹, İhsan Ertenli¹, Sedat Kiraz¹, Umut Kalyoncu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Abd

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Abd, Ankara

Giriş ve Amaç: Anevrizma gelişimi, Behçet hastalarında (BH) artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu çalışmada, anevrizması olan BH tedavi yaklaşımları ve yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: BH ve anevrizması olan 23 hastanın verisi 2013 yılında yayınlanmıştır (1). 2013'den Haziran 2018'e kadar anevrizması olan BH'ları prospektif olarak kaydedilmektedir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, anevrizma öncesi ve sonrası tedavileri, uygulanan vasküler işlemler (girişimsel radyoloji, cerrahi) kaydedilmiştir. Hastaların vasküler tutulumları, tedavi sonrası takipte radyolojik ve klinik olarak 3 gruba ayrılmıştır; regresyon, stabilizasyon, progresyon. Girişim yapılan anevrizmadaki progresyon ise "nüks" olarak değerlendirilmiştir.

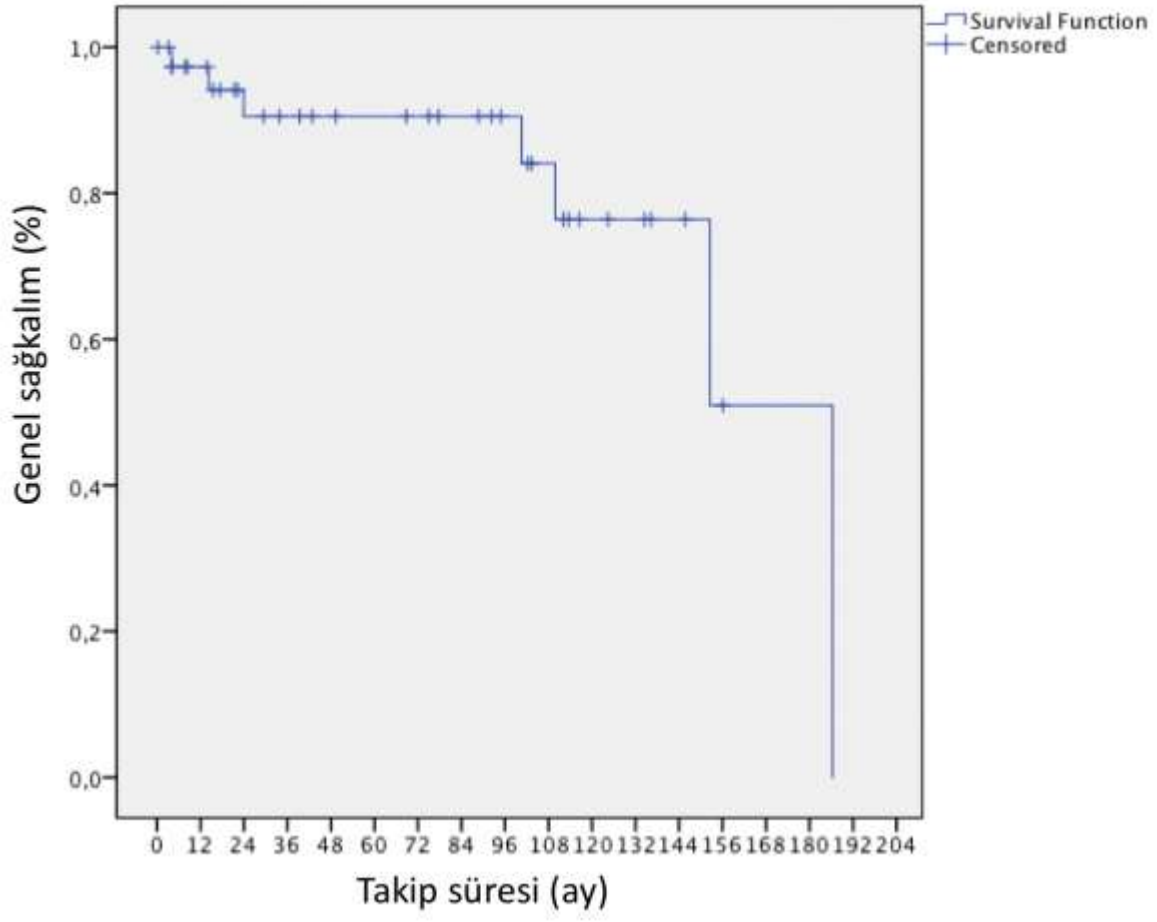
Sonuçlar: Anevrizması olan 39 BH ortalama yaşı ve tanı yaşı ile ortanca takip süresi sırasıyla 41,3±11,5 ve 29,7±7,7 yıl ile 71,8 (2-186) aydır. BH klinik özelliklerden oral aft %100, genital ülser %80,6, akneiform lezyon %47,2, eritema nodozum %33,3, paterji pozitifliği %34,5, artrit %27,8, ateş %24,3, üveit %30,6, nörolojik tutulum %5,1, gastrointestinal tutulum %7,7 hastada görülmüştür. Arteriyel anevrizmaların %5,1'i subklavian, %5,1'i koroner/kardiak, %38,8'i pulmoner, %10,3 torakal aorta, %33,3'ü abdominal aorta, %5,1'i renal, %25,6 iliak ve %12,8'i femoral bölgededir. İndüksiyon ve idame tedavileri tablo 1'de, anevrizma sonrası ilk tedavileri ve prognozları ise tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların 7'si (%17,9) acil olmak üzere 25'ine (%64,1) vasküler girişim yapılmıştır. Girişim yapılan 8 (%34,8) hastada nüks görülmüştür. Takipte 7 (%17,9) hastada exitus gelişmiştir (Figür). Girişim yapılanlarda müdahalenin acil olup olmaması, akut faz değerinin başlangıçta yüksekliği (%61,9) ile progresyon arasında ilişki saptanmamıştır. Pulmoner arter tutulumu olanlarda %20,0 (2/10 hasta), aorta ve dallarında tutulum olanlarda %64,0 (16/25 hasta) progresyon olmuştur (p=0.038). Anevrizma saptandığı sırada medikal indüksiyon tedavisi verilmeyen 7 hastanın 5'inde progresyon, 1'inde regresyon izlenmiş ve 1'inin takibi yoktur.

Tartışma: BH anevrizmasında indüksiyon ve idame tedavisinde siklofosfamid ve/veya interferon alfa en sık tercih edilen tedavilerdir. Yaklaşık 2/3'ünde girişimsel müdahale gerekmiştir. Aorta ve dallarında klinik ve radyolojik progresyon daha belirgindir. Medikal tedavi verilmeksizin girişimsel işlem yapılanlarda ise progresyon daha fazladır.

Kaynakça: Kalyoncu U ve ark. Ann Rheum Dis 2013(abs)

Anahtar Kelimeler : Behçet hastalığı, arteriyel anevrizma, mortalite

Resimler :



	İndüksiyon tedavisi n=39 (%)	İdame tedavisi* n=39 (%)
Medikal tedavisiz, n (%)	7** (17,9)	3 (7,6)
Kolşisin, n (%)	32 (82)	15 (38,4)
Orta-yüksek doz steroid, n (%)	31 (79,4)	11 (28,2)
Siklofosfamid, n (%)	18 (46,1)	9 (23)
İnterferon alfa, n (%)	21 (53,8)	18 (46,1)
Azatiopürin, n (%)	5 (12,8)	11 (28,2)
Anti-TNF, n (%)	1 (2,5)	5 (12,8)
Anti-koagulan n (%)	12*** (30,7)	7 (17,9)
Girişimsel****, n (%)	16 (41)	4 (10,2)
Cerrahi****, n (%)	9 (23)	5 (12,8)

*İdamede tedavide bazı hastalar birden fazla çeşit immünsüpresif tedavi almıştır
** Bu hastalara cerrahi müdahale yapıldıktan sonra romatoloji bölümünce takip edilmişlerdir
*** Venoz tromboz nedeniyle zaten anti-koagulan kullanan hastalar
****İdamede işlem yapılan hastalar daha önce işlem yapılmış hastalar olup 1 hastaya 2 defa idame tedavi olarak işlem yapılmıştır

Tables :

Tablo 2. Behçet hastalarının vasküler girişim ve indüksiyon tedavilerine göre yanıt değerlendirmesi*

	Stabil/Regresyon n=18 (%)	Progresyon n=18 (%)	p
Vasküler girişim			0.298
Yapılanlar	10 (55,5)	13 (72,2)	
Yapılmayanlar	8 (44,4)	5 (27,7)	
İndüksiyon tedavisi			0.315
Cyc	2 (11,1)	1 (5,5)	
Cyc+IFN	10 (55,5)	5 (27,7)	
IFN	3 (16,6)	2 (11,1)	
Anti-TNF	0	1 (5,5)	
Azatiopürin	2 (11,1)	3 (16,6)	
Tedavisiz	1 (5,5)	5 (27,7)	
Sadece Steroid	0	1 (5,5)	
*3 hastanın takipte verisi bulunmamaktadır Cyc:Siklofosfamid, IFN: İnterferon alfa			

SS22

BEHÇET SENDROMUNDA BACAK ÜLSERİ: 24 HASTALIK GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

Yeşim Özgüler¹, Zekayi Kutlubay², Atilla Süleyman Dikici³, Melike Melikoğlu¹, Mehmet Cem Mat², Hasan Yazıcı¹, Emire Seyahi¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ad, Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ad

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Ad

Amaç: Behçet sendromunda (BS) bacak ülserleri ile ilgili deneyim oldukça sınırlıdır. Esas olarak post-trombotik sendrom seyrinde görülebilen nispeten nadir bir komplikasyondur. Tedavisi zordur ve işsizliğe ve yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya yol açar. Bu gözlemsel çalışmada, bacak ülseri olan hastaların klinik özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2016 ile Ocak 2018 arasında BS kliniğimizde görülen toplam 24 hasta (23E/1K) standart bir anket yardımıyla değerlendirildi. Venöz tutulumun lokalizasyonunu değerlendirmek için venöz DUS ve gerekirse abdominal BT kullanıldı. Gerek duyulduğunda biyopsi alındı. Tıbbi ve diğer girişimsel tedaviler dosya verilerinden elde edildi.

Bulgular: Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 27.5 ± 7.1 idi, ortanca takip süresi 7.8 [IQR: 2.9-14.2] yıl idi (Tablo). Bacak ülseri nedeniyle 11 hasta (% 46) işsizdi. Alt ekstremite ven trombozu 20 (%83) hastada mevcuttu. 4 hastada herhangi bir venöz tromboz veya yetersizlik yoktu. 3 hastada histopatolojik inceleme yapıldı ve 1'inde nekrotizan vaskülit, 2'sinde venöz staz izlendi. 24 hastada toplam 34 ülseri gözlemledik. Ülserler çoğunlukla medial malleol (15/34) ve tibianın ön yüzünde (14/34) idi. Beş olguda lateral malleol (2), popliteal fossa (1) ve tibianın posterior yüzeyi (2) gibi sıra dışı bölgelerde bacak ülseri vardı. Azatioprin, siklofosfamid, interferon, infliximab ve kortikosteroidleri gibi immünosupresifler kullanıldı. Iloprost infüzyonları medyan 6 aylık süre için 13 (% 54) hastaya verildi. Ek olarak, *Lucilia sericata* larvaları 9 hastada denendi. 2 hastada deri grefti uygulandı, sadece 1'i başarılı oldu. 17 ülserden 11'i (% 46) ortanca 24 (IQR: 9-78) ayda iyileşti. Geriye kalan 13 (% 54) 'ünde, tüm tedaviye rağmen ortanca 7 yıl boyunca [IQR: 5-11] ülserler iyileşmedi. Ülser iyileşen grupta iyileşmeyen gruba göre BS başlangıcındaki ortalama yaş anlamlı olarak daha gençti (24.4 ± 5.4 vs. 30.4 ± 7.3 ; $p < 0.05$) ve hastalık başlangıcı ile ülser gelişimi arasındaki ortanca süre anlamlı olarak daha kısa idi (3 yıl [IQR: 1-4.5] vs 10 yıl [IQR: 4-14], $p < 0.05$). Ülser iyileşmesinde tedavi şekli ve venöz tutulum şiddeti ile belirgin bir ilişki yoktu.

Sonuç: Bacak ülseri esas olarak alt ekstremitelerde venöz hastalığa bağlı olarak gelişmektedir. Bacak ülseri işsizliğe yol açabilir ve tedaviye oldukça dirençli olabilir. BS seyri sırasında erken ortaya çıkan ülserler daha hızlı iyileşir ve tedaviye daha iyi cevap vermektedirler.

Anahtar Kelimeler : Behçet sendromu, derin ven trombozu, bacak ülseri

Resimler :

Tablo. Demografik ve klinik veriler	
n (Erkek / Kadın)	24 (23/1)
Hastalık başlangıcındaki ort. yaş	27.5 ± 7.1
Hastalık başlangıcı ile ülser gelişimi arasında geçen ortalama süre-yıl	4.0 [2.5-11.5]
Ortalama takip süresi-yıl	7.8 [2.9-14.2]
Bacak ülseri nedeni ile işsizlik (%)	11 (46)
Göz tutulumu, n (%)	7 (29)
Büyük damar tutulumu (%)	9 (38)
Dural sinus trombozu (%)	3 (12.5)
Vena cava sup. trombozu (%)	1 (4)
Pulmoner arter tutulumu (%)	5 (21)
Diğer arteriyel tutulumlar (%)	1 (4)
Vena cava inferior- iliak ven trombozu (%)	8 (33)
Alt ekstremite ven trombozu (%)	20 (83)
Bilateral (%)	15 (62.5)
Femoral ven (%)	20 (83)
Popliteal ven (%)	14 (58)
Yüzeysel ven (%)	7 (29)
Venöz tromboz veya yetersizliği olmayan hasta sayısı (%)	4 (17)
Soliter ülseri olan hasta sayısı (%)	12 (50)
Birden fazla ülseri olan hasta sayısı (%)	12 (50)
Ülseri iyileşen hasta sayısı (%)	11 (46)
Ülseri iyileşmeyen hasta sayısı (%)	13 (54)
Anatomik lokalizasyon (total n=34)	
Medial malleolus (%)	15 (44 %)
Tibia ön yüzü (%)	14 (41 %)
Diğer (%)	5 (5 %)

SS23

BEHÇET SENDROMUNDA ALT EKSTREMİTE DERİN VEN TROMBOZU TEDAVİSİNDE İNTERFERON-ALFA: OLGU SERİSİ

Yeşim Özgüler¹, Gülen Hatemi¹, Fırat Çetinkaya², Koray Taşçılar³, Serdal Uğurlu¹, Emire Seyahi¹, Hasan Yazıcı¹, Melike Melikoğlu¹

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ad, Romatoloji Bilim Dalı

²Colormed Radyoloji Merkezi

³Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ad, Romatoloji Bilim Dalı

Amaç: Alt ekstremitte derin ven trombozu (AEDVT) Behçet sendromunun (BS) önemli bir komplikasyonudur ve nüks sık görülür [1]. Tedavisinde azatiyoprin (AZA) ve kortikosteroid (CS) ilk tercih edilen ajanlardır [2]. İnterferon- α (IFN), BS'nin göz tutulumunda oldukça etkili bir ajan iken vasküler tutulumdaki etkinliği ile ilgili veri oldukça sınırlıdır [3]. Bu çalışmada IFN'nin AEDVT'deki etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Mart 2010'dan bu yana ilk akut AEDVT atağı geçiren tüm BS hastaları merkezimizde standart bir protokolle prospektif olarak izlenmiştir. Akut AEDVT, ilk tanıda Doppler US (DUS) ile doğrulandı ve takipte ve nüks şüphesinde DUS değerlendirmesi yapıldı. Standart başlangıç tedavisi AZA ve CS'lerden oluşmaktaydı. IFN, bu rejime dirençli olan, tolere edemeyen veya birlikte göz tutulumu olan hastalarda kullanıldı. IFN'nin etkinliği indeks trombüsünün rekanalizasyon oranı ve nüks oranına göre değerlendirildi. İyi rekanalizasyon en az % 50 oranında tanımlandı. IFN kullanımı sırasında istenmeyen olaylar kaydedildi.

Bulgular: AEDVT olan 33 hasta (26E/7K) ortalama $40,7 \pm 13,4$ ay izlendi. Takipte 17 (%52) hastaya IFN başladı. IFN, 2 hastada eşlik eden üveit nedeniyle AEDVT'nin ilk atağında başladı. 7 hastada AZA altında AEDVT nüksü nedeniyle IFN'a geçildi. Diğer 9 hastada AZA'dan IFN'ye geçiş nedenleri yan etki (2), yüzeysel tromboflebit nüksü (4), post-trombotik sendrom nedeni ile bacak ülseri gelişimi (2) ve göz tutulumu (1). IFN (ort. 29 ± 20 ay) ile tedavi edilen 3/17 hastada IFN başlamadan iyi rekanalizasyon gelişmişti. Kalan 13/14 hastada (%93) IFN ile iyi rekanalizasyon sağlandı. 2 hastada (%12) IFN altında relaps gelişti. AZA ile tedavi edilen 29 hastanın ise (ort. 20 ± 16 ay), sadece 13'ü (%45) iyi rekanalizasyona sahipti. 13 (%45) hastada AZA tedavisi altında relaps gelişti ve bu hastaların 9'unda (%69) kötü rekanalizasyon vardı. IFN kesilmesine neden olan tek yan etki 1 hastada gelişen tiroidit idi.

Sonuç: AZA tedavisine rağmen BS'deki AEDVT için relaps oranı yüksektir. IFN, AEDVT nükslerini önlemek ve nüksün önemli bir belirleyicisi olan iyi rekanalizasyonu sağlamak için ümit verici bir ajan gibi görünmektedir. Az sayıdaki hasta ve paralel kontrol grubunun olmaması bu prospektif çalışmanın kısıtlılıklarıdır.

Referanslar: 1) Melikoglu M. Arthritis Rheumatol 2014

2) Alibaz-Oner F. Medicine (Baltimore) 2015

3) Calguneri M. Ann Rheum Dis. 2003

Anahtar Kelimeler : Behçet sendromu, derin ven trombozu, interferon-alfa, azatiyoprin

SS24

BEHÇET SENDROMUNA BAĞLI VENÖZ TUTULUMDA ENDOVASKÜLER GİRİŞİMLER

Elif Dinçseser¹, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Melike Melikoğlu¹, İzzet Fresko¹, Emire Seyahi¹

¹İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa

Amaç: Behçet sendromuna (BS) bağlı venöz tutulumla yönelik girişimsel yöntemler uygulanan hastalarımızı sunduk ve literatür derlemesi yaptık.

Yöntem: Olguların sunumu ve PUBMED’de sistematik literatür taraması yapıldı.

Bulgular:

Olgular: **Olgu1:** 37 yaşında BS tanılı ve takipsiz erkek hastada VCI’dan sol popliteal vene uzanan tromboz saptanarak; trombektomi ve trombolitik, iliak ven stenti ve SFA-CFV arası greft uygulanmış. Antikoagulan (AK) altında retromboz gelişmiş ve işlemler tekrarlanmış. Azatioprin (AZA), steroid ve antibiyoterapi başlanmasına rağmen 4. ayında girişim yerinde akıntı ile başvurdu. İliak venler tromboze, vasküler yapıların etrafında abse saptandı. **Olgu2:** 25 yaşında erkek hastaya sağ femoral ven trombozu nedeniyle trombektomi ve balon anjioplasti uygulanarak AK başlanmış. İliak vene kadar trombozu olan hastaya BS tanısı konarak IFN başlandı. **Olgu3:** 30 yaşında BS tanılı erkek hastaya sol iliak, femoral, popliteal venlerde tromboz saptanarak trombektomi ve trombolitik uygulanmış. İşlemin 1. ayında AK altında ileal enfarkt gelişmiş, rezeksiyon yapılarak AZA başlanmış. Görüntülemeye parsiyel rekanalizasyon saptandı. **Olgu4:** 36 yaşında erkek hastada sol iliak, femoral, politeal, krural venlerde tromboz saptanarak BS tanısı almış; trombektomi ve VCI filtresi uygulanmış; AZA, steroid ve AK başlanmış. 5 ay sonra başvurdu, parsiyel rekanalizasyon mevcuttu. İnfliksımab başlandı, 1. yılda yapılan kontrol görüntülemeye tam rekanalizasyon görüldü. **Olgu5:** 41 yaşında BS tanılı kadın hastada sol femoral ve poplital ven trombozu nedeniyle trombektomi, trombolitik uygulanmış ve AK başlanmış. 3 ay sonra başvuran hastada parsiyel rekanalizasyon saptandı.

Literatürde 301 yayından seçilen 15 yayında toplam 30 vaka bildirilmiştir ve Tablo’da sunulmuştur.

Sonuçlar: Alt ekstremitte tutulumu olan toplam 18 hastanın 2’sinde ilk girişim başarısızdır. 1 hastada işlem sonrası ileal enfarkt; 10 hastada reoklüzyon olmuş; 6 hastaya tekrar müdahale edilip bunların 3’ünde akım sağlanabilmiştir. 2 hastada parsiyel rekanalizasyon görülmüştür. Budd Chiari sendromu olan 8 hastanın birinde girişimler sonrası oklüzyon ve başka bir hastada ileus sonucu ölüm bildirilmiştir. Üst ekstremitte/SVC trombozu olan 9 hastanın 4’ünde reoklüzyon olmuştur. Toplam 35 olgunun 19’unda(54%) endovasküler girişim sonrasında stenoz veya enfeksiyon ortaya çıkmıştır. Bu veriler, BS’de vasküler girişimlerin oldukça başarısız ve aynı zamanda enfeksiyon açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler : Behçet, girişim, trombektomi, tromboz, venöz

Resimler :

Yazar, yıl	Cinsiyet, yaş	Tutulan damar	Girişim	Takip süresi	Son durum
Thorell, 2015	K, 52	Subklavyen, sol brakiosefalik	SVC stent	12 ay	Stent patent
Seinturier, 2014	K, 30	Sağ femoral, kommon iliak	Fibrinolitik, trombektomi, tromboliz. 1 yıl sonra balon dilatasyon, stent	30 ay	Aseptomatik
Li, 2014	2 hasta* VY	Alt ekstremité DVT	İVC filtresi	12 ay	Embolü 3. Ayda rekanalize, Nüks yok
U, 2014	2 hasta* VY	İVC, HV (BCS)	İVC trombektomi, HV balon anjioplasti	24 ay	Rekanalize
Çelik, 2013	K, 52	SVC, bilateral jugular, brakiosefalik, SVCS	Lokal trombolitik	24 ay	Aseptomatik
Geng, 2013	E, 40	Bilateral alt ekstremité DVT, FAA	İVC filtresi	9 ay	Nüks yok
Jeong, 2013	K, 25	İVC, bilateral iliak	İVC trombektomi, balon ajioplasti	1 ay	Nüks yok
Yu, 2012	E, 36	SVC (tromboz yokmuş)	SVC balon anjioplasti. 1 hafta sonra SVC stent. 2 ay sonra stent trombozu eklizyon ve bypass	12 ay	Nüks yok
Tekbas, 2012	5 E hasta* VY	Kronik iliofemoral (2 hastada İVC tutulumu eşlik ediyor)	3 hastada PTA ve stent. 1 ay içinde oklüzyon, PTA, lokal trombolitik, diğer 2 hastada bəşansız girişim	VY	Oklüde
Tekbas, 2012	2 E hasta* VY	Kronik bilateral subklavyen, brakiosefalik, internal juguler, SVC	PTA ve stent; 1. Hafta ve 8. Ayda oklüzyon tekrar PTA	45 ve 36 ay	Stentler patent
Tekbas, 2012	E, VY	Kronik subklavyen	PTA	12 ay	Ven patent
Tekbas, 2012	2 E hasta* VY	Kronik HV İVC stenozu (BCS), iliofemoral	İVC stent, iliofemoral PTA	VY	Stent patent
Vandergheynst, 2008	E, 38	SVC (tromboz yokmuş), SVCS	SVC anjioplasti	36 ay	Aseptomatik
Han, 2004	E, 45	HV İVC (BCS)	İVC balon anjioplasti, stent	VY	Stent patent
Kuniyoshi, 2002	E, 34	İVC (BCS)	3 kere PTA bəşansız, 11 ay sonra cerrahi rezeksiyon, trombektomi, İVC greft	5 yıl	HV İVC re oklüde, rezeksiyon, HV sağ atriyum greft bypass
Kuniyoshi, 2002	K, 58	İVC (BCS)	6 ay sonra Rezeksiyon, trombektomi	5 ay	İleus, Multiorgan yetmezlik exitus
Uthman, 2001	E, 27	Sağ subklavyen	Lokal trombolitik, balon anjioplasti. 1 ay sonra oklüzyon tekrar balon dilatasyon, stent	6 ay	Nüks yok
Radke, 2001	K, 29	Sağ iliofemoral, İVC, sağ renal	İVC filtre, 8. Gün persistan oklüzyon; filtre çıkarılmıştır	12 ay	Aseptomatik
Sağdıç, 1996	2 hasta* VY	İliofermal	1 hastada İVC filtre; diğer hastada Palma op, Greft, AV fistül	28 ve 31 ay	1 hastada Emboli yok; diğeri 5. ayda re oklüde
Sağdıç, 1996	VY	SVC	Sağ innominat ven ve sağ atriyum arası greft, bypass	24 ay	6. aya kadar patent, takipte kollateraller
Bismuth, 1990	E, 21	HV, İVC, BCS, intrakardiyak tromboz	Mesoatriyal şant, greft	4 ay	Greft patent