

29 Eylül 2018 Cumartesi

13:30 – 14:30 Salon A

SS31

ANTI-NÖTROFİL SİTOPLAZMİK ANTİKOR İLİŞKİLİ VASKÜLİTLERDE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI İLE RENAL TUTULUM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Gökhan Sargın¹, Taşkın Şentürk¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Aydın

Giriş ve Amaç:ANCA ilişkili vaskülitlerin klinik bulguları genel olarak benzer olup akciğer ve renal tutulumuna bağlıdır.MPA'nın başlıca klinik özelliği hızlı ilerleyen glomerülonefrittir.GPA'da nekrotizan glomerülonefrit görülmekte,EGPA'da ise renal tutulumu daha azdır.Renal tutulum prognozu kötüleştirdiği için erken tanı ve tedavi önemlidir.Nötrofil-lenfosit oranı (NLR),inflamatuvar hastalıkta mortalite ve prognozu gösterebilir.Bu çalışmadaki amacımız,ANCA ile ilişkili vaskülitli hastalarda renal tutulum ile NLR arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Materyal ve Method:Çalışmaya ANCA ilişkili vaskülit tanısı konulan 52 hasta ve 30 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi.Hasta ve kontrol grubuna ait demografik veriler,takip süresi,sedimentasyon,CRP,nötrofil ve lenfosit sayısı değerlendirildi.Hastalık aktivitesi BVAS;NLR ise tam kan sayımından elde edilen sonuçlar kullanılarak hesaplandı.Veriler SPSS 18.0 kullanılarak değerlendirildi.İstatistiksel analiz olarak Student-t,Mean Whitney U, Spearman testleri ve lojistik regresyon analizi yapıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 38'i (%73,1) MPA, %17,3'ü GPA ve %9,6'sı EGPA olup ortalama takip süresi $46,8\pm 14,8$ aydı. Hasta grubunda sedimentasyon, CRP, nötrofil sayısı ve NLR kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 1). Hastaların %55,8'inde renal tutulum vardı. Renal tutulum olan hastalarda BVAS skoru $12,1\pm 4,0$, olmayanlarda ise $5,2\pm 3,2$ idi. Renal tutulum olan hastalarda sedimentasyon, CRP, nötrofil sayısı ve NLR, olmayanlara göre daha yüksekti. Bunlarda sadece NLR iki grup arasında anlamlı olarak farklıydı ($p=0,02$) (Tablo 2). CSS olan hastalarda renal tutulum yoktu. GPA ve MPA'lı hastalar ve sadece GPA'lı hastalarda renal tutulum olan ve olmayan grup arasında NLR istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı (sırasıyla, $p=0,01$, $p=0,04$). MPA'lı hastalarda BVAS ile NLR arasında korelasyon ($p=0,032$, $r=0,353$) ve lojistik regresyon analizinde NLR'nin renal tutulum için tek bağımsız prediktör olduğunu saptandı.

Tartışma ve Sonuç: ANCA ilişkili vaskülitlerde renal tutulum yaşamı tehdit etmektedir. Gecikmiş tanı ve sonuçları sağ kalımı azaltmakta ve prognozu kötüleştirmektedir. Renal tutulum için proteinüri, hematüri, lökositoz, akut faz reaktanlarında artış olmakla birlikte, olmayanlara göre NLR anlamlı olarak artış göstermekte ve bağımsız bir prediktör faktördür. Bu nedenle NLR, erken dönemde tanı ve hızlı tedavi modifikasyonu için değerli bir belirteçtir.

Anahtar Kelimeler : ANCA ilişkili vaskülit, renal tutulum, nötrofil-lenfosit oranı

Tables :

ANCA ilişkili vaskülit ile kontrol grubuna ait demografik ve laboratuvar özellikleri

	ANCA ilişkili vaskülitler n=52	Kontrol grubu n=30	p-değeri
Yaş (yıl)	$59,0\pm 12,4$	$52,0\pm 16,7$	0,06

Cinsiyet (E/K)	24/28	15/15	0,7
BVAS	9,0±5,0	-	<0,001
Sedimantasyon (mm/h)	70,9±23,9	17,4±11,3	<0,001
CRP (mg/dL)	85,7±74,4	3,0±2,3	<0,001
Nötrofil (/µl)	12.002,5±8.579,3	5.049,0±1.469,4	<0,001
Lenfosit (/µl)	1.746,3±1.064,3	2.376,0±700,9	<0,001
NLR	7,2 [3,0-13,0]	1,9 [1,5-2,8]	<0,001

Renal tutulumu olan ve olmayan hastaların demografik ve laboratuvar özellikleri

	Renal Tutulum (+) n=29	Renal Tutulum (-) n=23	p-değeri
Yaş (yıl)	58,2±11,9	60,1±13,3	0,4
BVAS	12,1±4,0	5,2±3,2	<0,001
Sedimantasyon (mm/h)	76,7±25,9	63,5±19,0	0,08
CRP (mg/dL)	91,7±77,0	78,2±72,0	0,5
Nötrofil (/µl)	12.919±7.724	10.846±9.600	0,1
Lenfosit (/µl)	1.556±1.023	1.985±5.868	0,06
NLR	9,0 [4,1-15,0]	3,4 [2,0-11,8]	0,02

SS32

TAKAYASU ARTERİTLİ HASTALARDA ARTMIŞ SPONDİLOARTROPATİ SIKLIĞI

Sakine Güzel Esen¹, Berkan Armağan⁴, Nuh Ataş², Murat Uçar³, Özkan Varan², Abdulsamet Erden⁴, Hakan Babaoğlu², Alper Sarı⁴, Reyhan Bilici Salman², Hasan Satış², Ömer Karadağ⁴, Şeminur Haznedaroğlu², Şule Apraş Bilgin⁴, Mehmet Akif Öztürk², Sedat Kiraz⁴, Berna Göker², İhsan Ertenli⁴, Umut Kalyoncu⁴, Ali Akdoğan⁴, Abdurrahman Tufan²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Abd

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Abd

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Abd, Romatoloji Bd

Giriş: Takayasu arteriti (TA) ve Spondiloartrit (SpA) aynı yaş dönemlerini etkileyen iki ayrı inflamatuvar hastalıktır. Literatürde TA-SpA birlikteliğini bildiren yayınların artması bu iki hastalığın birbiri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu çalışmanın amacı TA tanılı hastalarda SpA sıklığını değerlendirmektir.

Yöntem: TA hastalarının ayrıntılı klinik ve demografik özellikleri kaydedildi ve Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) kriterlerine uygun SpA özelliklerinin varlığı açısından değerlendirildi. Hastalar inflamatuvar bel ağrısı, entezit, üveit, inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), periferik artrit açısından sorgulandı. HLA-B27, direk grafi ve sakroiliak magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ile değerlendirme yapıldı. Direk grafide bilateral evre ≥ 2 veya unilateral evre ≥ 3 sakroiliit, radyografik SpA olarak değerlendirildi. STIR veya T2 ağırlıklı MRG sekanslarında tek kesitte 2 veya daha fazla ya da en az 2 ardışık kesitte 1 kemik iliği ödemi alanı görülmesi aktif sakroiliit olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Çalışmaya 69 TA (65 kadın, %94,2) tanılı hasta dahil edildi. Tip 5 en sık anjiyografik tip iken, kladikasyo (%52,2), karotidini (%40,6), çarpıntı (%36,2), baş ağrısı (%28) ve dispne (%22,2) en sık görülen klinik bulgu ve semptomlardı. Ayrıntılı değerlendirmeden sonra 14 (%20,3) hastada ASAS kriterlerine göre SpA tespit edildi. SpA'nın alt tipleri; ankilozan spondilit (n:5), İBH ilişkili SpA (n:4), psöriyazis ilişkili SpA (n:3), periferik SpA (n:1) ve undifferansiye SpA (n:1) şeklindeydi. 9 hastada SpA tanısı TA tanısından daha önce mevcuttu. 14 hastanın 2'sinde (%14,2) HLA B27 pozitifliği saptandı. Tip 1 ve 2 TA, SpA-TA birlikteliği olan hastalarda daha sıktı. Dirençli TA'ya bağlı biyolojik tedavi ihtiyacı TA-SpA birlikteliği olan hastalarda olmayanlara göre daha yüksekti (%64,3 vs %29,1, p=0,014)

Tartışma: Bu sonuçlar TA ile SpA arasında anlamlı bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Olası ortak genetik ve immunopatogenik faktörler bu ilişkinin nedeni olabilir. SpA tanısının genellikle TA'dan önce konulması nedeniyle SpA'lı hastalarda TA nin ortaya çıkması açısından daha ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Takayasu arteriti, Spondiloartropati, anti-tnf

SS33

İDİOPATİK İNFLAMATUAR MİYOPATİLER: TEK BİR MERKEZ TARAFINDAN İZLENEN 123 HASTANIN 2017 ACR/EULAR SINIFLANDIRMA KRİTERLERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Emin Oğuz¹, Ezgi Şahin¹, Murat Erdugan¹, Bahar Artım Esen¹, Ahmet Gül¹, Lale Öcal¹, Murat İnanç¹

¹Romatoloji Bilim Dalı, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi, Türkiye.

²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi, Türkiye.

Amaç

Bu çalışmada İdiyopatik İnflamatuar Myopati (IIM) hastalarda, 2017 ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerinin (ACR/EULAR2017) duyarlılığı, olumu yönleri ve kısıtlılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Kliniğimizde 1994-2017 yılları arasında takip edilen ve Bohan/Peter kriterlerini karşılayan 123 IIM tanılı hastanın demografik verileri, klinik ve serolojik özellikleri önceden belirlenmiş protokole göre toplandı. Hastalar kas biyopsisi dahil edilmeden ve biyopsi kayıtları olan 70 hastaya kas biyopsisi sonuçları ile değerlendirildi. ACR/EULAR2017 IIMs alt tanı gruplarını tanımlamadaki duyarlılığı ve özgüllüğü incelendi.

Sonuçlar

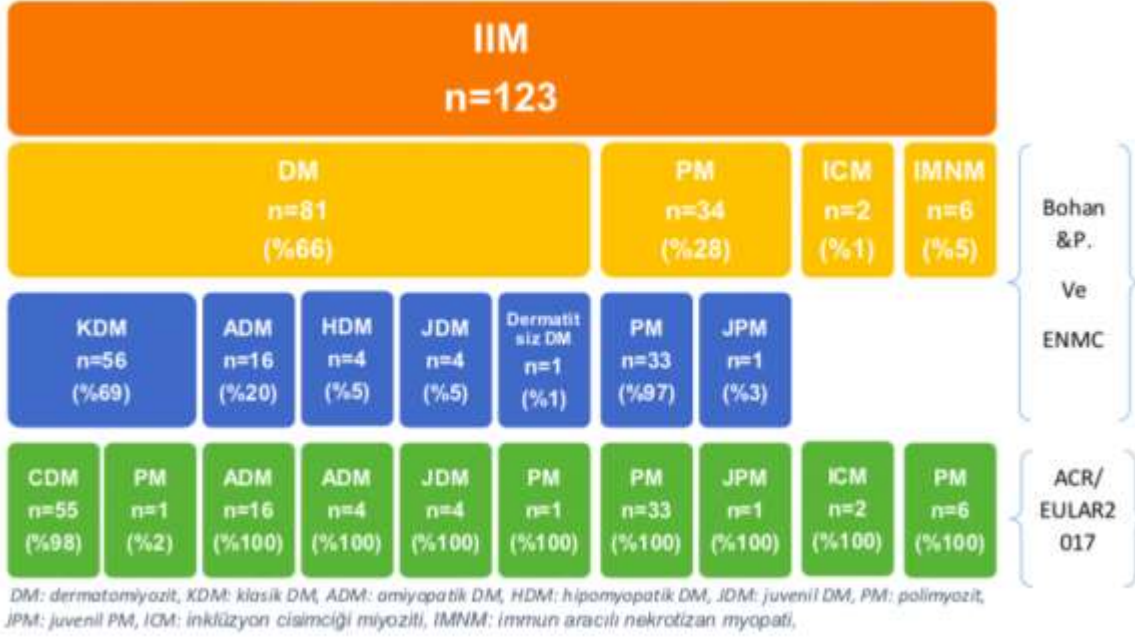
Hastaların %66'sı kadın, yaş ortalaması 46 ve ortalama takip süresi 77 aydı. IIM hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların %66'sı dermatomyozit (DM), %28'i polimiyozit (PM), %6'sı immün aracılı nekrotizan myopati (IMNM) ve inklüzyon cisimciği myoziti (ICM) tanılıydı. ACR/EULAR2017 kas biyopsisi olmadan yapılan değerlendirmede, hastaların %95'i olası ve kesin IIM olara sınıflandı (olası %7, kesin IIM %88). IIM olarak sınıflandırılmayan hastaların demografik, klinik ve serolojik özellikleri Tablo-2,3'de özetlenmiştir. ACR/EULAR2017 kas biyopsisi olmadan IIM alt gruplarına uygulandığında DM %99 (hepsi kesin), PM %91 (olası %21, kesin PM %70), IMNM %100 (olası %33, kesin IMNM %67) ve ICM %0 olarak sınıflandı. ACR/EULAR2017 kas biyopsisi skorlaması IIMs alt gruplarına uygulandığında DM %100 (olası %3, kesin DM %97), PM %93 (olası %30, kesin PM %63), IMNM %83 (hepsi olası), ICM %100 (olası %50, kesin ICM %50) oranında sınıflandı. Bohan/Peter, diğer sınıflandırma kriterleri ve ACR/EULAR2017 IIMs alt gruplarını sınıflandırması Tablo-3'de özetlenmiştir. ACR/EULAR2017, 2 DM hastasını (klasik DM:1, dermatitsiz DM:1) PM olarak; 4 hipomyopatik DM (HDM) hastasını amiyopatik DM (ADM) olarak (%100) ve IMNM hastalarının 6'sı PM (%100) olarak sınıflandırıldı.

Tartışma

ACR/EULAR2017 ile kas biyopsisi ve EMG dikkate alınmadan 123 IIM hastasının %95'inde sınıflama yapıldı. Duyarlılık DM'de (%99) daha yüksek, PM'de (%91) daha düşük bulundu. Kas biyopsisi sonuçları dikkate alındığında duyarlılık artmaktadır (%98). Yeni kriterlerle "Klinik ADM" hastalarının tamamı sınıflanmıştır. ACR/EULAR2017 HDM ve IMNM hastalarının sınıflandırılmasında sorunlar olmasına karşın, sınıflandırma sürecinde klinik değerlendirmeye ağırlık verilmesinin getirdiği olumlu gelişme dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler : ACR/EULAR, IIMs, Bohan/Peter

Resimler :



1.39-K	P M	4.3/6.3	Yok/V ar	Yok	Var	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Neg atif	Neg atif	Miyo jen tutul um
2.38-K	P M	4.3/5.3	Yok/V ar	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Pozi tif	Neg atif	Miyo jen tutul um
3.41-K	P M	5.1/8.2	Yok/V ar	Yok	Var	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Neg atif	Neg atif	Miyo jen tutul um
4.45-K	D M	5.1/8.4	Yok/V ar	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Var	Yok	Neg atif	Neg atif	Miyo jen tutul um
5.59-E	IC M	4.1/9.0	Yok/Y ok	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Neg atif	Neg atif	Miyo jen tutul um
6.67-K	IC M	4.1/7.3	Yok/Y ok	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Pozi tif	Neg atif	Miyo jen tutul um

Tablo 3. ACR/EULAR IIMs sınıflandırma kriterlerine göre kas biyopsi dahil edilerek yapılan skorlamada tanı konulmayan 3 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Yaş- Cinsi yet	Tanı	Kas biyopsisiz/bi yopsili skor	Üst/Alt ekstre mite proksi mal kas güçsüz lüğü	Boyu n fleks ör kasla rda tutul um	Kas enzim yükse kliği	Disf aji	Respira tuar kas tutulu mu	İA H	Art rit	Malig nite	AN A	Anti -Jo- 1	EMG
1.39-K	PM	4.3/6.3	Yok/V ar	Yok	Var	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Neg atif	Neg atif	Miyo jen tutul um
2.38-K	PM	4.3/5.3	Yok/V ar	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Pozi tif	Neg atif	Miyo jen tutul um

3. 67-K	IM NM	5.8/6.0	Var/Va r	Yok	Var	Yok	Yok	Y ok	Yo k	Yok	Neg atif	Neg atif	Miyo jen tutul um
------------	----------	---------	-------------	-----	-----	-----	-----	---------	---------	-----	-------------	-------------	----------------------------

SS34

PRİMER SJÖGREN SENDROM'LU HASTALARDA HASTA KÖKENLİ ÖLÇEKLERLE YAŞAM KALİTESİNİN VE HASTALIK AKTİVİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hande Hınçal¹, Neslihan Yılmaz², Oktay Olmuşçelik¹, Meryem Can³

¹İstanbul Medipol Üniversitesi İç Hastalıkları Abd

²İstanbul Bilim Üniversitesi Romatoloji Bd

³İstanbul Medipol Üniversitesi Romatoloji Bd

Amaç: Sjögren Sendromu (SS), ekzokrin salgı bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize kronik sistemik bir hastalıktır. Sjögren Sendromu gerek kuruluk, yorgunluk ve kronik ağrı semptomları, gerek organ-sistem tutulumları, gerekse neden olduğu psikolojik, ekonomik ve sosyal sorunlar nedeniyle hastaların sağlık ilişkili yaşam kalitesini düşürmektedir. SS'li hastalarda hastalık aktivitesi ve şiddeti EULAR tarafından valide edilmiş ölçeklerle değerlendirilmektedir (ESSPRI ve ESSDAI). Biz de bu çalışmamızda SS'li hastalarda hasta kökenli ölçekleri kullanarak hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörleri ve hastalık aktivitesini saptamayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi ve Şişli Florence Nightingale Hastanesi' ne başvuran Amerika-Avrupa Konsensus Grubu (AECG) 2002 kriterlerine göre Primer Sjögren Sendromu tanılı 54 hasta; kontrol grubu olarak 49 sağlıklı yetişkin çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik, klinik ve laboratuvar verileri hasta takip formuna kaydedildi ve SF-36, HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği), MAF (Çok Boyutlu Yorgunluk Değerlendirme Ölçeği), HAQ (Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği), ESSPRI (EULAR Sjögren Sendromu Hasta Bildirim İndeksi), ESSDAI (EULAR Sjögren Sendromu Hastalık Aktivite İndeksi) ölçekleri dolduruldu.

Bulgular: Çalışma ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı (51.81 ± 11.12 yıl vs 50.12 ± 10.54 yıl, $p= 0.4$; K/E 52/2 vs K/E 48/1, $p= 0.6$). Çalışma grubunun ortalama ESSDAI skoru 5.48 ± 5.94 ; ortalama ESSPRI skoru 5.52 ± 2.19 olarak görüldü. SF-36' nın ruhsal sağlık alt parametresi dışındaki diğer tüm alt parametrelerinde kontrol grubuna göre düşüklük izlendi. SF-36 ölçeğinin tüm alt parametreleri ile ESSPRI' nin korele olduğu görüldü.

Sonuç:Yapmış olduğumuz bu çalışmada hastalık aktivitesinden ziyade, hastalık semptom şiddetinin hastaların yaşam kalitesi ile korele olduğunu gördük. Sjögren Sendromu gibi kronik hastalık süreçlerinde hastalığın kontrol altına alınması kadar hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi de önemli bir tedavi hedefi olmalıdır .

Anahtar Kelimeler : Primer Sjögren Sendromu, ESSPRI, ESSDAI

Resimler :

Hekim ve Hasta odaklı Ölçeklerle Saptanan Ortalama Skorlar ve Grupların

SS35

134 RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMADA İSTATİSTİK YARDIM ANCAK % 22 YAYINDA AÇIKLANMIŞ OLUP BÖYLE YAYINLARDA P DEĞERİ DAHA DOĞRU KULLANILMIŞTI

Elif Dinçses*¹, Gül Güzelant*¹, Gülen Hatemi², Necdet Süt³, Hasan Yazıcı⁴

¹İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji; * Yazarların Eşit Katkısı Olmuştur

²İstanbul Üniversitesi-cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

⁴Academic Hospital, İç Hastalıkları, Romatoloji

Giriş: *P* değerinin doğru kullanılması en saygın dergilerde dahi yetersiz olabilmektedir. Bir biyoistatistik uzmanı/epidemiolog (b/e) yardımı ile bu durumun iyileştirilebileceği akla yakındır. Bu amaçla romatoloji alanında randomize kontrollü çalışmalarda(RKÇ) b/e ile birlikte çalışmanın, *p* değerini doğru raporlamaya katkısını değerlendirdik.“Birlikte çalışma”yı; incelediğimiz makalenin yazarları arasında b/e olması ve/veya yöntemler bölümünde istatistik yardımın resmi olarak belirtilmesi olarak tanımladık.

Yöntemler:“Annals of the Rheumatic Diseases”, “Arthritis Care and Research”, “Arthritis and Rheumatology”, “Rheumatology Oxford” dergilerinde 2015 ve 2016’da yayımlanan tüm RKÇ’ler iki bağımsız gözlemci(ED,GG) tarafından tarandı, tam metinleri okundu. Yazarlar arasında b/e bulunması ve/veya yöntemler bölümünde resmi istatistik yardım açıklanması yanında başlıca etki büyüklüğünün raporlanması (açıkça verilmesi, sunulan verilerle dolaylı olarak hesaplanabilirliği veya hiç verilmemesi), etki büyüklüğüne ait güven aralığı belirtilmesi değerlendirildi. Ayrıca bulgularda mutlak *p* değeri vermek yerine < veya > şeklinde verilmesi ve randomize çalışma kollarının demografik klinik özellikleri tablosunda uygunsuz şekilde *p* değeri verilmesi tarandı.

Bulgular: Toplam 134 RKÇ’nin 29(%22) tanesinde bir b/e ile birlikte çalışma vardı(Grup I). 26 çalışmada ortak yazarlar arasında bir b/e varken, 3 çalışmada ise alınan yardım sadece yöntemler kısmında belirtilmişti. Geri kalan 105 (%78) RKÇ Grup II olarak belirlendi. Etki büyüklüğünün verilmesi ve mutlak bir *p* değeri belirtilmesi Grup I’de anlamlı olarak fazlaydı(Tablo). Ancak güven aralığı verilmesi ve randomize kolların demografik özellikleri için gereksiz *p* değeri hesaplanmasında anlamlı fark saptanmadı(Tablo). Gözlemciler arası uyum iyi olup 21 veri girişinde uyumsuzluk, 3. gözlemci yardımıyla(HY) düzeltildi.

Sonuç: İncelenen RKÇ’lerin ancak %22’sinde açıklanan -ve beklendiği gibi *p* değerinin görece daha doğru kullanılmasıyla ilişkili olduğunu gösterdiğimiz- b/e ile birlikte çalışma oranı şaşırtıcı olarak azdır. Bilemediğimiz, taradığımız yayınların bir bölümünde istatistik yardımın alınmış ancak açıklanmamış olmasıdır. Varsa böyle bir durumun etik boyutları ayrı ve önemli bir tartışma konusudur. Bir yandan *p* değerinin çok yanlış kullanıldığından yakınmak bir yandan da çalışmaların ancak 1/5’inde resmi istatistik yardım belirtmek bir açıklama gerektirir. Çalışmamızın kısıtlılığı Grup I’deki makale sayısının azlığıdır.

Anahtar Kelimeler : istatistik analiz, *p* değeri, randomize kontrollü çalışma, etki büyüklüğü

Tables :

Tablo. Gruplarda değerlendirilen parametrelerin karşılaştırılması

	Grup I (b/e +) n=29	Grup II (b/e-) n=105	Grup I and II arasındaki fark
--	---------------------	----------------------	-------------------------------

Etki büyüklüğü verilen, n (%)	26 (90)	61 (58)	OR 6.25 (%95 CI 1.77-21.9) p=0.004
Açıkça verilen, n (%)	2 (7)	5 (5)	OR 1.48 (%95 CI 0.27-8.06) p=0.64
Verilerle hesaplanabilir (HR, OR, RR, β katsayısı), n (%)	24 (83)	56 (53)	OR 4.2 (%95 CI 1.49-11.85) p=0.006
NNT ve NNH verilen, n (%)	0	2 (1)	-
Etki büyüklüğünün güven aralığı verilen, n (%)	16 (55)	43 (41)	OR 1.77 (%95 CI 0.77-4.06) p=0.17
Mutlak p değeri verilen, n (%)	25/27 (93)	63/91 (69)	OR 5.55 (%95 CI 1.23-25.08) p=0.02
Demografik veriler için uygunsuz olarak p değeri hesaplanan, n (%)	3/27 (11)	20/91 (22)	OR 0.44 (%95 CI 0.12-1.62), p=0.22

SS36

RELAPSİNG POLİKONDRİTTE AORTİK TUTULUM

Mustafa Erdoğan¹, Sinem Nihal Esatoğlu¹, Gülen Hatemi¹, Vedat Hamuryudan¹

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

Amaç: Aortik tutulum(AT) relapsing polikondritte(RP) % 5-10 sıklıkta görülmektedir. RP'de aortik tutulumun özelliklerini sistematik literatür derlemesi (SLD) ile değerlendirdik.

Materyal/Metod: İlgili terimler ile PUBMED taraması yapıldı. İngilizce, Almanca ve Fransızca dillerinde 2017 yılına kadar yayınlanmış, ilgili tüm makaleler 2 araştırmacı tarafından, bağımsız olarak değerlendirilerek veriler elde edildi.

Sonuçlar: Arama sonucunda çıkan 352 makaleden 281'i dil ve ilgisiz içerik nedeni ile; 6 makale ise önceki vakaların mükerrer bildirim olması nedeni ile elendi.

Altmış yedi vaka bildiriminden 69 hasta(34 kadın, 35 erkek; ortanca ilk semptom yaşı:32[IQR:24-46], RP tanısı anında medyan yaş:36[IQR:28-51], AT tanısı anında medyan yaş:37.5[IQR:20-52.5]) ve 4 kohorttan dahil edilen 30 hastanın verileri elde edildi. İlk RP semptomu ve AT arası medyan süre 5 yıl [IQR:1-8 yıl], RP tanısı ve AT arası medyan süre 1 yıl [IQR:0-3] olarak saptandı.

AT, hastaların %68'inde torasik aortada, %21'inde ise abdominal aortada saptanmıştır. Ekstra aortik arteriyel tutulum en sık koroner arter(KA) idi(n=15) [Tablo]. En sık semptom nefes darlığı idi (n=25, %31)[Tablo].

Hastaların 25'inde tanının bilgisayarlı tomografi(BT) ile, 20'sinde ekokardiyografi(EKO) ile, 11'inde düz grafi ile, 10'unda MRI ile, 8'inde PET-CT ile ve 4'ünde ise cerrahi işlem anında konulmuştur. BT, en sık kullanılan metod olmakla beraber 2 hastada tanıyı atlamış ve bu hastalara MRI ve PET-CT ile tanı konulmuştur.

25 hasta (%31) medyan 24 ay [IQR:12-48] takip süresi sonunda ölmüştür. Kortikosteroid (n=76) en sık kullanılan tedavi olup, onu oral immünsüpresifler(n=51), siklofosfamid(n=29), infliximab(n=14), tocilizumab(n=6) ve adalimumab(n=3) takip etmektedir. 63 hastaya AT nedeniyle kardiyovasküler cerrahi uygulandığı görüldü.

Sonuç/Tartışma: AT ilk semptom sonrası medyan 5, RP tanısı sonrası medyan 1 yılda ortaya çıkmaktadır ve hastalığın atlanan bir tutulumu mu yoksa geç bir tutulumu mu olduğu net değildir. Her ne kadar nefes darlığı, karın ağrısı veya ateş yakınmaları bulunsa da bazı hastalar asemptomatik olabilir. Hastaların çoğunda AT'a bağlı cerrahi gerekmiştir. Ölüm oranı yüksek bulunmuştur (%29). 15 hastada koroner arter tutulumu saptanmıştır ve bunların 5'i 13.5 ay takip süresinde ölmüştür. BT'nin performansı yeterli görünmektedir. AT saptandığında KA tutulumu taramak faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler : Aort, Relapsing Polikondrit, Vaskülit

Resimler :

Tablo. Hastaların Klinik Özellikleri	
Aort tutulum lokalizasyonu, n (%)	
Torasik aorta	67 (68)
Ascending	30 (30)
Root	21 (21)
Archus	17 (17)
Descending	8 (8)
Abdominal aorta, %	21 (21)
Aortik kapak, n	
İzole aortik kapak	8
Aortik kapak + aorta	5
Aortic kapak + mitral kapak	4
Extra-aortik arter tutulumu, n	
Koroner	15
İliak	9
Subklavian	7
Karotis	5
Mesenterik	5
Renal	4
Diğer	9
Semptomlar, n (%)	
Nefes darlığı	25 (31)
Göğüs ağrısı	10 (13)
Karın ağrısı	9 (12)
Ateş	6 (8)
Ölüm nedenleri, n	
Aortik diseksiyon veya rüptür	6
Akuut myokard enfarkti	3
Enfeksiyon/Sepsis	3
Kardiyovasküler operasyon	3
Akut aortic valvüler disfonksiyon	2
Kalp yetmezliği	2
Subaraknoid kanama	1
Konvülziyon	1
Ani ölüm	1
Bilinmiyor	3