

# ONDOKUZ MAYIS ROMATOLOJİ SEMPOZYUMU

27 Mart 2021



dijitalkongre.com



**BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI**



DOĞU  
ANADOLU  
ROMATOLOJİ  
DERNEĞİ

[www.ondokuzmayisromatoloji.org](http://www.ondokuzmayisromatoloji.org)

## **Sempozyum Başkanları**

Mehmet Sayarlıoğlu

Mehmet Derya Demirağ

Metin Özgen

## **Düzenleme Kurulu**

Mehmet Sayarlıoğlu

Metin Özfen

Mehmet Derya Demirağ

Hasan Ulusoy

Oğuz Gürler

Demet Yalçın Kehribar

Ali Uğur Ünal

## **Sekreteryaya**

Demet Yalçın Kehribar

Hasan Ulusoy

**BİLİMSEL PROGRAM**

27 Mart 2021 Cumartesi

09:15-09:30	<b>Açılış</b>	Mehmet Sayarlıoğlu Metin Özgen Mehmet Derya Demirağ
	<b>Oturum Başkanı</b>	Hatice Şule Baklacioğlu
09:30-10:00	Artritler ile karışan durumlar	Ahmet Kıvanç Cengiz
10:00-10:10	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Hasan Ulusoy
10:10-10:40	Eklemlerde ağrısı olan hastaya yaklaşım	Mehmet Sayarlıoğlu
10:40-10:50	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Oğuz Gürler
10:50-11:20	Bel ağrısı olan hastaya yaklaşım	Hasan Ulusoy
11:20-11:30	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Alperen Mengi
11:30-12:00	İmmünsüpresif tedavi;bilmemiz gerekenler (Aşı, Enfeksiyon...)	Ali Uğur Ünal
12:00-13:30	Öğle Arası	
13:30-14:00	Uydu Sempozyumu (AMGEN) Romatoid Artrit ve Spondiloartritlerin Tedavisinde Amgevita ve Klinik Deneyimler	Moderatör: Mehmet Sayarlıoğlu Konuşmacılar: Metin Özgen,Mehmet Derya Demirağ
14:00-14:10	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Mehmet Sayarlıoğlu
14:10-14:40	Raynaud fenomeni ile başvuran hasta...	Mehmet Derya Demirağ
14:40-14:50	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Mehmet Derya Demirağ
14:50-15:20	Biyolojik tedaviler	Oğuz Gürler
15:20-15:30	Ara	
15:30-16:00	Uydu Sempozyumu (MSD) Bir Hayat, Bir Dokunuş: AS ve RA tedavisinde Gerçek Yaşam Verileri ile Simponi Deneyimleri”	Süleyman Serdar Koca ‘AS ve RA tedavisinde Gerçek Yaşam Verileri ile Simponi Deneyimleri ”
16:00-16:10	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Metin Özgen
16:10- 16:40	Karın ağrısı ile başvuran hasta ve otoinflamatuvar hastalıklar	Demet Yalçın Kehribar
16:40-16:50	Ara	
	<b>Oturum Başkanı</b>	Tahir Gülen
16:50-17:20	Oral Ülser ile başvuran hasta...	Metin Özgen
17:20-17:30	<b>Kapanış</b>	Mehmet Sayarlıoğlu, Metin Özgen, Mehmet Derya Demirağ

# ONDOKUZ MAYIS ROMATOLOJİ SEMPOZYUMU

## POSTER BİLDİRİLERİ

Bildiri No	Bildiri Başlığı	Yazarlar
PS-04	Postoperatif dönemde tetiklenen ileri yaş yeni tanı gut vakası	Hülya Deveci, Nurdan Yılmaz, Hanefi Suay Aytekin, Ömer Bozduman
PS-05	İnflamatuvar Bel Ağrısı Ayırıcı Tanısında Endemik Bir Hastalık olarak Bruselloz: Bir Olgu Sunumu	Nurdan Yılmaz, Hülya Deveci
PS-06	Kreatin fosfokinaz enzim yüksekliği ile gelen olgu: McArdle hastalığı	Rabia Pişkin Sağır, Seda Aydoğdu, Süleyman Serdar Koca
PS-07	Mikofenolat Mofetil sonrası sitopeni gelişen ve Takrolimus ile düzelen Lupus nefrit'li olgu	Fatih Yıldız, Burak Okyar, Bekir Torun, Fatih Albayrak, Gözde Yıldırım Çetin
PS-08	Granülatöz Mastit ile Prezente Olan IgG4 İlişkili Hastalık	Cemal Gürbüz, Seyyid Bilal Açıköz
PS-09	İnterstisyel akciğer hastalığı ile gelen sistemik skleroz sine skleroderma olgusu	Hasan Ulusoy, Tuğba İzci Duran
PS-10	Üst solunum yolu semptomları ile başvuran genç granülatöz polianjitis olgusu	Gökhan Yavuzbilge



## PS-04

### Postoperatif dönemde tetiklenen ileri yaş yeni tanı gut vakası

Hülya Deveci<sup>1</sup>, Nurdan Yılmaz<sup>1</sup>, Hanefi Suay Aytekin<sup>1</sup>, Ömer Bozduman<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı, Tokat

<sup>2</sup>Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Anabilim Dalı, Tokat

Gut toplumdaki en yaygın kronik inflamatuvar artrittrir. Çeşitli risk faktörleri arasında cerrahi stres de sıklıkla gut atağını tetiklemektedir. Biz burada daha önce gut tanısı olmayan yaşlı bir erkek hastada cerrahi sonrası tetiklenen oligoartiküler gut atağını sunmayı amaçladık.

#### OLGU SUNUMU

Sol diz altında ağrı şikayeti ile acile başvuran 88 yaşında erkek hastanın yapılan tetkiklerinde sol popliteal ven trombozu tespit edildi ve hasta kalp damar cerrahisi tarafından opere edildi. Postoperatif 2. günde hastanın sol ayak bileğinde ve sağ dirseğinde artrit gelişti. Özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabet mevcuttu. Romatolojik sorgulamasında özellik yoktu. Laboratuvarında sedimentasyon: 88 CRP: 76 Ürik asit: 5.2 Kreatinin:1.2 ALT:34 AST:26 Hemoglobin:11.3 Lökosit:7600 RF:10 Anti CCP:7 idi. Sinovial sıvı örneği alındı. Sıvı seropürülan özellikteydi ve kültürde üreme saptanmadı. Daha sonra ortopedi tarafından tanı ve tedavi amaçlı artroskopi yapılan hastada sinovial sıvıda beyaz kalsifik presipitatlar gözlemlendi. Patolojisi urat kristali olarak geldi. Hastaya 30 mg\gün steroid tedavisi başlandı. 3 gün sonra hastanın klinik ve laboratuvar bulguları geriledi.

#### SONUÇ

Gut hastalığı sık görülmesine rağmen tanı ve tedavisinde hala eksikler gözlenmektedir. Ülkemizde birçok sağlık merkezinde gut tanısı için sinovial sıvıda kristal bakılmamaktadır. Bu hastada sinovial sıvı aspire edilmesine rağmen kristal açısından analiz edilmemişti. Hastada tanı ve tedavi amaçlı yapılan daha invaziv bir işlem olan artroskopi sonrasında beyaz urat kristalleri görüldü ve patoloji raporu ile de kristal varlığı kanıtlandı. Bu açıdan gut tanısında özellikle serum ürik asit seviyesi normal olan hastalarda sinovial sıvıda kristal bakılması ihmal edilmemelidir. Diğer taraftan gereksiz antibiyotik kullanımlarını veya gereksiz ameliyatları azaltmak için gut tanısının veya alevlenmesinin erken tespiti ve tedavisi de önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** gut, postoperatif, kristal

## PS-05

### İnflamatuar Bel Ağrısı Ayırıcı Tanısında Endemik Bir Hastalık Olarak Bruselloz: Bir Olgu Sunumu

Nurdan Yılmaz, Hülya Deveci

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Tokat

**Amaç:** Bu olgu ile inflamatuvar bel ağrısı ayırıcı tanısında endemik bir hastalık olan Brusellozun ayırıcı tanıda yer alması gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

**Olgu:** 55 yaşında kadın hasta son 3 aydır artan bel ve sol kalça ağrısı yakınması ile başvurdu. Hastanın yarım saatten uzun süren sabah tutukluğu vardı, yakınmaları istirahatle rahatlamıyordu. Hasta daha önce nonsteroidal antiinflamatuvarlar kullanmış, kısmen fayda görmüş ancak yakınmaları tekrar etmişti. Hasta halsizlik ve ateş tarifliyordu. Bilinen osteoporoz ve tip 2 diabetes mellitus öyküsü vardı. Fizik muayenesinde ateşi 37.6 °C, nabız 87/dak, lomber eklem hareket açıklığı tüm yönlere limitli ve ağrılı idi. VAS:10 idi. Kalça hareketleri her yöne ağrılı ve ağrıdan dolayı kısıtlı idi. Diğer eklemlerde ağrı ve şişlik yoktu. Paravertebral kas spazmı mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde kan beyaz küre 8.7 K/uL (4.0-10.2), Hb:12.6 g/dl (12-16.2), rutin biyokimya değerlerinde anormallik yoktu. ESH:58 mm/h, CRP:3.9 mg/dl (0-0.5), Brusella aglutinasyon testi 1/160 idi. Sakroiliak MRI'da solda hem sakral hem iliak kanadın tutulduğu enfektif sakroileitle uyumlu kemik iliği ödemi saptandı. Bu haliyle hastaya Brusella sakroileit tanısı konuldu. Hastanın streptomycin 1g IM/gün 15 gün, rifampisin 600 mg/gün ve doksisisiklin 200 mg/gün 6 hafta süre ile tedavisi düzenlendi.

**Sonuç:** Bruselloz genellikle özgün olmayan ateş ve klinik semptomlarla seyrettiği için tanı, öncelikle ayırıcı tanılar arasında brusellozun düşünülmesi ile konulabilir. Vertebral osteomyelit, intervertebral disk enfeksiyonları, paravertebral abseler ve özellikle sakroiliak enfeksiyonlar hastalığın seyri sırasında gelişebilir ve hastalığın kronik semptomlarla gidişine neden olur. Bu nedenle özellikle subakut başlangıçlı, inflamatuvar karakterli bel kalça ağrısı yakınması olan hastalarda Bruselloz aklımızda bulunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bruselloz, sakroileit, spondilit

## PS-06

### Kreatin fosfokinazenzim yüksekliği ile gelen olgu: McArdle hastalığı

Rabia Pişkin Sağır, Seda Aydoğdu, Süleyman Serdar Koca

Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Elazığ

Giriş: McArdle (Tip 5 glikojen depo) hastalığı miyofosforilaz eksikliğine bağlı otozomal resesif kalıttır. Egzersiz intoleransı, yorgunluk, kas ağrısı, egzersiz sırasında kramp ile karakterizedir ve sıklıkla 2.-3. dekatta bulgu vermeye başlar. Ancak bazı hastalar asemptomatik olup sadece kreatin fosfokinaz (CPK) yüksekliği ile başvurabilir. Yüksek CPK düzeyi romatoloji pratiğinde sık bir konsültasyon nedenidir ve asemptomatik CPK yüksekliğinin en sık sebebi metabolik miyopatilerdir. Biz de burada asemptomatik CPK yüksekliği ile McArdle tanısı koyduğumuz hastayı sunduk.

Olgu: 18 yaşımda kadın hasta, aile hekimiğinde rutin tetkik yaptırdığı sırada CPK yüksekliği olması üzerine tarafımıza yönlendirilmişti. Hastanın yoğun egzersizle ağrı dışında şikayeti yoktu. Fizik muayenesi doğaldı, tüm ekstremitelerde kas gücü kuvveti normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde CPK yüksekliği dışında patoloji saptanmadı, otoimmün belirteçler normaldi. Elektromiyografi ve uyluk manyetik rezonans görüntülemesi normal olarak gelince hastada ön planda metabolik miyopati düşünöldü. Ancak hasta kas biyopsisi yaptırmayı kabul etmediğinden miyofosforilaz gen analizi (PYGM) gönderildi ve p.Met1Val geni homozigot olarak geldi. Hastaya beslenme önerileri verildi ve yoğun egzersizden uzak durması önerildi.

Tartışma: İlk kez 1951'de Brian McArdle tarafından tanımlanan McArdle hastalığı, en yaygın genetik miyopatilerden biridir ancak düşük sıklığı nedeniyle "nadir hastalıklar" grubunda değerlendirilmektedir. Kromozom 11'de bulunan PYGM geninde otozomal resesif mutasyonların neden olduğu bir bozukluktur. Klinik olarak asemptomatik olabilir veya miyalji, kas krampları ve egzersiz intoleransı görölebilir. EMG normal olabilir veya miyopati gözlenir. Ön kol iskemi testi yapılırsa, laktat düzeyinin yükselmediği görölür. Tanı kas biyopsisi veya genetik analiz ile konulur, spesifik bir tedavisi yoktur. Sonuç olarak, bu olgu asemptomatik CPK yüksekliği olan hastalarda ayırıcı tanıda McArdle hastalığının düşünölmesi gerekliliğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kreatin fosfokinaz, McArdle hastalığı, PYGM geni

## PS-07

### Mikofenolat Mofetil sonrası sitopeni gelişen ve Takrolimus ile düzelen Lupus nefrit'li olgu

Fatih Yıldız, Burak Okyar, Bekir Torun, Fatih Albayrak, Gözde Yıldırım Çetin

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Romatoloji Bilim Dalı

**Amaç:** Mikofenolat Mofetil (MMF) ilişkili sitopenisi Takrolimus ile düzelen Lupus nefrit'li olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 46 yaşında kadın hastaya, 2009'da ANA, Anti-DNA, Anti-Ro pozitifliği, kompleman düşüklüğü, fotosensitive, alopesi, lökopeni/lenfopeni ve proteinüri ile SLE tanısı konulmuş. Hidroksiklorokin (HQ) ve prednizolon başlanmış. 6 ay öncesine kadar HQ kullanıyormuş. Aralık 2020'de her iki el bilek ve PİF'lerde ağrı ve şişlik, kompleman düşüklüğü, kreatinin:1,22mg/dl, TİT+3 pozitif ve 4gr proteinüri nedeniyle yatırıldı. ANA, Anti-DNA, Anti-Sm, Anti-Ro ve coombs+1 pozitif saptandı. Hb 9,9 gr/dl idi. Hemoliz bulgusu yoktu. 4,2 gr proteinürisi vardı. Böbrek biyopsisi immünfloresan'da mevcut 2 glomerülde Full-house boyanma izlendi. Lupus nefriti (LN) düşünüldü. 5 gün 1gr İV metilprednizolon (MP) verildi. Takibinde 100 mg'a düşüldü. 400 mg HQ ve 1gr MMF başlandı. Hipoalbuminemi ve pretibial 4+ödemi vardı. 2 hafta sonra MMF 2 gr'a çıkıldı. Kreatinin 1,6 mg/dl ve proteinüri 9 gr'a yükseldi. Steroid miyopatisi nedeniyle MP azaltıldı. MMF 2,5gr'a çıkıldı. Lökopeni, trombositopeni gelişti ve Hb:7,7gr/dl'ye düştü. Proteinüri 15,2 gr olan hastaya 5 gün İVİG verildi. Günde 60mg MP ve MMF 1,5 gr'a düşüldü. Pelvik kontrastlı MR' da kemik iliği sinyal intensiteleri T1,T2'de azalmıştı. MMF ilişkili miyelosüpresyon düşünülerek kesildi. 4mg takrolimus başlandı. Kompleman, kreatinin düzeyi, lökosit ve trombosit sayısı normale geldi. Hb 9,5 gr/dl'ye yükseldi ve proteinüri 5,6 gr'a geriledi (Şekil:1-2). Ödemi azaldı.

**Tartışma:** MMF'in yan etkileri; ishal, fırsatçı enfeksiyonlar, kemik iliği süpresyonu ve maligniteler dir. MMF'in kesilmesi yada azaltılmasıyla 5-9 günde sitopeni'de düzelmeye olabilmektedir, ancak siklosporin'de verilmektedir. Kemik iliği değerlendirmesi yapılamadı, MMF'e bağlı miyelosüpresyon düşünüldü. Siklosporinin yerine Takrolimus başlandı. Birinci haftada hematolojik parametrelerde düzelmeye gözlemlendi.

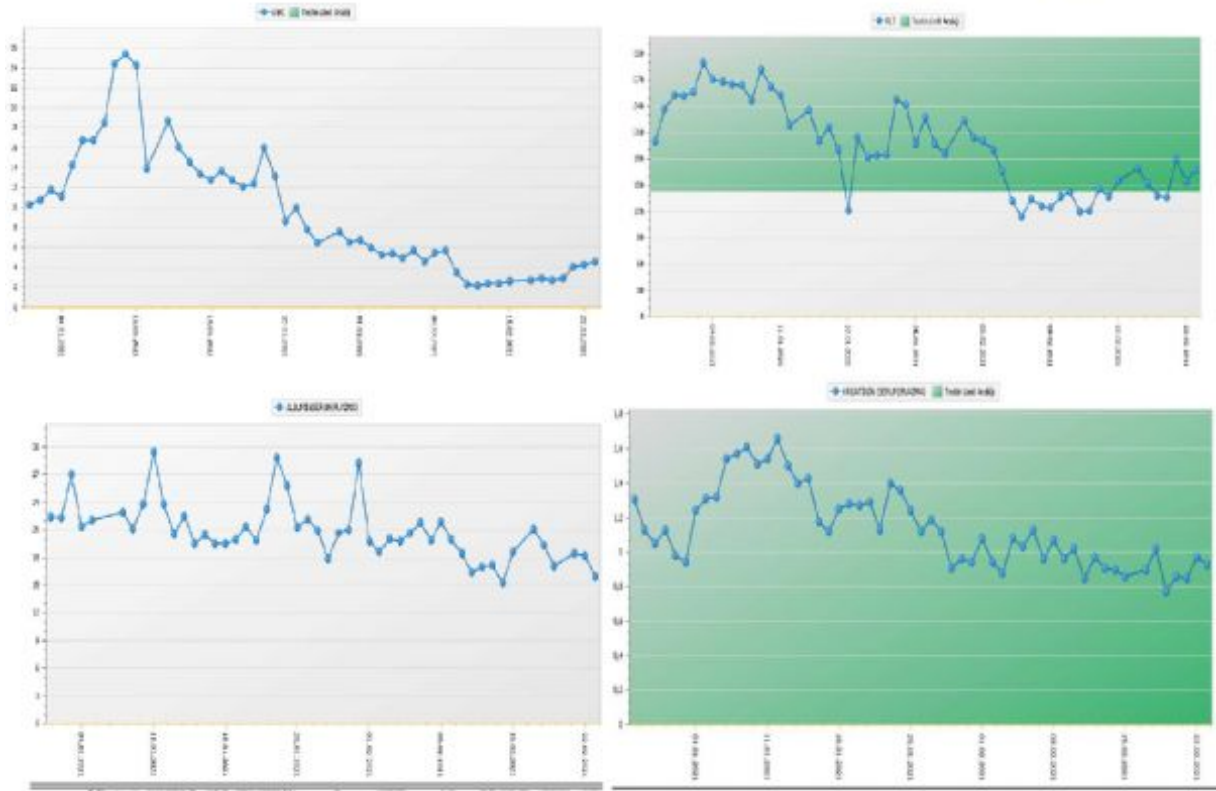
**Anahtar Kelimeler:** Lupus nefriti, Sitopeni, Mikofenolat, Takrolimus

---

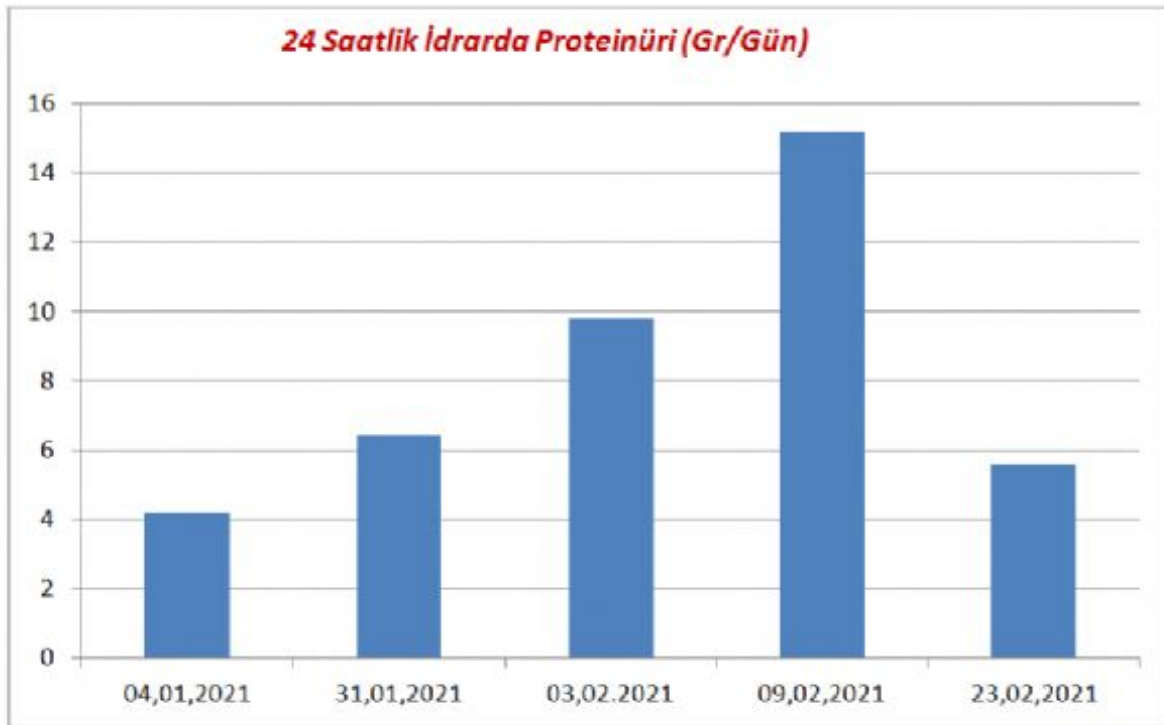


Şekil-1

Hastanın tedavi ile Lökosit, Trombosit, Albümin ve kreatinin değerlerin değişimi



Şekil-2



Proteinüri düzeyleri

## PS-08

### Granülatöz Mastit ile Prezente Olan IgG4 İlişkili Hastalık

Cemal Gürbüz, Seyyid Bilal Açıkğöz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Roamtoloji Bilim Dalı, Samsun

**GİRİŞ:**İmmünoglobülin G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH), belirli patolojik, serolojik ve klinik özellikleri paylaşan otoimmün bir hastalıktır. Etkilenen organlarda görülen ortak özellikler kitlesel şişlik, IgG4 pozitif plazma hücrelerinden zengin yoğun lenfoplazmositik infiltrasyon, obliteratif flebit ve storiform fibrozistir. Granülatöz mastit (GM), memenin nadir inflamatuvar hastalığıdır. GM genellikle genç orta yaşta görülmektedir. Hastalar 5 yıl içinde gebelik veya laktasyon hikayesi olan kadınlardır. Hastalık memede inflamatuvar bir kitle olarak başlar ve malign hastalıktan ayrılmalıdır. Sistemik tedavi ile beklenen 6 ayda kitle boyutunun yarıya düşmesidir. Tam iyileşme 9-12 ay sürebilir.

**Olgu:** 29 yaşında kadın hastaya 1,5 aydır sağ memesindeki kitle nedeniyle başvurduğu genel cerrahi bölümünde yapılan USG'de sağ memede 31x8x19 mm boyutlu öncelikli inflamatuvar olduğu düşünülen kitlesel görünüm (BIRADS 4) tespit edilmiş ve biyopsi sonucunda GM tanısı konulmuştur. Hastanın değerlendirilmesinde sağ memede kitle mevcuttu, kızarıklık ve fistül gözlenmedi. 3 yaşında bir çocuğu vardı. Gebelik veya laktasyon yoktu. Laboratuarda hemogram, ESH, CRP, rutin biyokimya testleri, pANCA, cANCA normal sınırlardaydı. PPD: 6 mm, quantiferon negatifti. PA akciğer grafisi normaldi. Serum IgG4 düzeyi 2.79 g/l (N: 0,03-2,01) tespit edildi. Patolojide plazma hücrelerinde IgG4 ile boyanma izlendi. Hastaya prenizolon 32 mg/gün ve metotreksat 15mg/hafta tedavisi başlandı. 1 ay sonraki kontrolde kitlede küçülme tespit edildi. 3. ayda USG'de memede kitle tespit edilmedi. 3. ayda hastanın kortikosteroid tedavisi kesildi. 6. ayda hasta metotreksat tedavisi ile remisyonda takip ediliyor.

**TARTIŞMA:**GM memenin nadir görülen kronik inflamatuvar hastalığıdır.GM'li hastalarda IgG4 pozitifliği ne prezantasyonda ne de tedaviye yanıtta bir fark oluşturmaktadır. GM tanısının mutlaka histopatoloji ile desteklenmesi gerekmektedir ancak patoloji spesmenlerinde IgG4 çalışılması tedavi ve prognozu etkilememektedir.

**Anahtar Kelimeler:** IGG4, ilişkili, hastalık, granülatöz, mastit

## PS-09

### İnterstisyel akciğer hastalığı ile gelen sistemik skleroz sine skleroderma olgusu

Hasan Ulusoy<sup>1</sup>, Tuğba İzci Duran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Samsun

**Amaç:** Skleroderma olarak da adlandırılan sistemik skleroz (SSc), ciltte ve iç organlarda fibrozise neden olan otoimmün bir hastalıktır. Sistemik skleroz sine skleroderma ise hastalığın cilt tutulumu bulguları olmaksızın iç organ tutulumuyla seyreden nadir bir alt grubudur. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) sklerodermada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

**Olgu:** Elli iki yaşında erkek hasta 3 yıldır giderek şiddetlenen egzersiz dispnesi, kuru öksürük ve çabuk yorulma şikayetleriyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Öyküde hastanın şoför olduğu, herhangi bir hayvan beslemediği, daha önce çiftçilik ya da madencilik ile ilgili hiçbir işte çalışmadığı öğrenildi. Yirmi yıl boyunca günde 1 paket sigara içen hasta son 1 yıldır sigara içmiyordu. Fizik muayenede akciğer bazallerinde velcro raller duyuldu. Sistemik skleroz ya da dermatomyoziti düşündüren cilt bulguları gözlenmedi. Anti-nükleer antikor (ANA) yüksek titre pozitif (1/640) tespit edilen hastanın ANA subgrup analizinde anti-Scl-70 antikor 3+ bulundu. Akciğer grafisinde alt-orta zonlarda bilateral retikülonodüler dansite artışları görülen hastanın akciğer tomografisinde olağan interstisyel pnömoni (OİP/UIP) paterniyle uyumlu İAH bulguları izlendi (Resim 1). Arterial kan gazlarında PO<sub>2</sub>:76 mm/Hg (83-108), PCO<sub>2</sub>:41 mm/Hg (32-48), O<sub>2</sub> satürasyonu %92 (%94-98) tespit edilen hastaya 6 kür siklofosfamid 1000 mg/ay ve takibinde oral mikofenalat mofetil tedavisi planlandı. Skleroderma renal kriz riskini arttırmamak için oral steroid dozu prednisolon 10 mg/gün olarak belirlendi.

**Sonuç:** İAH etyolojisinde başta SSc ve dermatomyozit olmak üzere bağ doku hastalıkları önemli bir yer tutmaktadır. Karakteristik cilt bulgularının tanıyı kolaylaştırmasına rağmen bir grup hastada cilt bulguları görülmeyebilir. İdiopatik pulmoner fibrozise göre immünsüpresif tedaviye daha iyi yanıt verebilen bu hastalıkların erken tanınması tedavinin gecikmemesi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel akciğer hastalığı, Skleroderma, Sistemik skleroz, Sine skleroderma

---

**Resim 1.**



*Akciğer orta ve bazal segmentlerinde olağan interstisyel pnömoni ile uyumlu plevra tabanlı bal peteği manzaraları, interlobüler septal kalınlaşmalar, traksiyon bronşiektazileri ve nadir buzlu cam dansiteleri görülmekte.*

## PS-10

### Üst solunum yolu semptomları ile başvuran genç granümatöz polianjitis olgusu

Gökhan Yavuzbilge

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

Granümatöz polianjitis (GPA) özellikle üst solunum yolları, akciğer ve böbrekleri tutan, multisistemik seyirli nekrotizan granümatöz vaskülit ile tanımlanan bir hastalıktır. 40-60 yaş arasında sık olmakla beraber her yaşta görülebilmektedir. Biz de üst solunum yolu semptomu ile başvuran genç bir GPA hastasını sunuyoruz.

OLGU

29 yaşında kadın hasta 1 aydır olan burun tıkanıklığı nedeniyle Kulak Burun Boğaz hastalıkları başvurusunda çekilen MR da nazal kavite içerisinde 32x23 mm ölçülen yumuşak doku lezyonları izlenmiş. Yapılan biyopsi de Süperatif granümatöz iltihap saptanmış. Hastanın yapılan tetkiklerinde Crp: 254 mg/L, Sedim: 95 mm/saat, WBC: 19130 bin/uL, HG: 10,3 g/dL, PLT: 636 bin/uL, cANCA > 100 U/mL, pANCA: 1,1 U/ml, Kreatinin: 0,69 mg/dL, spot idrarda 686 mg/gr proteinüri saptandı. Çekilen Toraks BT de sağ akciğer üst lobda yaklaşık 4x6,5 cm, solda lingular segmentte 3x4,5 cm boyutunda, santralden kaviteleşme gösteren, düzensiz sınırlı, hipodens konsolidasyonlar izlendi. Sağ akciğer alt lob lateralde 1,5x2 cm boyutunda, düzensiz sınırlı, alveoler dansite izlendi. Her iki akciğerde dağınık yerleşimli, periferik, en büyükleri sağ üst lob anteriorunda 6 mm olan 9-10 adet nodül izlendi.

Hastaya multisistemik bulguları, cANCA pozitifliği ve granümatöz biyopsi sonucu ile GPA tanısı koyularak 1 gram pulsesteroid ve rituximab tedavisi planlandı. Hastanın pulsesteroid tedavisi sonrası akut faz reaktanlarında ve klinik olarak belirgin düzelme oldu. Hasta takip planlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Bu olgumuzda üst solunum yolunda granümatöz lezyona proteinürinin eşlik etmesi ile, c-anca yüksek titrede pozitif saptanması ile ve akciğer bulguları ile GPA saptadık. GPA multisistemik tutulumda seyredilebilen ve sık olarak görülmeyen bir hastalıktır. GPA Üst solunum yolu tutulumlarına bağlı semptomlarla başvuran hastalarda ayırıcı tanıda göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** granümatöz polianjitis, anca, üst solunum yolu



# ONDOKUZ MAYIS. ROMATOLOJİ SEMPOZYUMU

27 Mart 2021

