KTÜ 1955 Karadeniz Teknik Üniversitesi

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi TIPF

TRASD 1947



5

DOĞU KARADENİZ ROMATOLOJİ GÜNLERİ

19-21 EYLÜL 2025

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Osman Turan Kongre Merkezi
TRABZON

www.dogukaradenizromatolojigunleri.org

TOPKON

ORGANİZASYON SEKRETARYASI
Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rıfatbey Sok. No: 24
34724 Kalamış-Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 330 90 20 • Faks: 0216 330 90 05



Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği (TRASD) Trabzon şubesi olarak bu yıl beşincisini gerçekleştireceğimiz "Doğu Karadeniz Romatoloji Günleri" 19-21 Eylül tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Osman Turan Kongre merkezinde gerçekleştirilecektir.

Romatizmal hastalıklarla ilgili birçok konunun yer alacağı toplantımızda, konulara akademik yaklaşımın yanı sıra, günlük pratiğimizde bize yardımcı olacak son yeniklikler alanlarında deneyimli akademisyenler tarafından multidisipliner olarak ele alınacaktır. Sizlerle dinamik, bilimsel gücü yüksek, dopdolu, monotonluktan uzak, aydınlık bir toplantıda buluşmayı diliyoruz.

Toplantımızda sizleri aramızda görmekten büyük memnuniyet duyacağımızı belirtir, saygılarımızı sunarız.

Sempozyum Başkanı
Prof. Dr. Erhan Çapkın



KURULLAR

Sempozyum Başkanı
Prof. Dr. Erhan Çapkın

Sempozyum Düzenleme Kurulu
Prof. Dr. Erhan Çapkın
Prof. Dr. Murat Karkucak
Doç. Dr. Gamze KILIÇ

DERNEK YÖNETİM KURULU
Başkan
Prof. Dr. Şebnem Ataman

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Hatice Bodur

Genel Sekreter
Prof. Dr. Zafer Günendi

Sayman
Prof. Dr. Hilal Ecesoy

Üyeler
Prof. Dr. Erhan Çapkın
Prof. Dr. M. Tuncay Duruöz
Prof. Dr. Gülcan Gürer
Prof. Dr. Özgür Akgül
Doç. Dr. H. Fatih Çay



BİLİMSEL PROGRAM

19 Eylül 2025, Cuma	
08.30-11.30	**Ultrasonografi Kursu** K.T. Ü. Fizik Tedavi Polikliniğinde yapılacaktır.
	Olgular ile Ultrasonografisi Kursu Dr. Erhan Çapkın Dr. Murat Karkucak Dr. İbrahim Batmaz Dr. Gürkan Akgöl Dr. Nalan Çapan
10.00-11.30	**Kuru İğneleme Kursu** Dr. Canan Şanal K.T. Ü. Fizik Tedavi Polikliniğinde yapılacaktır.
13.45-14.00	**Açılış Töreni** Dr. Erhan Çapkın
14.00-15.30	**Nasıl Tanır, Nasıl Tedavi Ederim I** **Oturum Başkanları:** Dr. Mustafa Güler, Dr. Mehmet Tosun, Dr. Haşim Çakırbay
	Fibromiyalji Dr. Münevver Serdaroğlu
	Osteartrit Dr. Ayhan Bilgici
	Lipödem ve Lenfödem Dr. Figen Ayhan
15.30-16.10	**Osteoporoz Paneli** **Oturum Başkanı: Dr. Zafer Günendi**
	Osteoporoz Tanı ve Tedavisi Dr. Emre Ata
	Osteoporozda Merak Edilen Sorular Dr. Canan Şanal
16.10.16.40	**Kahve Molası**
16.40-18.10	**Girişimsel Enjeksiyonlar** **Oturum Başkanları:** Dr. Ayhan Bilgici, Dr. Hakan Gündüz
	Enjeksiyon İçeriklerini Tanıyalım. Steroidler ve Hyaluronik Asit Dr. Ömer Faruk Serdar
	Spinal Enjeksiyonlar Kime? Ne Zaman? Ne Yapalım? Dr. Bora Uzuner
	Spastisite Ne Zaman Enjeksiyon? Ne Enjeksiyonu Yapalım? Dr. Nalan Çapan
	Rejeneratif Enjeksiyonlar Yapalım Mı? Kime? Ne Zaman? Dr. İlker Fatih Sarı
19.00	**Akşam Yemeği**



BİLİMSEL PROGRAM

20 Eylül 2025, Cumartesi	
08.30-10.00	**Spondiloartrit Paneli**
	Spondiloartropatiler Güncel Sorular A'dan Z' Ye Spondiloartrit **Oturum Başkanı ve Konuşmacı:** Dr. Fazıl Kulaklı **Tartışmacılar:** Dr. Salih Özgöçmen Dr. Tuncay Duruöz Dr. H.Fatih Çay
10.00-10.30	**Kahve Molası**
10.30-12.00	Romatoid Artrit Paneli
	Romatoid Artritte Güncel Sorular A'dan Z' Ye Romatoid Artrit **Oturum Başkanı ve Konuşmacı:** Dr. Gamze Kılıç **Tartışmacılar:** Dr. Meltem Altan Melikoğlu Dr. Erkan Kılıç Dr. Sertaç Ketenci
16.10.16.40	**Öğle Yemeği**
13.30-15.00	**Diz Paneli**
	Her Yönü ile Diz Ağrılarına Yaklaşım **Oturum Başkanı ve Konuşmacı:** Dr. Ayşegül Küçükali Türkyılmaz **Tartışmacılar:** Dr. Murat Karkucak Dr. Osman Aynacı Dr. Şebnem Örgüç
15.00-15.30	**Kahve Molası**
15.30-16.30	**Skolyoz Paneli** **Oturum Başkanları:** Dr. Akın Erdal, Dr. Gül Devrimsel
	Skolyoza Konservatif Yaklaşım; Tanı, Görüntüleme ve Tedavi Dr. Hürriyet Yılmaz
16.30-17.30	**Nasıl Tanır Nasıl Tedavi Ederim II** **Oturum Başkanları:** Dr. Refik Ali Sarı, Dr. Remzi Çevik
	Kristal Artritler Dr. Kıvanç Cengiz
	Sjögren Sendromu Dr. Abdülbaki Gaydan
19.00	**Akşam Yemeği**



BİLİMSEL PROGRAM

21 Eylül 2025, Pazar	
09.30-11.00	**Sözel Bildiri Oturumu** **Oturum Başkanı:** Dr. Murat Yıldırım
	SS-001 Biyolojik Ajan Kullanan Romatoid Artritli Hastalarda Fibromiyalji ve Anksiyetenin Hastalık Aktivitesi, Ağrı ve Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi Cemil Güner **SS-002 Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda D Vitamini Düzeyinin Kinezyofobi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi** Muhammed Korkmaz **SS-003 Chatgpt-4'ün Romatoid Artrit ile İlgili Sorulara Verdiği Yanıtların Kılavuz Uyum ve Doğruluk Açısından Değerlendirilmesi** Serpil Demirulus **SS-004 Sekukinumab Tedavisi Altında Gelişen Psödoseptik Artrit: Olgu Sunumu** Büşra Demirci **SS-005 Aksiyel Spondiloartrit Tanılı Hastada Etanercept Tedavisi Sonrası Gelişen Spondilodiskit- Olgu Sunumu** Büşra Dalbastı Yazıcı **SS-006 Sleeve Gastrektomi Sonrası Gelişen Gut ve Düşük Ayak** Fatma Zehra Kumcu **SS-007 Kas Tutulumu ile Seyreden Sjögren Sendromu ve Polimiyozit Overlap Sendromu: Bir Olgu Sunumu** İlker Çalık **SS-008 Torakal Schwannoma: Kronik Boyun ve Kol Ağrısının Nadir Nedeni** Muhammed Galip Kumcu **SS-009 Behçet Hastalığında Nadir Bir Vasküler Komplikasyon: Vena Cava Süperior Sendromu ve Caput Medusae** Sezer İsmailoğlu **SS-010 Biyolojik Tedavi Altındaki Juvenil İdiopatik Artritli Hastada Psödoseptik Artrit** Feyza Nur Akın Birincioğlu **SS-011 Romatoid Artrit ve Granülomatöz Polianjitis Birlikteliği- Olgu Sunumu** Burcu Suntur **SS-012 Engelli Sağlık Kuruluna Başvuran Romatolojik Hastalığı Olan Hastalarda Engellilik Dağılımı: Kesitsel Bir İnceleme** Alperen Aydoğdu **SS-013 Fibromiyaljili Kadınlarda Vücut Kompozisyonu ve Faz Açısının Klinik Bulgular ile İlişkisi: Bir Biyoelektrik Empedans Analizi Çalışması** Pınar Özge Başaran **SS-014 Fibromiyalji Hastalarında Kas Kalınlığı, Kas Kuvveti ve Fiziksel Performansın Değerlendirilmesi ve Germe ve Güçlendirme Egzersizlerinin Etkinliğinin Belirlenmesi** Pınar Özge Başaran
11.00-12.30	**Akılcı İlaç Kullanımı** Dr. Kemal Faruk Körüklü
12.30-13.00	**Kapanış**

SÖZEL BİLDİRİLER

SS-001 Biyolojik Ajan Kullanan Romatoid Artritli Hastalarda Fibromiyalji ve Anksiyetenin Hastalık Aktivitesi, Ağrı ve Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi

Dr. Cemil Güner

Giriş

Romatoid artrit, sistemik inflamasyon, kalıcı sinovit ve eklem harabiyeti ile karakterize, sık görülen kronik otoimmun bir hastalıktır.

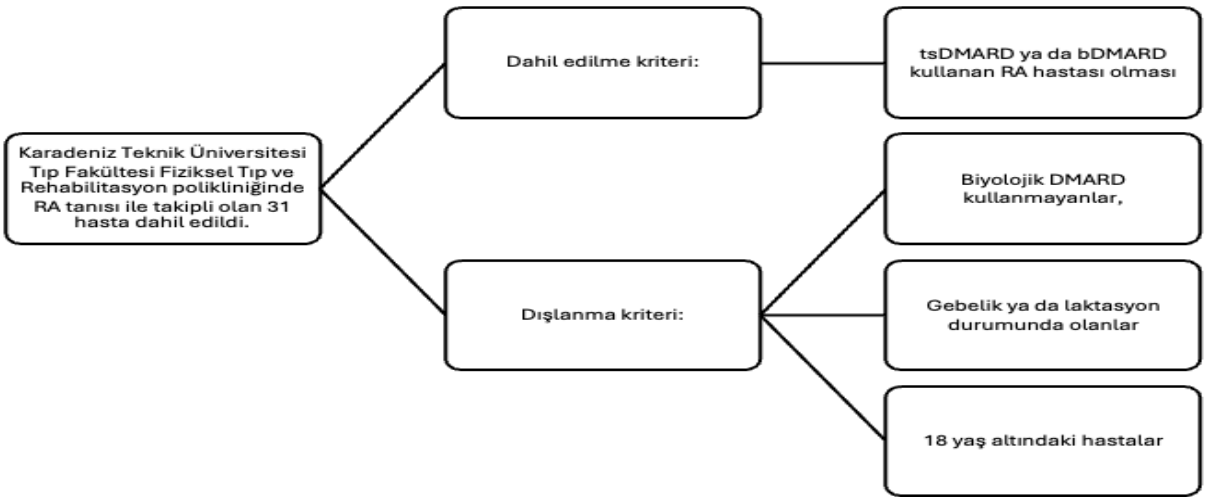
Aktif hastalığın tedavisinde uzun dönem morbidite ve mortaliteyi azaltmakta en önemli husus, erken tanı ve DMARD tedavisinin başlanmasıdır.

Yapılan çalışmalarda RA'lı hastalarda fibromiyaljinin (FMS) hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalık olması nedeniyle hastalık akvitesi değerlendirilirken fizik muayenenin çok önemli bir belirleyici olduğu tespit edilmiştir.

Amaç: Romatoid artritle takip edilen ve takibinde tsDMARD ve bDMARD başlanan hastalarda fibromiyalji ve anksiyetenin hastalık aktivitesi, ağrı ve fonksiyonel duruma etkisini incelemek

Yöntem

Tanımlayıcı türde, kesitsel çalışma



RA nedeniyle takip edilen ve takibinde tsDMARD ya da bDMARD başlanan hastaların **ilaç başlangıcı, 1.ay ve 3.ay kontrollerindeki poliklinik anamnez, muayene ve laboratuvar kayıtları** incelendi.

Her üç kontroldeki kayıtlarda yer alan **hassas ve şiş eklem sayıları**, **ESH** ve **CRP** değerleri ve **hastanın global sağlık skoru** ile **hesaplanan DAS 28 skoru**, 2013 **ACR Fibromiyalji tanı kriterlerine göre fibromiyalji varlığı ya da yokluğu**, **VAS skoru**, **HAD ölçeği skoruna** bakıldı.

Veri Toplama Araçları



Hastalık Aktivite Skoru (DAS28): DAS 28 skoru RA hastalarında kullanılan ve hastanın o andaki hastalık aktivite durumunu gösteren belirteçtir. DAS 28 skorlamasında 28 eklemdeki şişlik ve hassasiyet, ESH değeri ve hastanın genel sağlık değerlendirmesi dikkate alınır

Görsel Analog Skala: 10 cm lik bir çizgi boyunca hastaların hastalığının şiddetini değerlendirmesi istendi. Bu çizginin bir ucunun en iyi, diğer ucunun en kötü hastalık dönemi olduğu, şimdiki hastalık durumunun çizginin neresinde yer aldığı sorularak hastaya işaretlettirildi. İşaretli kısım milimetre cinsinden ölçüldü.

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği: Toplam 14 maddeden oluşur. Bunlardan yedisi anksiyeteyi, yedisi depresyonu ölçmektedir. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 7/8, depresyon alt ölçeği için 7/8 bulunmuştur. Dörtlü likert tipi ölçüm yapıldı.

Verilerin Analizi

- Program: SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılmıştır
- **Tanımlayıcı istatistikler**
  - Kategorik değişkenler → Sayı, yüzde
  - Ölçümsel değişkenler → Ortalama, SS
- Normallik testi: One-Sample Kolmogorov-Smirnov
- **İki grup karşılaştırması:**
  - Normal dağılım → Student t-test
  - Normal olmayan → Mann Whitney U
- Kategorik değişkenler: Ki-kare testi
- Anlamlılık düzeyi: $p < 0,05$



Bulgular

Karakteristik özellikler-1		n (%)
Cinsiyet	-Kadın	28 (90,3)
	Erkek	3 (9,7)
Medeni durum	- Bekar/Dul	25 (80,6)
	Evli	6 (19,4)
Eğitim durumu	-Yok	4 (12,9)
	İlkokul	14 (45,2)
	Ortaokul ve üzeri	13 (41,9)
Ek sistemik hastalık (Komorbidite)	-Yok	20 (64,5)
	Var	11 (35,5)
Vücut kitle indeksi (BMI)	-<25	6 (19,4)
	25-29.99	12 (38,7)
	30 ve üzeri	13 (41,9)
Sigara kullanımı	-İçmemiş	16 (51,6)
	İçiyor	9 (29,0)
	Bırakmış	6 (19,4)

tsDMARD ya da bDMARD başlangıcı ve sonrasında RA hastalık aktivitesine (DAS 28) göre hasta sayısı

	DAS 28 (ESH)		
	Başlangıç n (%)	1.ay n (%)	3.ay n (%)
Remisyon	-	1 (3,2)	6 (19,4)
Düşük hastalık aktivitesi	-	2 (6,5)	4 (12,9)
Orta hastalık aktivitesi	-	20 (64,5)	17 (54,8)
Yüksek hastalık aktivitesi	31 (100)	8 (25,8)	4 (12,9)



tsDMARD ya da bDMARD başlangıcı ve sonrasında HAD ölçeği skorlarına göre hasta sayısı

	HAD Ölçeği Anksiyete Skoru			HAD Ölçeği Depresyon Skoru		
	Başlangıç n (%)	1.ay n (%)	3.ay n (%)	Başlangıç n (%)	1.ay n (%)	3.ay n (%)
Normal	8 (25,8)	14 (45,2)	14 (45,2)	14 (45,2)	17 (54,8)	18 (58,1)
Sınırda	10 (32,3)	9 (29,0)	11 (35,5)	6 (19,4)	7 (22,6)	6 (19,4)
Anormal	13 (41,9)	8 (25,8)	6 (19,4)	11 (35,5)	7 (22,6)	7 (22,6)

2013 ACR tanı kriterlerine göre Fibromiyalji olan ve olmayan hastalarda 1.ve 3.aylarda bakılan DAS 28 skorları ortalamalarının karşılaştırılması

	Fibromiyalji		
RA hastalık aktivitesi ortalaması	Var (n=18)	Yok (n=13)	P
DAS 28 (ESH) başlangıç	6,77±0,94	6,15±0,85	0,067
DAS 28 (ESH) 1. ay	4,72±0,70	4,10±1,12	0,069
DAS 28 (ESH) 3. ay	4,04±0,91	3,19±1,05	**0,022**

HAD ölçeğine göre başlangıç. 1.ay ve 3. ay anksiyete ya da depresyon olan ve olmayan hastalarda eş zamanlı DAS 28 skorları ortalamalarının karşılaştırılması

		Anksiyete			Depresyon		
Başlangıç	RA hastalık aktivitesi ortalaması	Var (n=23)	Yok (n=8)	P	Var (n=17)	Yok (n=14)	P
	DAS 28 (ESH)	6,70±0,97	5,95±0,59	**0,049**	6,82±0,90	6,13±0,87	**0,039**
1. ay	RA hastalık aktivitesi ortalaması	Var (n=17)	Yok (n=14)	P	Var (n=14)	Yok (n=17)	P
	DAS 28 (ESH)	4,83±0,64	4,01±1,06	**0,019**	4,94±0,72	4,07±0,93	**0,008**
3. ay	RA hastalık aktivitesi ortalaması	Var (n=17)	Yok (n=14)	P	Var (n=13)	Yok (n=18)	P
	DAS 28 (ESH)	4,13±0,94	3,13±0,92	**0,006**	4,10±0,84	3,38±1,09	0,057



2013 ACR tanı kriterlerine göre Fibromiyalji olan ve olmayan hastalarda 1.ve 3.aylarda bakılan DAS 28 skorlarında başlangıca göre azalma düzeylerinin karşılaştırılması

Hastalık	DAS 28 skorunda azalma	
Fibromiyalji (n, %)	DAS 28 (ESH) 1. ay	DAS 28 (ESH) 3. ay
Var (18, %58,1)	2,1±0,8	2,7±0,8
Yok (13, %41,9)	2,0±0,7	3,0±0,6
P	0,968	0,387

HAD ölçeğine göre başlangıçta anksiyete ya da depresyon olan ve olmayan hastalarda DAS 28 skorlarındaki değişimin karşılaştırılması

		DAS 28 skorunda azalma düzeyi	
		DAS 28 (ESH) 1. ay	DAS 28 (ESH) 3. ay
Anksiyete	Var (23)	2,1±0,8	2,7±0,8
	Yok (8)	1,9±0,4	3,1±0,4
P		0,718	0,238
Depresyon	Var (17)	2,0±0,9	2,8±0,8
	Yok (14)	2,1±0,5	2,9±0,6
P		0,953	0,836

Sonuç

Fibromiyalji varlığının RA hastalık aktivitesindeki değişim üzerine anlamlı etkisi olmayıp, 3.aydaki ortalama hastalık aktivitesi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır.

Anksiyete ve depresyon varlığının RA hastalık aktivitesindeki değişim üzerine anlamlı etkisi olmayıp, anksiyete ve depresyon varlığı ile eş zamanlı değerlendirilen ortalama hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

RA tedavisinin başlanması sonrasında hastalık aktivitesinde meydana gelen azalma eş zamanlı bakılan anksiyete ve depresyon skorlarındaki gerileme ile ilişkilendirilememiştir.



Öneriler

Bu nedenle, Romatoif artritte komorbid fibromiyalji, anksiyete ya da depresyonun olduğu durumlarda hastalık aktivite göstergelerinin objektif klinik ölçütler (şiş eklem sayısı ve akut faz reaktanları gibi) ve MRG ya da USG (ile kanıtlanmış aktif artrit ya da sinovit) bulguları gibi daha somut delillerin göz önünde bulundurularak daha dikkatle yorumlanması gerektiği, aksi takdirde söz konusu komorbiditeleri olan hastalarda optimum tedavi yanıtının elde edilmesinde zorluk yaşanacacağı aşikardır.

Bu konuda daha uzun soluklu, hasta sayısının daha fazla olduğu, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-003 ChatGPT-4'ün Romatoid Artrit ile İlgili Sorulara Verdiği Yanıtların Kılavuz Uyum ve Doğruluk Açısından Değerlendirilmesi

Serpil Demirulus

Giriş

Romatoid artrit (RA), kronik otoimmun bir hastalık
Erken tanı ve etkili tedaviyle deformiteler ve sistemik komplikasyonlar önlenebilir
ChatGPT tıbbi bilgiye erişimi kolaylaştırır

Doğruluk ve klinik uygunluk açısından sorgulanmalı

Amaç

ChatGPT-4'ün RA ile ilgili 20 soruya verdiği yanıtların;

- **Kılavuz uyumu,**
- **Doğruluk,**
- **yanıltıcılık** açısından incelenmesi

Metod

Soru kaynakları:

ACR Rheumatology In-Training Examination 2023 Question Bank
Smolen JS et al. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2024;83:3-18
Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği. *Romatoloji e-Kitap*. Erişim tarihi 15 Ağustos 2025, http://www.trasdromatolojiekitap.org

1	RA'da tanı ve prognoz için kullanılan biyobelirteçler nelerdir? Anti-CarP antikorunun klinik rolü nedir?
2	Yaşlı (>65 yaş) bir RA hastasında biyolojik DMARD seçerken dikkat edilmesi gereken faktörler nelerdir?
3	Hangi biyolojik DMARD'lar romatoid nodül gelişimini veya büyümesini tetikleyebilir? Abatacept'in bu risk açısından durumu nedir?
4	Simetrik poliartriti olan bir hastada RA ile en sık karışan 3 ayırıcı tanı hangileridir?
5	Gebelik planlayan RA hastasında güvenle kullanılabilecek DMARD'lar nelerdir? Metotreksat kesilme zamanı ne olmalıdır?
6	Felty sendromu tanısı alan hastada, atipik prezentasyon durumunda ekarte edilmesi gereken malignite nedir?
7	RA'ya sekonder interstisyel akciğer hastalığı (IAH) gelişen hastada tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır? Pirfenidon hangi durumlarda endikedir?
8	RA'da sekonder AA amiloidoz tedavisinde kullanılan kolşisin dozu ve doz ayarlaması gereken durumlar nelerdir?
9	Metotreksat toksisitesi gelişen hastada glukarpidaz protokolü nasıl uygulanır? Hangi durumlarda acil endikedir?
10	RA'da servikal subluksasyon (C1-C2) tanısında görüntüleme kriterleri nelerdir? Cerrahi endikasyon için ölçüm değeri nedir?
11	Biyolojik DMARD başlamadan önce tüberküloz (TBC) taramasında IGRA testinin TCT'ye göre üstünlükleri nelerdir?
12	JAK inhibitörü kullanan bir RA hastasında canlı aşı kontrendikasyonları nelerdir? Hangi aşılar güvenlidir?
13	RA ile ilişkili küçük damar vaskülitinde ANCA negatifliğinin klinik önemi nedir?
14	Uzun süre yüksek doz kortikosteroid kullanan RA hastasında osteonekroz riskini artıran diğer ilaç etkileşimleri nelerdir? (Örn. bisfosfonatlar)
15	RA'da kronik EBV enfeksiyonu ile lenfoma ilişkisi nasıldır? Tanıda EBV serolojisi ne zaman istenmelidir?
16	Kronik böbrek hastalığı (eGFR <30) olan RA hastasında sülfasalazin kullanımı neden kontrendikedir?
17	Juvenil idiyopatik artrit (JIA) tanılı hasta, erişkin RA tedavisine geçişte dikkat edilmesi gereken protokol farklılıkları nelerdir?
18	Atipik eklem tutulumu olan RA hastasında gut ayırıcı tanısı için sinoviyal sıvıda hangi inceleme zorunludur?
19	RA'ya bağlı pulmoner hipertansiyon tedavisinde bosentan endikasyonları nelerdir?
20	Güncel EULAR kriterlerine göre RA'da ultrasonografi (PDUS) ile doğrulanması gereken remisyon kriterleri nelerdir?

ChatGPT-4 tarafından verilen cevapların doğruluğu ilgili kaynaklara göre



- **Tam doğruluk,**
- **Kısmi doğruluk,**
- **Yanlış bilgi** olarak Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon uzmanı bir hekim tarafından değerlendirildi

Bulgular

Soru No	Konu	Tam Doğruluk	Kısmi Doğruluk	Yanlış Bilgi	Kritik Eksiklik
1	Biyobelirteçler	✗ (%0)	✓ (%70)	-	Anti-CarP rutinde kullanılmaz
2	Yaşlı Hastada Biyolojik Seçimi	✓ (%100)	-	-	-
3	Nodül-Biyolojik İlişkisi	✗ (%0)	✓ (%60)	-	Abatacept nodül büyütme riski atlanmış
4	Ayırıcı Tanı	✓ (%100)	-	-	-
5	Gebelikte DMARD	✓ (%100)	-	-	-
6	Felty Sendromu	✗ (%0)	✓ (%70)	-	T-LGL lösemi ayırıcı tanı eksik
7	RA-İAH Tedavisi	✗ (%0)	✓ (%50)	-	Pirfenidon endikasyonu belirtilmemiş
8	AA Amiloidoz	✗ (%0)	✓ (%40)	-	Kolşisin doz ayarı (1.2 mg/gün) eksik
9	MTX Toksisitesi	✗ (%0)	✓ (%30)	-	Glukarpidaz protokolü atlanmış
10	Servikal Subluksasyon	✗ (%0)	✓ (%45)	-	Cerrahi endikasyonlar (C1-C2 >8 mm) eksik
11	TBC Taraması	✗ (%0)	✓ (%60)	-	IGRA üstünlüğü vurgulanmamış
12	Canlı Aşı Kontrendikasyon	✗ (%0)	✗ (%0)	✓ (%100)	JAK inhibitöründe aşı riski unutulmuş
13	Küçük Damar Vasküliti	✗ (%0)	✓ (%80)	-	ANCA negatifliği vurgulanmamış
14	Osteonekroz Riski	✗ (%0)	✗ (%0)	✓ (%100)	Bisfosfonat ilişkisi atlanmış
15	Lenfoma İlişkisi	✗ (%0)	✓ (%50)	-	EBV serolojisi önerilmemiş
16	Böbrek Hastalığında SSZ	✗ (%0)	✗ (%0)	✓ (%100)	eGFR<30'da kontrendikasyon eksik
17	Geçiş Dönemi Tedavisi	✗ (%0)	✓ (%35)	-	Pediatrik-erişkin protokol farkı eksik
18	Gut Ayırıcı Tanı	✗ (%0)	✓ (%75)	-	Sinoviyal sıvı kristal incelemesi eksik
19	Pulmoner Hipertansiyon	✗ (%0)	✓ (%40)	-	Bosentan endikasyonu belirtilmemiş
20	Remisyon Kriterleri	✗ (%0)	✓ (%65)	-	PDUS (Power Doppler US) gerekliliği eksik

Kategori	Oran (%)	Sayı (n=20)
Tam Doğruluk	%15	3
Kısmi Doğruluk	%70	14
Yanlış Bilgi	%15	3



Kategori	Soru Sayısı	Ortalama Hata Oranı (%)
Kontrendikasyonlar	2	100,0
Özel popülasyon/geçiş dönemi	1	65,0
Komplikasyon yönetimi	3	61,75
İlaç güvenliği ve farmakoloji	8	41,25
Enfeksiyon riski ve tarama	1	40,0
İzlem ve tedavi hedefleri	1	35,0
Biyobelirteçler ve laboratuvar kullanımı	2	25,0
Tanısal yaklaşım ve ayırıcı tanı	2	12,5

Tartışma

Kontrendikasyonlar-> %100 hata oranı-en sorunlu alan

Komplikasyon yönetimi-> %61,7

Özel popülasyon/geçiş dönemi-> %65,0

İlaç güvenliği ve farmakoloji-> %41,2

Biyobelirteçler ve laboratuvar kullanımı-> %25,0

Tanısal yaklaşım ve ayırıcı tanı-> %12,5

Yüksek hata oranı gösteren kategorilerdeki eksiklikler **güncel kılavuz önerilerinin ve klinik pratiğe yönelik bilgilerin yetersiz** aktarılmasından kaynaklanmakta

Güncellenen klinik bilgilerin ve farmakolojik güvenlik verilerinin entegre edilmesinin önemini vurgulamakta

Sonuç

Öneriler:

1. **Kılavuz Odaklı Güncellemeler**
2. **Vaka Temelli Eğitim**
3. **İlaç Güvenliği**
4. **Laboratuvar ve Biyobelirteç Doğruluğu**



SS-004 Secukinumab Tedavisi Altında Gelişen Psödoseptik Artrit Olgusu

Dr. Büşra Demirci

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ

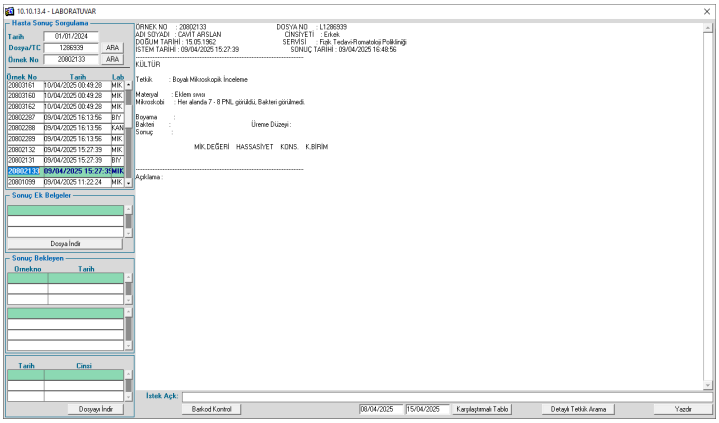
- Psödoseptik artrit,
- Septik artriti klinik olarak taklit eden
- Ancak **eklem sıvısı ve doku kültürlerinde üreme saptanmayan**,
- Şiddetli inflamatuvar eklem tutulumu ile seyreden

nadir bir durum

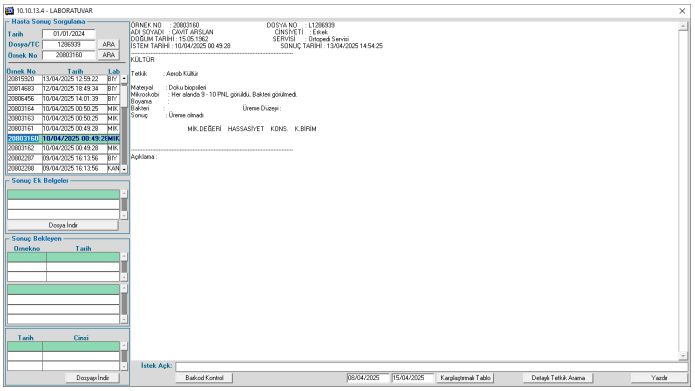
- Genellikle kristal artropatiler, otoimmün hastalıklar veya biyolojik tedavilere bağlı immün yanıt değişiklikleri ile ilişkili

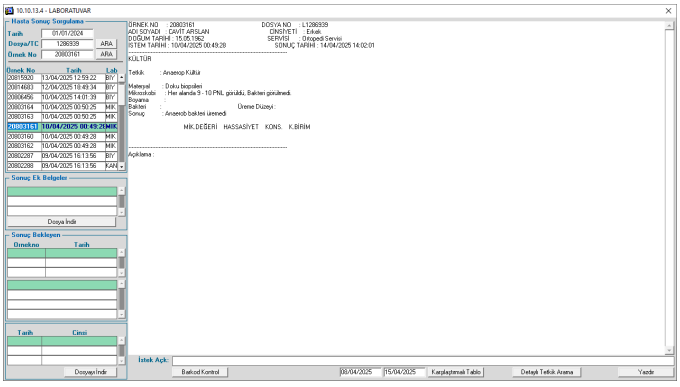
OLGU

- Ankilozan Spondilit tanılı, 63 yaş erkek hasta
- 1 yıldır Secukinumab tedavisi
- Travma öyküsü olmaksızın ani başlayan şiddetli sağ ayak bileği ağrısı ve şişliği
- Ultrasonografi: tibiotalar eklemde effüzyon
- Yaklaşık 3 ml yoğun pürülan görünümlü eklem sıvısı aspire edildi
- Mikroskopide yoğun nötrofil varlığı saptandı ancak bakteri görülmedi
- CRP ve lökosit değeri hafif yüksek bulundu
- Sedimentasyon ve prokalsitonin değeri normaldi
- Sedim: 5 mm/saat
- Crp: 12,7 mg/L
- Prokalsitonin: 0,03 µg/L
- Lökosit: 10.55x10^3/µL
- Kreatinin: 1,23 mg/dL
- eGFR: 66 mL/dk/1,72
- Ürik asit: 4,5 mg/dL
- Rose Bengal: Negatif
- Brucella Tüp agl: Negatif
- Sifiliz Antikoru/VDRL: Negatif



- Ortopedi bölümünde septik artrit ön tanısıyla eklem yıkama ve debridman yapıldı
- Alınan eklem sıvısı ve doku örneklerinin kültürlerinde üreme olmadı





- Postoperatif dönemde başlanan antibiyotik tedavisi kültür sonuçlarında üreme olmaması nedeniyle sonlandırıldı





- Takip eden 2 hafta içinde CRP değeri normale döndü.

CRP seyri
09.04.2025 12,7 mg/L
11.04.2025 155 mg/L (post-op)
12.04.2025 87,6 mg/L
13.04.2025 45,6 mg/L
15.04.2025 21,8 mg/L
16.04.2025 9,2 mg/L
19.04.2025 5,8 mg/L
21.04.2025 7,4 mg/L

TARTIŞMA

- Psödoseptik artrit, septik artriti taklit eden ancak sinoviyal sıvı kültürlerinde üreme olmayan akut inflamatuar bir artrit tablosudur. [1]
- Tanı sıklığı giderek artmasına rağmen, ayırıcı tanı ve tedavisinde hâlâ zorluklar yaşanmaktadır[2] [3]
- Bu nedenle, klinik ve laboratuvar bulguların dikkatli değerlendirilmesini gerektiren bir **dışlama tanısı** olarak kabul edilmektedir. [4]

- Septik artrit, psödoseptik artrit ile karışabilecek en ciddi ve yüksek mortaliteye sahip durumdur. [5]
- Dolayısıyla, eklem sıvısı kültür sonuçları elde edilene kadar septik artrit olasılığı göz önünde bulundurulmalı ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.
- Kültür sonuçları negatif geldiğinde ve septik artrit olasılığı ekarte edildiğinde antibiyotik tedavisi sonlandırılabilir. [6]

SONUÇ

- Olgumuzda, septik artrit olasılığı dışlanamadığı için hastaya cerrahi girişim uygulanmış; ancak ne sinoviyal sıvı kültürlerinde ne de doku **kültürlerinde herhangi bir etken saptanmamıştır.**
- Özellikle gereksiz antibiyotik ve cerrahi girişimlerin önlenmesi için **doğru tanı** kritik öneme sahiptir.

KAYNAKÇA

(1) Korkmaz C, Kaşifoğlu T. Development of recurrent pseudoseptic arthritis in a patient with rheumatoid arthritis receiving TNF-alpha blocker. Joint Bone Spine [Internet]. 2006 Dec 1 [cited 2025 Jun 12];73(6):767–8.

(2) Schett G, Coates LC, Ash ZR, Finzel S, Conaghan PG. Structural damage in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: traditional views, novel insights gained from TNF blockade, and concepts for the future. Arthritis Res Ther. 2011 May 25;13 Suppl 1(Suppl 1):S4.

(3) Garton MJ, Gordon PM, Rennie JA. Pseudosepsis in rheumatoid arthritis due to cellular and lipid abnormalities in synovial fluid. Br J Rheumatol. 1992 Sep;31(9):625–6.

(4) Page F, Chadwick S, Banerjee B. Pseudoseptic arthritis resulting in joint destruction. BMJ Case Rep. 2015 May 6;2015.

(5) McColgan BP, Borschke FA. Pseudoseptic arthritis after accidental intra-articular deposition of the pneumococcal polyvalent vaccine: a case report. Am J Emerg Med. 200 Sep;25(7):864.e1-3.

(6) Call RS, Ward JR, Samuelson CO. “Pseudoseptic” arthritis in patients with rheumatoid arthritis. West J Med. 1985 Oct;143(4):471–3.



SS-005 Aksiyel Spondiloartrit Tanılı Hastada Etanercept Tedavisi Sonrası Gelişen Spondilodiskit Olgusu

Dr. Büşra Dalbastı Yazıcı

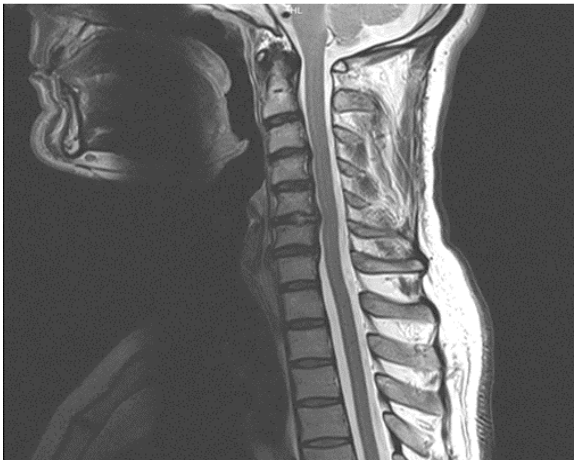
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Trabzon

Giriş

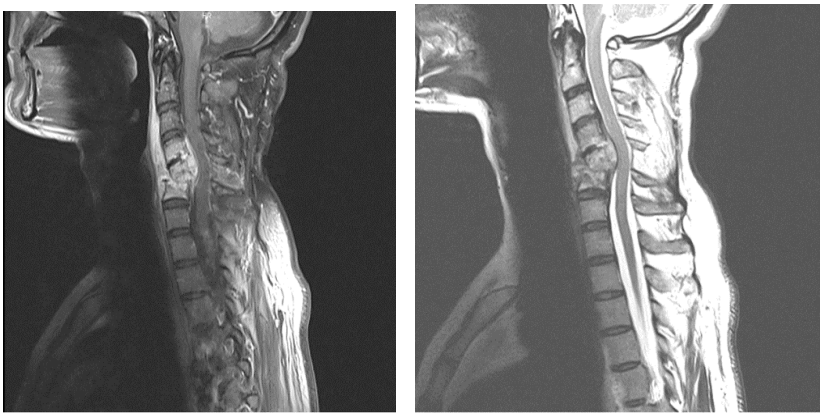
- Spondilodiskit, önce vertebral uç plakları etkileyen ve ardından bitişik omurlar arası disklere yayılan bir omurga enfeksiyonudur.
- Genellikle hematojen yayılımın bir sonucudur
- İmmun supresif tedavi alan hastalar ve ileri yaşlılar risk altında
- Aksiyel spondiloartrit tanısı ile takip ettiğimiz biyolojik ajan kullanımı olan hastamızda gelişen bir spondilodiskit olgusunu sunarak klinisyen farkındalığını arttırmayı amaçladık

Olgu

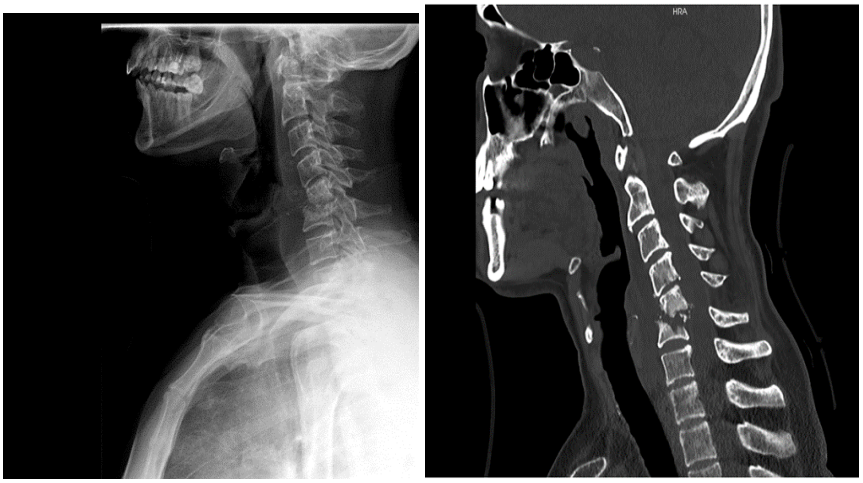
- 1 yıldır Aks-SpA tanılı 9 aydır etanercept tedavisi alan 42 yaşında erkek hasta
- 2 aydır olan ve 2 haftadır şiddetlenen boyun ağrısı
- Ağrısı her iki kola yayılmakta, parmaklarda uyuşma, karıncalanma ve güçsüzlük eşlik etmekte
- Hastanın 1,5 ay önce , boyun ağrısı şikayeti olan klinik basvurusu mevcut
- Mr görüntüsünde C3-4, C5-6 disk protrüzyonu görülmüş medikal tedavisi düzenlenmiş
- Ancak hastanın şikayetlerinde azalma olmamıştır



- Tetkik: AFR yüksekliği
- FM: boyun hareketlerinde kısıtlılık, bilateral el bilek fleksiyon, dirsek fleksiyon, parmak ekstansiyonda 2/5 kuvvet kaybı
- Hastanın kliniğinde progresyon ve nörolojik defisit olması sebebi ile servikal Mr çekildi



Mr görüntüsünde C4-5-6 düzeyinde spondilodiskit ve C5 vertebra korpusunda belirgin yükseklik kaybı saptanan hasta beyin cerrahi servisine interne edildi



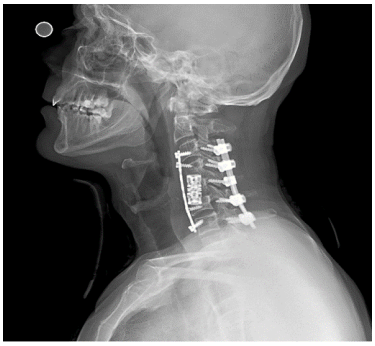
Direkt grafi ve Bt ile tanı desteklendi

Girişimsel radyoloji tarafından örnekleme yapıldı

Pseudomonas Aeroginosa üremesi olan hasta uygun antibiyotik tedavisi aldı ve beyin cerrahi tarafından opere edildi

Tedavi sonrası kliniğinde iyileşme olan hasta taburcu edildi

Post-op grafi



Tartışma

- Spondilodiskit, potansiyel olarak yaşamı tehdit eden sistemik bir hastalık Hızlı ve sıklıkla cerrahi tedavi
- Sırt ağrısı ana semptomdur
- Ancak spesifik olmayan karakter
- Ateşin sıklıkla olmaması nedeniyle tanı genellikle gecikir
- Bu vaka, nörolojik semptomlarla birlikte boyun ağrısının ayırıcı tanısının özellikle aksiyel spondiloartrit hastalarında zor olabileceğini ve
- Uzun süreli immünsupresif tedavi gören hastalarda sürekli dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktadır
- Pseudomonas aerugınosa ilişkili spondilodiskitin büyük olasılıkla etanersept tedavisinden kaynaklanan altta yatan immünosupresyondan kaynaklandığına inanıyoruz
- Bildiğimiz kadarıyla bu olgu, Aks-Spa tanılı hastada pseudomonas aeruginosa ilişkili spondilodiskit ile etanercept tedavisinin ilişkilendirildiği ilk rapordur

Sonuç

- Biyolojik ajan tedavisi alan hastalarda mevcut tedaviye yanıtsızlık,
- Klinikte progresyon ve
- Nörolojik defisit varlığında enfeksiyoz spondilodiskit mutlaka düşünülmelidir
- Arttırılmış farkındalık, erken tanı, patojenlerin hızlı bir şekilde tanımlanması ve hedeflenen antimikrobiyal tedavi, potansiyel ağrıyı, deformiteyi ve nörolojik güçsüzlüğü azaltabilir

Kaynaklar

1) Jung N, Vossen S. Septische Arthritis und Spondylodiszitis : Selten, aber gefürchtet [Septic arthritis and spondylodiscitis : Rare but feared diseases]. Z Rheumatol. 2016 Nov;75(9):861-868. German. doi: 10.1007/s00393-016-0200-5. PMID: 27628246.

2) Cottle L, Riordan T. Infectious spondylodiscitis. J Infect. 2008 Jun;56(6):401-12. doi: 10.1016/j.jinf.2008.02.005. Epub 2008 Apr 28. PMID: 18442854.

3) Senabre-Gallego JM, Santos-Ramírez C, Santos-Soler G, Salas-Heredia E, Sánchez-Barrioluengo M, Barber X, Rosas J; AIRE-MB group. Long-term safety and efficacy of etanercept in the treatment of ankylosing spondylitis. Patient Prefer Adherence. 2013 Sep 23;7:961-72. doi: 10.2147/PPA.S33109. PMID: 24101863; PMCID: PMC3790868.



SS-006 Sleeve Gastrektomi Sonrası Gelişen Gut Ve Düşük Ayak

Fatma Zehra Kumcu, Erhan Çapkın

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

Morbid obezite, günümüzde önemli bir sağlık sorunu olup mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır. Bu nedenle bariatrik cerrahi, özellikle de sleeve gastrektomi, en sık tercih edilen ve etkinliği yüksek yöntemlerden biridir. Cerrahi sonrası en sık görülen komplikasyonlar beslenme yetersizlikleri ve vitamin-mineral (özellikle B1 [tiamin], B12, folat ve D vitamini) eksiklikleridir. Daha nadir görülen nörolojik komplikasyonlar ise hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir.

Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures. *Endocr Pract*. 2019;25(12):1346–1359.

Schweiger C, Weiss R, Keidar A. Nutritional Deficiencies in Bariatric Surgery Candidates. Obes Surg. 2010;20:193–197.

Bu komplikasyonlardan biri de düşük ayak olup genellikle peroneal sinir felcine bağlı gelişir. Hızlı kilo kaybı sonucu bacak çevresindeki yağ dokusunun azalması siniri basıya daha yatkın hale getirirken, özellikle B1 vitamini eksikliği nöropati riskini artırmaktadır. Öte yandan, bariatrik cerrahi sonrası hızlı kilo kaybı ve değişen metabolik süreçler ürik asit metabolizmasını da etkileyebilir; bu durum bazı olgularda gut artriti gelişimine yol açabilmektedir.

AL-Hashel J.Y., Ismail I.I. – How to Manage Sleeve Complications: Neuropathy. In: Sleeve Gastrectomy Complications Management, Springer; 2021.

Sarıtosun D. et al. – Foot Drop Following Bariatric Surgery: A Case Report. Turkiye Klinikleri J PM&R Sci. 2025.

Albayrak İ. et al. Foot Drop Following Bariatric Surgery: A Case Report. Turkiye Klinikleri J PM&R Sci. 2025.

OLGU SUNUMU

- 25 yaşında kadın hasta
- ŞİKAYETLER: Sağ dizde şişlik ve ağrı
- ÖZGEÇMİŞ: 3 ay önce sleve gastrektomi opere,30 kilogram kayıp mevcut.

Romatolojik sorgu:-

- FİZİK MUAYENE:

Sağ diz EHA ağrılı,kısıtlı

Isı artışı ve hassasiyet mevcut

Ballotman +

- LABORATUVAR:

Ürik asit: 8.7 mg/dl RF- Anti-CCP:-

CRP: 40 mg/L Sedimentasyon: 53 mm/s



Elektrolitler: Normal

- Sağ diz MRG: Normal
- Sağ diz ekleminden sıvı aspirasyonu yapıldı. Sitolojik incelemede kristal saptanmadı ancak dejeneratif sinovyal epitel hücreleri, inflamatuar hücreler ve köpüksü histiyositler izlendi.
- Klinik ve laboratuvar bulgular eşliğinde gut artriti ön tanısı ile tedavi başlandı.
- TEDAVİ: Allopurinol 150 mg/gün, Kolşisin 0.5 mg 2x1 ve prednizolon 5 mg/gün.
- Tedavinin dördüncü gününde hasta sağ ayakta ani gelişen dorsifleksiyon kaybı (kas gücü 0/5) ile başvurdu ve elektromiyografi (EMG) istendi. Hastanın diz artriti şikayetinde ve laboratuvar değerlerinde düzelme mevcuttu. (ürik asit: 7.4 mg/dl, CRP:2.6 mg/L, sedimentasyon: 27 mm/saat).
- Elektromiyografi (EMG) incelemesinde ise akut-subakut dönemde peroneal sinirde fokal hasarı destekleyen bulgular izlendi.
- 1 ay sonraki kontrolde laboratuvar değerlerinde belirgin düzelme (ürik asit: 5 mg/dl, CRP: 0.4 mg/L, sedimentasyon: 10 mm/saat) izlendi.
- Hastaya fizik tedavi programı düzenlendi.
- Nöroloji bölümüne konsülte edilen hastaya metilprednizolon, B vitamini kompleksi, D vitamini ve Magnezyum tedavisi başlandı ve tedavi süreci takip edilmektedir.
- Bariatrik cerrahi sonrasında hızlı kilo kaybı ve ani metabolik değişiklikler, hem romatolojik hem de nörolojik komplikasyonlara zemin hazırlayabilir.
- Sleeve gastrektomi sonrası gut artriti, artan hücre yıkımı ve hızlı kilo kaybına bağlı hiperürisemi nedeniyle gelişebilmektedir.
- Literatürde gut atağının bariatrik cerrahiden sonraki ilk aylarda ortaya çıkabileceği ve bu dönemde dikkatli metabolik takip yapılması gerektiği bildirilmektedir.

Mechanick JI, Apovian C, Brethauer S, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutrition, Metabolic, and Nonsurgical Support of Patients Undergoing Bariatric Procedures. *Endocr Pract*. 2019;25(12):1346–1359.

Schweiger C, Weiss R, Keidar A. Nutritional Deficiencies in Bariatric Surgery Candidates. Obes Surg. 2010;20:193–197.

- Peroneal sinir hasarı ve buna bağlı düşük ayak ise bariatrik cerrahinin nadir görülen nörolojik komplikasyonlarındandır.
- Bunun nedenleri arasında hızlı kilo kaybı ile birlikte yağ dokusunun azalmasına bağlı sinirin dış basıya daha duyarlı hale gelmesi ayrıca B1 (tiamin) başta olmak üzere vitamin ve mineral eksiklikleri de sinir hasarı gelişiminde rol oynamaktadır.

Sarıtosun D. et al. – Foot Drop Following Bariatric Surgery: A Case Report. Turkiye Klinikleri J PM&R Sci. 2025.

Albayrak İ. et al. Foot Drop Following Bariatric Surgery: A Case Report. Turkiye Klinikleri J PM&R Sci. 2025.

Stoll A. et al. – Peripheral Neuropathies after Bariatric Surgery: A Current Review. Int J Neurol Neurotherapy

SONUÇ

Bizim olgumuzda hem gut artriti hem de peroneal sinir hasarı kısa süre içerisinde peş peşe gelişmiş olup, her iki tablonun da sleeve gastrektomi sonrası hızlı kilo kaybı ve metabolik değişikliklerle ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Bu olgu, bariatrik cerrahi sonrası multidisipliner izlemin, romatolojik ve nörolojik komplikasyonların erken tanı ve tedavisinde kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır.



SS-007 Kas Tutulumu ile Seyreden Sjögren Sendromu ve Polimiyozit Overlap Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Arş.Gör.Dr.İlker Çalık

Giriş

Sjögren sendromu ve polimiyozit birlikteliğiyle seyreden overlap sendromları, nadir görülmelerine rağmen kas tutulumu gibi belirgin klinik bulgularla karşımıza çıkabilir.
Tanı ve tedavi sürecinde ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin yanı sıra, gerektiğinde ileri laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ile romatolojik ve nöromüsküler değerlendirmeler birlikte yapılmalıdır.
Kas tutulumu ile seyreden birden fazla romatolojik hastalığın çakıştığı bir olguyu sunmak istiyoruz.

Olgu Sunumu
• 55 yaşında kadın hasta.
• Sol bacakta güçsüzlük ve yutma güçlüğü şikayetleriyle FTR kliniğimize başvurdu.
• Anamnezinde geçmiş öyküsünde perikardit nedeniyle kolşisin kullandığı öğrenildi.
• Fizik muayenesinde alt ekstremite kas kuvveti 4/5 olarak değerlendirildi.
• Laboratuvar sonuçlarında karaciğer fonksiyon testleri, kreatin kinaz ve kreatinin değerlerinin yüksek olduğu görüldü.
• Romatolojik tetkiklerde ANA benekli patern pozitif, ENA panelinde Anti-Ro-52 (+++), Anti-SSA (++++) ve Anti-Histon (++) pozitif olarak saptandı.
• EMG bulgularında sağ trapezius, deltoid, rectus femoris ve iliopsoas kaslarında miyopatik tutulum izlendi.
• USG'de submandibuler bezde evre 2 dejenerasyon mevcuttu. Bu bulgular Sjögren sendromu ve polimiyozit ile uyumlu olarak değerlendirildi.
• Tedaviye ilk 3 gün boyunca 40 mg IM, ardından 1 hafta süreyle sabah 2 kez 16 mg oral steroid tedavisi ile başlandı.
• Sonrasında hidroksiklorokin, Deltacortril ve metotreksat içeren immünsüpresif tedavi uygulandı.
• Böbrek fonksiyon değerlerindeki bozulma nedeniyle metotreksat, leflunamid ile değiştirildi.
• Tedavide klinik yanıt olarak hastanın bacaklarındaki kas güçsüzlüğü ve yutma şikayetlerinde belirgin azalma gözlendi. Takiplerinde karaciğer fonksiyon testleri ve kreatin kinaz değerlerinin normale döndüğü görüldü.
• Hastaya uygun csDMARD tedavisi ile düzenli kontrol önerildi.

Tartışma
Sonuç olarak kas tutulumu ile seyreden Sjögren ve polimiyozit birlikteliğiyle seyreden overlap sendromları, karmaşık bir tabloya sahip olmakla beraber erken dönemde fark edilip multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
Geç tanı, kalıcı kas-iskelet sistemi ve iç organ tutulumunun ilerlemesine yol açabilir. Klinik bulgular genellikle sinsi başlayabilir ve başlangıçta başka hastalıklarla karışabilecek nitelikte olabilir.
Bu durum, tanı sürecini geciktirebildiği gibi tedaviye yanıtı da olumsuz etkileyebilir.
Bu nedenle klinisyenlerin, özellikle atipik semptomlarla başvuran hastalarda overlap sendromlarını ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurması büyük önem taşımaktadır.
Ayrıca hastaların düzenli izlenmesi, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve olası ilaç yan etkilerinin erkenden saptanması, tedavi başarısını doğrudan etkilemektedir.



SS-008 Torakal Schwannoma: Kronik Boyun Ve Kol Ağrısının Nadir Nedeni

Muhammed Galip Kumcu[1], Gamze Kılıç[2]
[1] Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
[2] Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

- Spinal schwannomalar, Schwann hücrelerinden köken alan benign sinir kılıfı tümörleridir ve tüm intradural ekstramedüller tümörlerin yaklaşık %25–30'unu oluşturur.
- Geniş serili bir meta-analizde (n=2.542) spinal schwannomaların en sık servikal bölgede (%34,2), ardından torakal (%26,2) ve lomber (%18,5) bölgelerde yerleştiği belirtilmiştir.
- Klinik belirtiler genellikle yavaş ilerler ve tümörün lokalizasyonuna bağlı olarak değişir.
- Torakal schwannomalar; sırt ağrısı, radiküler ağrı, parestezi ve motor güçsüzlük gibi semptomlarla ortaya çıkabilir ve nonspesifik yakınmalar tanıda gecikmeye neden olabilir.

Alvarez-Crespo DJ, Conlon M, Kazim SF, et al. Clinical Characteristics and Surgical Outcomes of 2542 Patients with Spinal Schwannomas: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World Neurosurg*. 2024;182:165-183.

OLGU SUNUMU

- 43 yaş kadın hasta
- Şikayetler:

2-3 yıldır devam eden boyun ağrısı

Sağ kola yayılan ağrı

Sağ omuz ağrısı

Her 2 elde uyuşma

- Özgeçmiş:

Bilateral karpal tünel sendromu tanısı mevcut

- Fizik muayene:

Nörolojik muayene doğal, sağ omuz hareketleri açık ve ağrı mevcut

- Torakal manyetik rezonans görüntülemede (MRG), T1–T2 düzeyinde sağ nöral foramen dolduran, ekstramedüller yerleşimli kitle lezyonu izlendi ve görüntüleme bulguları schwannoma ile uyumlu olarak değerlendirildi.
- Hasta nöroşirürji bölümüne konsülte edilerek cerrahi eksizyon uygulandı.
- Patoloji sonucu schwannoma ile uyumlu raporlandı.



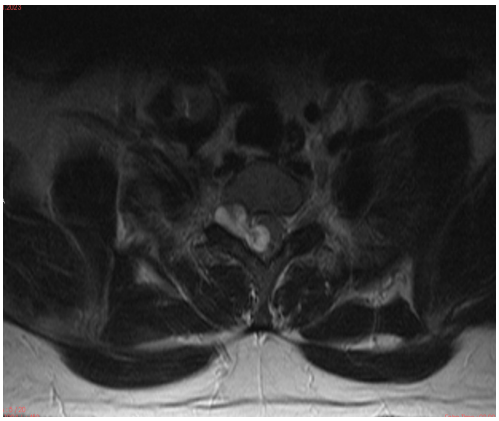
T1 sagital kontrastlı



T2 sagital kontrastsız



T2 aksiyal kontrastsız



T1 aksiyal kontrastsız



TARTIŞMA

- Torakal schwannomalar, genellikle benign seyirli tümörler olup, spinal sistemdeki sinir köklerine bası yaparak çeşitli nörolojik semptomlara yol açabilir.
- Bu semptomlar, genellikle ağrı, uyuşma ve güçsüzlük şeklinde kendini gösterir.
- Torakal bölgede yerleşim gösteren schwannomalar, servikal disk hernisi, spondiloz veya servikal spinal stenoz gibi durumlarla benzer semptomlara neden olabilir.
- Literatürde, schwannomaların sıklıkla başka nörolojik veya ortopedik hastalıklarla karıştırıldığı ve bunun tanının gecikmesine neden olabileceği belirtilmektedir.



Ando K, Imagama S, Ito Z, et al. Differentiating spinal schwannomas from other spinal tumors: a review of imaging features. Asian Spine J. 2016;10(5):989-997.

- MRG'de lezyonun ekstramedüller kitle şeklinde izlenmesi schwannom için tipik bir bulgudur. Görüntüleme ile meningiom, nörofibrom ve metastatik lezyonlardan ayırıcı tanı yapılması gerekir.
- Bu olgu, özellikle torakal bölgede yerleşen schwannomaların, servikal kökenli hastalıklarla karışabileceğini ve bunun tanıda gecikmeye yol açabileceğini vurgulamaktadır.
- Tedavide cerrahi rezeksiyon, semptomların düzelmesi ve nüks riskinin azaltılması açısından önemlidir. Bizim olgumuzda da hasta beyin cerrahisi tarafından opere edilmiş ve cerrahi sonrası takip planlanmıştır.

Ando K, Imagama S, Ito Z, et al. Differentiating spinal schwannomas from other spinal tumors: a review of imaging features. Asian Spine J. 2016;10(5):989-997.

Ahn DK, Park HS, Choi DJ, Kim KS, Yang SJ. The surgical treatment for spinal schwannoma: review of 49 cases. J Korean Neurosurg Soc. 2010;48(3):209-214.

SONUÇ

- Spinal schwannomlar, yavaş büyüyen, genellikle benign tümörler olmakla birlikte klinik olarak ciddi morbiditeye yol açabilirler.
- Uzun süreli boyun ve kol ağrısı, parestezi veya radiküler şikayetleri olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.
- Erken tanı ve cerrahi tedavi ile çoğu hastada başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

DOĞU KARADENİZ ROMATOLOJİ GÜNLERİ
19-21 EYLÜL 2025
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Osman Turan Kongre Merkezi, TRABZON

SS-009 Behçet Hastalığında Nadir Bir Vasküler Komplikasyon: Vena Cava Superior Sendromu ve Caput Medusae

Dr. Sezer İsmailoğlu[1], Dr. Gamze Kılıç[2]

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Trabzon[1]

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara[2]

GİRİŞ

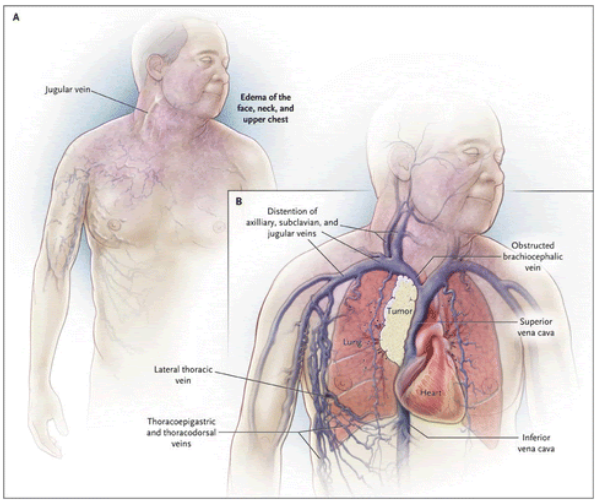
→ Behçet hastalığı; kronik, tekrarlayıcı, multisistemik, inflamatuvar bir vaskülit olup, özellikle venöz ve arteriyel damarları tutabilmesiyle dikkat çeker.[1]

→ Büyük damar tutulumu, hastalığın morbidite ve mortalitesini artıran en önemli komplikasyonlardan biridir.[2]

→ Vena cava süperior (VCS) trombozu, Behçet hastalığında nadir (~ %2) fakat ciddi bir tutulum şeklidir ve klinik olarak yüz, boyun ve üst ekstremitelerde ödem, dolgunluk ve genişlemiş venöz yapılarla kendini gösterebilir.[3]

→ VCSS eşlik eden *caput medusae* görünümü ise, artmış venöz basınç sonucunda gelişen kollateral dolaşımın deri yüzeyinde belirgin hale gelmesiyle oluşur.[4]

→ VCSS ve *caput medusae* birlikteliği, Behçet hastalığının vasküler komplikasyonlarının nadir fakat çarpıcı bir örneğini oluşturur.





OLGU

→ 10 yıldır Behçet tanılı 47 y erkek hasta

→ 6 yıl önce Vena Cava Superior Sendromu (VCSS) ve trombüs saptanması üzerine immunsupresif tedavi kullanmış

→ Hasta uzun süre takip ve tedavi edilmemiş,

→ Kolsişin, Azatioprin

→ Oral aft +

→ İnguinal herni opere (2011), Geçirilmiş DVT (2015) , VCSS

→ Sigara 8 paket/yıl

→ Rivaroksaban 20 mg

→ Aile öyküsü yok

→ Koagülopati testleri normal

→ CRP : 15 , SEDİM: 30



→ Hastanın fizik muayenesinde boyun ve üst ekstremite venlerinde dilatasyon, venöz kolateraller ve caput medusae görünümü saptandı.

→ Behçet, VCSS tanılı ve caput medusae görünümü mevcut olan hastaya immünsupresif tedavi ve komplikasyon taraması açısından ileri tetkik ve tedavi planlandı.



TARTIŞMA

→ Behçet hastalığında büyük damar tutulumu nadir görülmekle birlikte, hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilmektedir.[2]

→ Vena cava süperior trombozu, kollateral venöz dolaşımın belirginleşmesi ile birlikte *caput medusae* görünümüne neden olabilir ve bu bulgu, altta yatan ciddi bir vasküler patolojinin ipucu olabilir.[4]

→ Klinik pratikte, Behçet hastalarında yüz, boyun ve gövdede genişlemiş yüzeyel venler ve *caput medusae* fark edildiğinde, VCS sendromu mutlaka akla getirilmelidir.[1]

→ Erken tanı ve uygun tedavi, mortalite ve morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir.[5]

SONUÇ

Günümüzde modern tedavi yaklaşımlarına rağmen bu durumun hâlâ görülebilmesi, hastalığın agresif seyrini ve yaşamı tehdit eden komplikasyon potansiyelini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu nedenle bu vasküler tutulumun tanınması ve erken müdahale edilmesi büyük önem taşımaktadır.

- ***KAYNAKLAR***

1. Calamia KT, Schirmer M, Melikoglu M. Major vessel involvement in Behçet disease. *Curr Opin Rheumatol.* 2005;17(1):1-8.

2. Seyahi E. Behçet's disease: How to diagnose and treat vascular involvement. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(2):279-295.

3. Lakhanpal S, Tani K, Lie JT, et al. Pathologic features of Behçet□s syndrome: a review of Japanese autopsy registry data. *Hum Pathol.* 1985;16(8):790-795.

4. Akpolat T, Koç Y, Bostan EE, et al. Superior vena cava thrombosis in Behçet's disease: case report and review of the literature. *Clin Rheumatol.* 1996;15(6):614-617.

5. Hatemi G, Christensen R, Bang D, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(6):808-818.

SS-010 Biyolojik Tedavi Altındaki Juvenil İdiopatik Artritli Hastada Psödoseptik Artrit

Dr.Feyza Nur Akın Birincioğlu, Prof.Dr.Murat Karkucak, Doç.Dr.Gamze Kılıç

GİRİŞ

- Psödoseptik artrit, septik artriti klinik ve laboratuvar olarak taklit eden ancak sinovyal sıvı kültürlerinde üreme olmayan nadir bir akut inflamatuar artrit formudur.
- Özellikle immünsüpresif tedavi altındaki hastalarda ayırıcı tanı güçlükleri yaratır. Bu olguda, biyolojik tedavi altında psödoseptik artrit gelişen juvenil idiopatik artritli bir hasta sunulmaktadır.

VAKA

- 39 Y E , 24 yıldır JIA ile takipli
- Bilateral total kalça protezi mevcut.
- Tofacitinib 1x5 mg ve prednisolon 1x5 mg kullanmakta (5 yıldır)
- Önceki Biyolojik İlaçlar:

-Adalimumab, Etanercept, İnfiliximab, Rituksimab -Tosilizumab

- 2 gündür olan sağ dizde ve sağ el bileğinde daha baskın olmak üzere yaygın eklem ağrısı, baş ağrısı, ateş, halsizlik şikayetiyle acil servise başvurdu.

- Vital: Ta: 130/80 Nabız: 110 Ateş: 38,5
- Fm: Sağ dizde ballotman +, ısı artışı kızarıklık yok , el sıkma -/-
- Diğer sistemik muayene doğal
- Usg: Sağ suprapatellar bursada efüzyon +

Biyokimya

Numune Türü : Serum

Tetkiki İsteyen : Çağlasu TÜRKYILMAZ
Tetkik İstem Zamanı : 26/04/2025 12:42
Numune Kabul Zamanı : 26/04/2025 12:50
Birimi : Acil Poliklinik
Numune Alma Zamanı: 26/04/2025 12:44
Uzman Onay Zamanı : 26.04.2025 13:21

Tetkik Adı		Sonuç	Birim	Referans Aralığı/Karar Sınırı	Önceki Sonuçları	
Glukoz	H	134	mg/dL	70 - 100	90 (07.01.25)	107 (29.08.24)
* Total Protein		82.1	g/L	66 - 83	68.7 (01.07.24)	70.6 (03.02.23)
* Albumin		45.4	g/L	35 - 52	41.9 (01.07.24)	47.3 (24.11.23)
Kan Üre Azotu (BUN)		9	mg/dL	6 - 20	12 (07.01.25)	12 (29.08.24)
Kreatinin		0.74	mg/dL	0.67 - 1.17	0.72 (07.01.25)	0.69 (29.08.24)
eGFR		118 Normal veya Yüksek mL/dk/1.73m2			119 (07.01.25)	121 (29.08.24)
Beyan edilen bilgiler doğrultusunda CKD-EPI formülüne göre hesaplanmıştır.				>=90 (mL/dk/1.73m2) Normal veya Yüksek 60 - 89 (mL/dk/1.73m2) Hafif azalmış 45 - 59 (mL/dk/1.73m2) Hafif-orta derecede azalmış 30 - 44 (mL/dk/1.73m2) Orta-ileri derecede azalmış 15 - 29 (mL/dk/1.73m2) İleri derecede azalmış <15 (mL/dk/1.73m2) Böbrek yetmezliği		
Ürik Asit		5.9	mg/dL	2.6 - 7.2	5.7 (01.07.24)	6.3 (24.11.23)
ALT		35	U/L	0 - 45	77 (07.01.25)	39 (29.08.24)
AST		19	U/L	0 - 50	41 (07.01.25)	25 (29.08.24)
GGT	H	69	U/L	0 - 55	57 (29.08.24)	45 (01.07.24)
Alkalen Fosfataz		68	U/L	30 - 120	67 (29.08.24)	59 (01.07.24)
Total Bilirubin		0.66	mg/dL	0.3 - 1.2	0.36 (03.02.23)	
Amilaz	L	19	U/L	28 - 100	30 (01.07.24)	
LDH		146	U/L	< 248	172 (29.08.24)	162 (01.07.24)
İnorganik Fosfat	L	2.17	mg/dL	2.5 - 4.5	2.97 (29.08.24)	3.32 (01.07.24)
Total Kalsiyum		10.4	mg/dL	8.8 - 10.6	10.2 (07.01.25)	9.7 (29.08.24)
Sodyum	L	134	mmol/L	136 - 146	137 (07.01.25)	135 (29.08.24)
Potasyum		4.3	mmol/L	3.5 - 5.1	4 (07.01.25)	3.9 (29.08.24)
Klor		99	mmol/L	96 - 110	102 (29.08.24)	101 (01.07.24)
Magnezyum		2.2	mg/dL	1.7 - 2.55	1.85 (07.01.25)	2.09 (29.08.24)
* CRP	H	331.4	mg/L	< 5	9.4 (07.01.25)	14.2 (29.08.24)

Tetkik Adı		Sonuç	Birim	Referans Aralığı/Karar Sınırı	Önceki Sonuçları	
Sedim 1.Saat	H	93	mm/saat	0 - 20	28 (07.01.25)	27 (29.08.24)



Kan Sayımı

Numune Türü : Tam Kan

Tetkiki İsteyen : Çağlasu TÜRKYILMAZ | Tetkik İstem Zamanı : 26/04/2025 12:42 | Numune Kabul Zaman : 26/04/2025 12:50

Birimi : Acil Poliklinik | Numune Alma Zamanı: 26/04/2025 12:44 | Uzman Onay Zamanı : 26.04.2025 12:52

Tetkik Adı		Sonuç	Birim	Referans Aralığı/Karar Sınırı	Önceki Sonuçları	
Lökosit	H	**20.56**	x10^3/µL	**3.71 - 10.19**	9.12 (07.01.25)	11.23 (29.08.24)
Eritrosit		4.62	x10^6/µL	4.23 - 5.61	4.43 (07.01.25)	4.35 (29.08.24)
Hemoglobin		13.9	g/dL	12.89 - 16.73	13.9 (07.01.25)	13.5 (29.08.24)
Hematokrit		40.7	%	38.38 - 49.25	40 (07.01.25)	40.4 (29.08.24)
MCV		88.1	fL	81.25 - 96.91	90.3 (07.01.25)	92.9 (29.08.24)
MCH		30.1	pg	26.85 - 33.09	31.4 (07.01.25)	31 (29.08.24)
MCHC		34.2	g/dL	32 - 36	34.8 (07.01.25)	33.4 (29.08.24)
RDW		12.5	%	12.20 - 16	12.5 (07.01.25)	12.8 (29.08.24)
Trombosit		305	x10^3/µL	130 - 400	332 (07.01.25)	367 (29.08.24)
MPV		9.1	fL	6.62 - 10.64	9.6 (07.01.25)	9.7 (29.08.24)
Lenfosit %	L	**4.9**	%	**18.95 - 47.96**	28.6 (07.01.25)	19.9 (29.08.24)
Monosit %		5.3	%	4.95 - 11.19	8.2 (07.01.25)	5.1 (29.08.24)
Nötrofil %	H	**89.6**	%	**39.62 - 71.94**	59.5 (07.01.25)	72.2 (29.08.24)
Eozinofil %	L	**0**	%	**0.4 - 7.6**	3 (07.01.25)	2 (29.08.24)
Bazofil %		0.2	%	0.2 - 1	0.7 (07.01.25)	0.8 (29.08.24)
Bazofil #		0.04	x10^3/µL	0 - 0.1	0.06 (07.01.25)	0.09 (29.08.24)
Eozinofil #		0	x10^3/µL	0 - 0.7	0.27 (07.01.25)	0.22 (29.08.24)
Lenfosit #	L	**1**	x10^3/µL	**1.2 - 3.6**	2.61 (07.01.25)	2.24 (29.08.24)
Monosit #	H	**1.08**	x10^3/µL	**0.3 - 0.9**	0.75 (07.01.25)	0.57 (29.08.24)
Nötrofil #	H	**18.44**	x10^3/µL	**1.91 - 7.08**	5.43 (07.01.25)	8.11 (29.08.24)
Platelekrit		0.28	%	0.13 - 0.3	0.32 (07.01.25)	0.36 (29.08.24)
PDW	L	**9.1**	fL	**9.5 - 15.2**	10.5 (07.01.25)	10.4 (29.08.24)

Tetkik Adı	Sonuç	Birim	Referans Aralığı/Karar Sınırı	Önceki Sonuçları
Procalcitonin	0.09	µg/L	< 0.5	



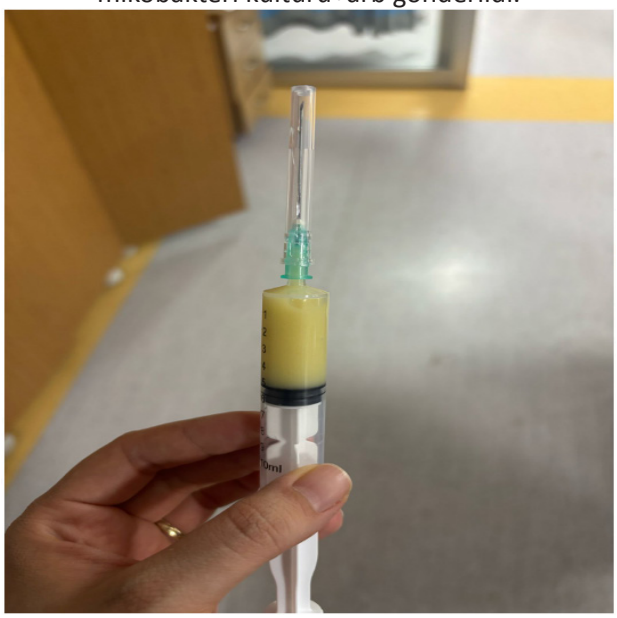




ÖN TANI

- JIA hastalık aktivasyonu?
- Septik artrit?
- Postviral reaktif artrit?
- Diğer sistemik fırsatçı enfeksiyonlar

- Sağ suprapatellar bursadan aspirasyon yapıldı, cbc,thoma, gram boyama, aerob-anaerob kültür ve mikobakteri kültürü+arb gönderildi.



- Mayi çok yoğun vasıflı olduğundan hücre sayımı çalışılamadı, thomada silme lökosit görüldü.
- Biyolojik tedavi almakta olan ateş, afr yüksekliği mevcut olan ve sağ diz aspirasyonunda pürülan vasıfta geleni olan hastada septik artrit ekarte edilemedi.

-Tofacitinib ve prednisolone stoplandı

- Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek septik artrit ekarte edilemeyeceğinden ;

-Vankomisin 2x1 gram ve Seftriakson 2x1 gram başlandı.



- 24 saat sonra alınan kontrol kanlarında CRP:285'e, wbc: 17.560'a gerileyen ve kontrastlı sağ diz MR'da septik artrit lehine bulgu saptanmayan hastada enfeksiyon hastalıkları tarafından antibiyoterapi stoplandı.
- Ön planda hastalık aktivasyonu düşünülerek kültür sonuçlarının takibi önerildi.

- Servis yatışının 2. gününde ateşleri devam eden, bulantı kusma şikayetleri eklenen ve KCFT artışı görülen hasta enfeksiyon hastalıkları ile yeniden konsülte edildi, seftriakson 2x1 gram devamı önerildi.

Tetkik Adı		Sonuç	Birim	Referans Aralığı/Karar Sınırı
Ferritin	H	423.1	µg/L	23.9 - 336.2
Procalcitonin		0.12	µg/L	< 0.5
ALT	H	131	U/L	0 - 45
AST	H	76	U/L	0 - 50
GGT	H	134	U/L	0 - 55
* CRP	H	140.5	mg/L	< 5

Tetkik Adı		Sonuç	Birim	Referans Aralığı/Karar Sınırı	Önceki Sonuçları	
aPTT		22.18	sn	22 - 35	21.13 (28.04.25)	24.57 (26.04.25)
* FIB	H	>8.6	g/L	1.8 - 3.5	8.33 (28.04.25)	
INR		0.94		0.85 - 1.15	0.94 (28.04.25)	0.91 (26.04.25)
PT		10.59	sn	10 - 15	10.57 (28.04.25)	10.28 (26.04.25)
* D-Dimer	H	663.13	µg/L	0 - 550	624.22 (28.04.25)	

- Ateşleri devam eden hastadan infektif endokardit açısından eko görüldü, kapaklarda kitle vejetasyon saptanmadı.
- Toraks BT de enfektif durum saptanmadı.
- Kcft artışı olan hastaya gastroenteroloji önerisiyle MRCP çekildi, anlamlı patoloji saptanmadı.
- Takiplerinin 3. Gününde ateş, halsizlik ve diz ağrısı şikayetleri geriledi. CRP: 93,1 mg/L olarak ölçüldü. Kan, idrar kültürlerinde ve diz eklem sıvısı kültürlerinde üreme saptanmaması üzerine psödoseptik artrit düşünülerek 20 mg intravenöz prednisolone başlandı. Takiplerinin 7. Gününde crp: 6,7 mg/L'ye gerileyen, lökositozu olmayan, klinik şikayetleri düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

05/05/2025	20949112	* CRP	6.7
04/05/2025	20947770	* CRP	8.9
03/05/2025	20942261	* CRP	12.2
02/05/2025	20940533	* CRP	16.3
30/04/2025	20932705	* CRP	59.1
29/04/2025	20927606	* CRP	93.1
28/04/2025	20926537	* CRP	108.2
28/04/2025	20922574	* CRP	140.5
27/04/2025	20921744	* CRP	285
26/04/2025	20920688	* CRP	331.4

SONUÇ

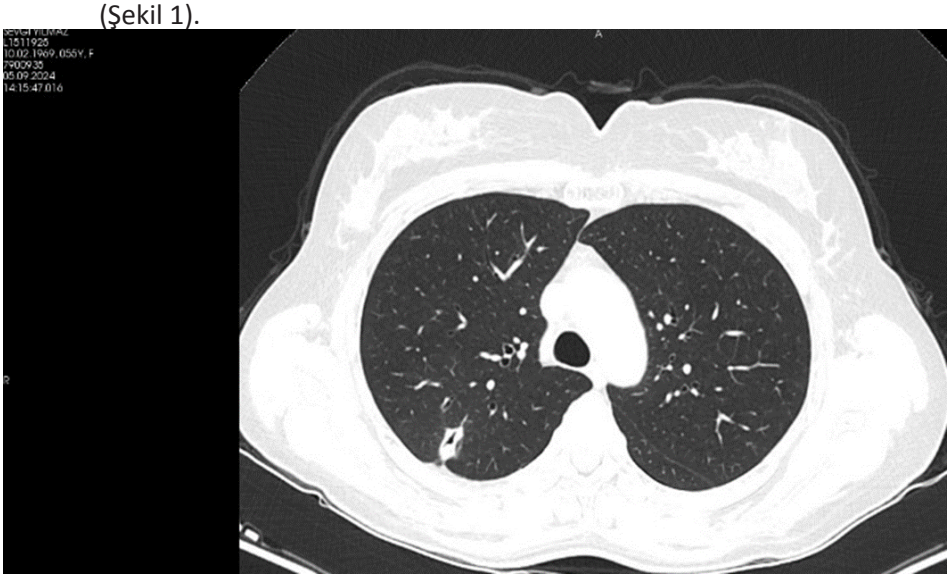
- Psödoseptik artrit septik artriti taklit edebilen ancak sinovial sıvı kültürlerinin negatif olduğu akut inflamatuar bir artrittir.
- Bır dışlama tanısı olup öncelikle septik artritin ekarte edilmesi gerekmektedir.
- Biyolojik tedavi altındaki hastalarda ayırıcı tanı daha da zorlaşmaktadır.
- Bu amaçla sinovyal sıvı analizleri ve kültürler mutlaka yapılmalı, kültür sonuçları çıkana kadar antibiyotik başlanması uygun olmakla birlikte negatif sonuçlarda tedavi sonlandırılmalıdır.
- Hastalığın iyi tanınması gereksiz antibiyotik kullanımı, cerrahi girişim ve uzamış hastane yatışlarının önüne geçilmesi açısından önemlidir.

SS-011 ROMATOİD ARTRİT ve GRANÜLOMATÖZ POLİANJİTİS BİRLİKTELİĞİ

Dr. Burcu Suntur
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Trabzon

OLGU

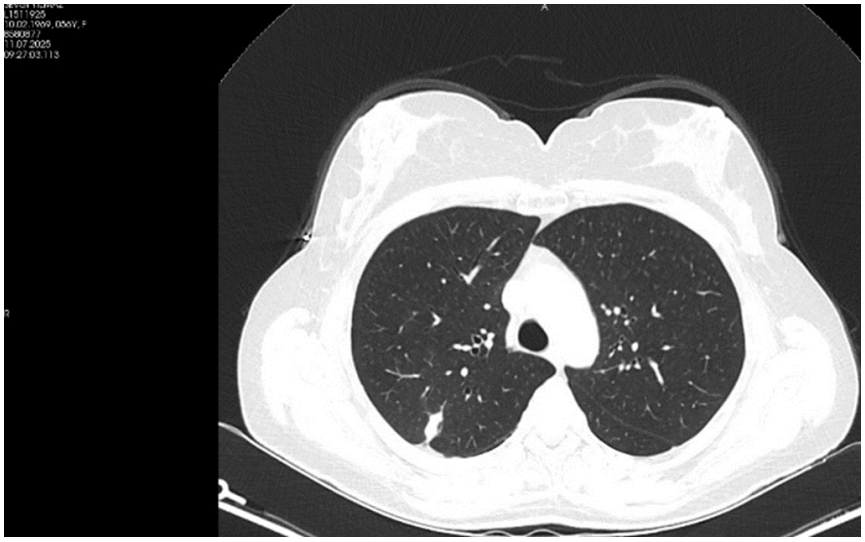
- Seropozitif Romatoid Artrit ile takipli 56 yaşında kadın hasta,
- 2016' dan itibaren MTX, steroid ve hidroksiklorokin ile takip edildi.
- 2018 yılından itibaren boğazda takılma, ses kısıklığı, sinüzit atakları gelişti.
- 2021 yılında biyolojik ajan (Baricitinib) başlanmasına rağmen nazal semptomlar sürdü.
- Göğüs hastalıklarına yapılan konsültasyonda insidental PAAC' de akciğer sağ üst zonda kaviter lezyon izlendi.
- Toraks BT sol AC alt lobda solid nodül, parankimde benign kalsifik nodüller, sağ AC kaviter lezyon raporlandı (Şekil 1).



- Alt solunum yoluna ait herhangi bir şikayeti yoktu.
- GPA açısından şüphelenilerek tetkik ettiğimiz, eyer burun deformitesi gelişen hastamızda c-ANCA(+++) pozitif bulundu.
- Biyopsi sonucu GPA ile uyumlu raporlandı.

Otoantikor	
ANCA(c-ANCA, p-ANCA)	cANCA (++++) pozitif
p-ANCA (Anti-MPO)	NEGATİF
c-ANCA (PR3 ANCA)	(++++) POZİTİF

- Belirgin AFR yüksekliği, proteinüri bulunmayan hastamıza Rituksimab tedavisi başlandı.
- Rituksimab tedavisinden fayda gören, şikayetleri gerileyen hastanın yapılan kontrol HRCT'de nodül boyutlarında belirgin küçülme, kavitasyonda kaybolma raporlandı (Şekil 2)



➢ Şekil 2

Tartışma

- ✓ Granülomatozis polianjiitis (GPA), eski adıyla Wegener granülomatozu (WG), nekrotizan granülomatöz inflamasyon ve vaskülit ile seyreden sistemik küçük damar hastalığıdır.
- ✓ Başlıca klinik özellikler üst ve/veya alt solunum yollarını ve böbrekleri içerir. Tekrarlayan sinüzit ve kabuklu rinore ile kulak, burun ve boğaz belirtileri genellikle şiddetlidir. Akciğer nodülleri sıklıkla görülür, bazen eksize edilir(1).

- ✓ Böbrek tutulumu hızla ilerleyen nekrotizan glomerülonefrit ile karakterizedir.
- ✓ Üst solunum yolu GPA vakalarının %70-100'ünde tutulduğu için, klasik otorinolaringolojik semptomlar hastalığın ilk klinik belirtisi olabilir.
- ✓ Nazal boşluk ve paranazal sinüsler baş ve boyun bölgesinde en sık tutulan bölgelerdir (%85- 100), otolojik hastalık ise vakaların yaklaşık %35'inde bulunur(2).

Sonuç

RA hastalarında ANCA pozitifliği ve dirençli KBB bulguları varlığında GPA mutlaka düşünülmelidir(3). Erken tanı ve immünsupresif tedavi organ hasarını önler ve yaşam kalitesini artırır.

- *KAYNAKLAR*

- *1.Comarmond C, Cacoub P. Granulomatosis with polyangiitis (Wegener): clinical aspects and treatment. Autoimmun Rev. 2014;13(11):1121-1125. doi:10.1016/j.autrev.2014.08.017*
- *2.Greco A, Marinelli C, Fusconi M, et al. Clinic manifestations in granulomatosis with polyangiitis. Int J Immunopathol Pharmacol. 2016;29(2):151-159. doi:10.1177/0394632015617063*
- *3.Hassan AS, Edigin E, Patel AR, Manadan A. The Co-existence of Rheumatoid Arthritis and Granulomatosis With Polyangiitis: Two Cases and Review of the Literature. Cureus. 2021;13(8):e17103. Published 2021 Aug 11. doi:10.7759/cureus.17103*



SS-012 Engelli Sağlık Kuruluna Başvuran Romatolojik Hastalığı Olan Hastalarda Engellilik Dağılımı: Kesitsel Bir İnceleme

Asistan Dr Alperen Aydoğdu, Dr Öğretim Üyesi Hanife Baykal Şahin

GİRİŞ VE AMAÇ

- Romatolojik hastalıklar, kronik inflamasyon ve eklem tutulumları ile seyreden, yaşam kalitesini ve işlevselliği belirgin şekilde azaltabilen hastalıklardır.
- Osteoartrit, romatoid artrit, ankilozan spondilit ve sistemik bağ dokusu hastalıkları, ağrı ve hareket kısıtlılığı yanında çeşitli organ sistemlerinde komplikasyonlara yol açarak özürlülük sürecine katkıda bulunur.
- Bu çalışmada engelli sağlık kuruluna başvuran romatolojik tanılı hastaların demografik özellikleri, özür oranları ve branşlara göre dağılımı incelenmiştir.

YÖNTEM

- 2023–2025 yılları arasında engelli sağlık kuruluna başvuran erişkin romatoloji hastaları retrospektif olarak değerlendirildi.
- Hastalar tanıya göre 5 gruba ayrıldı: osteoartrit (OA), fibromiyalji sendromu (FMS), romatoid artrit (RA), ankilozan spondilit (AS) ve diğer sistemik hastalıklar (SLE, sistemik skleroz, Behçet hastalığı, polimyozit, sarkoidoz, Takayasu arteriti, Sjögren sendromu).
- Yaş, cinsiyet, hastalık süresi, eklem tutulumları (kalça, diz, omurga), bağımlılık düzeyi, toplam özür oranı ve branş bazlı özür oranları (göz, KBB, kardiyoloji, endokrinoloji, göğüs hastalıkları, nöroloji, nefroloji) kaydedildi.
- Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ile, kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile özetlendi. Gruplar arasındaki farklar parametrik ve non-parametrik testlerle karşılaştırıldı.

BULGULAR

- Çalışmaya toplam 123 hasta dahil edildi. En sık tanı osteoartrit idi, bunu ankilozan spondilit ve romatoid artrit izledi. Osteoartritli hastaların yaş ortalaması (72.4±12.9 yıl) diğer gruplardan anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.001$). Kas-iskelet sistemi özür oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.185$). Kadın/erkek dağılımı açısından fark bulunmadı ($p=0.214$). Osteoartrit ve RA'da eklem ve diz tutulumları baskın iken, AS'de omurga tutulumu %100 idi (tüm karşılaştırmalar $p<0.01$). Fibromiyalji grubunda eklem tutulumları gözlenmedi. OA grubunda hastaların %66'sı kısmi veya tam bağımlıydı; AS ve FMS gruplarında bağımlılık oranı çok düşüktü ($p=0.003$). OA grubunda kardiyoloji (25.2%) ve nöroloji (10.7%) engellilikleri öne çıkarken, sistemik hastalıklar grubunda nörolojik engellilik daha belirgindi (23.7%). RA ve FMS gruplarında branş engellilikleri minimaldi.



Tablo-1: Demografik özellikler

Grup	n	Yaş Ort. ± SS	Kadın cinsiyet, n(%)	Özür Oranı Ort. ± SS
Osteoartrit	79	72.4 ± 12.9	55 (69.6%)	37.3 ± 21.9
Fibromiyalji	3	44.0 ± 8.2	3 (100%)	6.7 ± 5.8
Romatoid artrit	7	42.0 ± 12.9	4 (57.1%)	43.9 ± 32.5
Ankilozan spondilit	17	47.4 ± 9.5	8 (47.1%)	31.4 ± 18.7
Diğer (SLE, Sistemik Skleroz, Polimyozit, Sjögren, Sarkoidoz, Takayasu, Behçet)	17	47.9 ± 10.7	13 (76.5%)	35.9 ± 32.0
Tek yönlü ANOVA		p < 0.001	p = 0.214	p = 0.185

Tablo-2: Eklem tutulumları

Grup	Eklem Tutulumu	Kalça Tutulumu	Diz Tutulum	Omurga Tutulumu
Osteoartrit	79 (100%)	46 (58.2%)	57 (72.2%)	35 (44.3%)
Fibromiyalji	0	0	0	0
Romatoid artrit	7 (100%	4 (57.1%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)
Ankilozan spondilit	9 (52.9%)	8 (47.1%)	2 (11.8%)	17 (100%)
Diğer (SLE, Sistemik Skleroz, Polimyozit, Sjögren, Sarkoidoz, Takayasu, Behçet)	7 (41.2%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)
	p < 0.001	p = 0.004	p < 0.001	p < 0.001



Tablo-3: Bağımlılık düzeyleri

Grup	Bağımsız n (%)	Kısmi bağımlı n (%)	Tam bağımlı n (%)
Osteoartrit	27 (34.2%)	36 (45.6%)	16 (20.3%)
Fibromiyalji	3 (100%)	0	0
Romatoid artrit	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)
Ankilozan spondilit	14 (87.5%)	2 (12.5%)	0
Diğer (SLE, Sistemik Skleroz, Polimyozit, Sjögren, Sarkoidoz, Takayasu, Behçet)	12 (70.6%)	4 (23.5%)	1 (5.9%)
Ki-kare testi: $\chi^2 = 23.35$, $p = 0.003$			

Tablo-4: Sistemlere göre özürlülük dağılımı

Grup	Göz	KBB	Kardiyoloji	Endokrinoloji	Göğüs Hastalıkları	Nöroloji	Nefroloji
Osteoartrit	8.5 ± 20.3	4.0 ± 11.0	25.2 ± 24.2	5.9 ± 15.0	7.6 ± 21.0	10.7 ± 26.4	3.5 ± 25.4
Fibromiyalji	0	6.7 ± 11.5	3.3 ± 5.8	10.0 ± 0.0	0	0	0
Romatoid artrit	0	0	7.1 ± 18.9	2.9 ± 7.6	0	0	0
Ankilozan spondilit	3.7 ± 15.3	1.6 ± 4.9	12.4 ± 15.4	0.6 ± 2.4	8.6 ± 23.7	0	6.5 ± 18.3
Diğer (SLE, Sistemik Skleroz, Polimyozit, Sjögren, Sarkoidoz, Takayasu, Behçet)	0.2 ± 1.0	0.2 ± 1.0	15.2 ± 23.2	5.3 ± 14.8	0	23.7 ± 35.3	5.0 ± 16.2

SONUÇ

- Romatolojik hastalıklarda engellilik düzeyi, yaş, eklem tutulum paternleri ve sistemik katkılara göre değişkenlik göstermektedir
- Osteoartrit hastaları ileri yaş ve daha ileri bağımlılık düzeyiyle
- Ankilozan spondilit hastaları omurga engelliliğiyle
- Sistemik bağ dokusu hastaları ise nörolojik engellilikle öne çıkmaktadır.
- Bu bulgular, romatolojik hastalıkların yönetiminde multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır

SS-013 Fibromiyaljili Kadınlarda Vücut Kompozisyonu ve Faz Açısının Klinik Bulgular ile İlişkisi: Bir Biyoelektrik Empedans Analizi Çalışması

Pınar Özge Başaran: Dr. Öğr Üyesi, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Çorum, Türkiye pinarozge@yahoo.com tel:05354793397

Giriş: Bu çalışmada, fibromiyalji sendromlu (FMS) kadın hastalarda, biyoelektrik empedans analizi (BEA) ile ölçülen vücut kompozisyonu ve hücresel sağlık ile kas fonksiyonunu yansıtan değerli bir parametre olan faz açısı ile kas kütlesi, ağrı şiddeti ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, 2016 Amerikan Romatoloji Koleji (ACR) sınıflama kriterlerine göre FMS tanısı konulan 26 kadın hasta ve yaş açısından eşleştirilmiş 26 sağlıklı kadın kontrol grubu dahil edildi. Vücut kompozisyonu BEA ile değerlendirildi ve BEA'dan elde edilen faz açısı (PhA) kaydedildi. Hastalık aktivitesi Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ) ile, ağrı düzeyi Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS) ile, el gücü Jamar dinamometresi ile, fiziksel performans ise beş kez otur-kalk testi (FTSST) ve 6 metre yürüme testi (6MWT) ile ölçüldü.

Bulgular: Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında yaş, kas kütlesi ve vücut kitle indeksi (VKİ) açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), FMS grubunda faz açısı, 6MWT, FTSTST ve her iki el kavrama gücü anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). FTSTST süresi ile faz açısı arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon (rho = -0,312, p = 0,027), VKİ ile FIQ ve faz açısı arasında ise zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptandı (rho = 0,347, p = 0,027; rho:0,329 p:0,020). Faz açısı üzerinde yaş ve VKİ anlamlı etkili bulundu; yaş arttıkça faz açısı ortalama 0,02 birim azaldı, VKİ arttıkça faz açısı ortalama 0,067 birim arttı.

Sonuç: FMS'li hastalarda kas kütlesi sağlıklı kontrollerle benzer olmasına rağmen faz açısı değerleri daha düşüktür. VKİ ile hastalık aktivitesi arasında ilişki saptanırken, ağrı ve fonksiyonellik arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Ancak faz açısı ile hastanın fonksiyonelliği arasında ilişki saptanmıştır. Bu nedenle FMS'li hastalarda kas kütlesi değerlendirilirken BIA ile faz açısı ölçümü yapılması ve VKİ ile faz açısı düşük olan hastalara kas kütlesini artırmaya yönelik müdahaleler planlanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, Biyoelektrik Empedans Analizi, Faz Açısı, Vucut Kompozisyonu, Ağrı



SS-014 Fibromiyalji Hastalarında Kas Kalınlığı, Kas Kuvveti ve Fiziksel Performansın Değerlendirilmesi ve Germe ve Güçlendirme Egzersizlerinin Etkinliğinin Belirlenmesi

Pınar Özge Başaran[1], Dilek Eker Büyükşireci[2]

[1] Dr. Öğr Üyesi, Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Çorum, Türkiye – pinarozge@yahoo.com tel:05354793397
[2] Doçent Dr., Medicana International Samsun Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Samsun, Türkiye – dilekeker55@gmail.com

Giriş: Bu çalışmada, fibromiyalji sendromu (FMS) olan hastalarda kas kalınlığının incelenmesi ve germe ile güçlendirme egzersiz tedavisinin, kas kalınlığı, kas kuvveti, fiziksel performans artışı ile ağrı azalmasına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya FMS tanısı almış 60 kadın hasta dahil edilmiş ve rastgele iki gruba ayrılmıştır. Egzersiz grubu, haftada 5 gün olmak üzere 12 hafta boyunca germe ve güçlendirme egzersizlerini içeren ev egzersiz programı ile açık havada yürüyüş yaparken; kontrol grubu yalnızca haftada 5 gün açık havada yürüyüş yapmıştır. Ultrasonografi (US) ile quadriceps femoris ön uyluk kas kalınlığı ölçülmüştür. Ağrı düzeyi sayısal derecelendirme ölçeği (NRS), hastalık aktivitesi Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ), kavrama kuvveti dinamometre, fiziksel performans ise beş kez otur-kalk testi (FTSST) ve 6 metre yürüme testi (6MWT) ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler başlangıçta ve 12 hafta sonunda yapılmıştır.

Bulgular: On iki hafta sonunda her iki grupta da NRS, FIQ, FTSST, sağ el kavrama kuvveti ile sağ ve sol ön uyluk kas kalınlığında anlamlı düzelme saptanmıştır ($p<0,05$). Egzersiz grubunda ayrıca 6MWT ve sol el kavrama kuvvetinde anlamlı artış görülmüştür ($p<0,001$, $p<0,001$). Gruplar arası karşılaştırmada, egzersiz grubunun 12. hafta sonunda NRS, FIQ, 6MWT, FTSST, sağ ve sol el kavrama kuvveti ile sağ ve sol ön uyluk kas kalınlığı ölçümlerinde anlamlı olarak daha iyi sonuçlara sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç: Germe ve güçlendirme egzersizleri, FMS hastalarında kas kalınlığı ve fiziksel fonksiyonları artırırken ağrı ve hastalık semptomlarını azaltmada etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Fibromiyalji, ultrasonografi, kas kalınlığı, germe egzersizleri, güçlendirme egzersizleri

POSTER BİLDİRİLER

PS-001 Omuz Ağrısı ile Presente Olan Mezenkimal Tümör: Olgu Sunumu

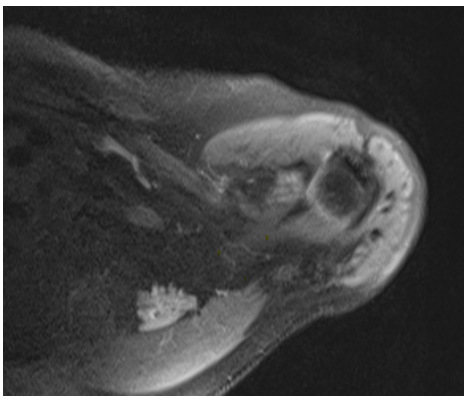
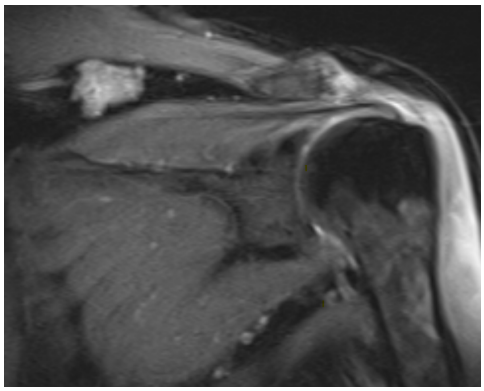
Gül Devrimsel, Ahmet Buğra Ulu, Münevver Serdaroğlu Beyazal
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

GİRİŞ

Omuz ağrısı, genellikle dejeneratif, inflamatuar ya da travmatik nedenlere bağlı olarak oluşmaktadır. Mezenkimal tümörler, bağ dokusu kökenli nadir lezyonlar olup kas, kemik, yağ ve sinir dokularından kaynaklanabilmektedir. Bu tümörler benign ya da malign olabilmekte ve bulundukları bölgede ağrıya, hareket kısıtlılığına ve palpable kitleye neden olabilmektedir. Manyetik rezonans görüntülemenin son yıllarda artan kullanımıyla daha kolay tanıalabilmektedirler. Bu olguda, uzun süredir devam eden sol omuz ağrısı yakınması ile başvuran ve mezenkimal tümör saptanan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU

69 yaşında kadın hasta, 6 aydır sol omuzda aktivite ile artan, istirahatte azalan ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın travma veya zorlama öyküsü yoktu. Soy geçmişinde ve sistem sorgulamasında herhangi bir özellik yoktu. Sistemik muayenesi normaldi. Kas iskelet sistemi muayenesinde; palpasyonda bisipital tendonda hassasiyet mevcuttu. Sol omuz eklemi fleksiyonu aktif 70 derece pasif 130 derece, abduksiyonu aktif 65 derece pasif 120 derece idi. Ekstansiyon, internal ve eksternal rotasyon eklem hareket açıklıkları normal değerlerde idi. Bilateral üst
ekstremitede deltoid, biceps, triceps, parmak fleksör, parmak abduktor, el bilek ekstansör kas güçleri 5/5 idi. Yüzeyel ve derin duyu muayenesinde hipoestezi ve dizestezi yoktu. Derin tendon refleksleri normoaktifti ve patolojik refleksi yoktu. Deltoid kasında atrofisi mevcuttu. Hawkins, Neer, Speed ve Yergason testleri pozitifti. Radyolojik incelemede manyetik rezonans görüntülemede; supraklaviküler fossada supraspinatus kası ile deltoid kas arasında yağ doku içinde T1A görüntülerde kas ile izointens T2A görüntülerde hiperintens ve yağ baskılı görüntülerde hiperintens
kitle lezyonu mezenkimal tümör ile uyumlu olarak tespit edildi (Şekil 1). Bu bulgularla hastaya mezenkimal tümör ön tanısı konularak ortopedi polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ

Mezenkimal tümörler erken evrede tanı konulmadığında ciddi fonksiyon kayıplarına neden olabilmektedir. Omuz ağrısının etyolojisinde genellikle mekanik nedenler bulunsa da, uzun süreli ve tedaviye yanıtsız durumlarda tümöral nedenler de düşünülmelidir.

KAYNAKÇA

Kaya, S., & Günay, A. (2018). Omuz Ağrısında Ayırıcı Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 64(3), 230-240.
Özkan, K., & Yalçın, A. (2021). Mezenkimal Tümörler ve Kas- İskelet sistemi. Journal of Turkish Orthopedics, 14(1), 45-52.

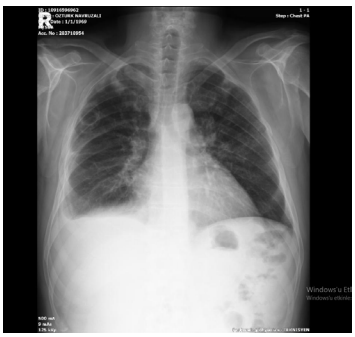
PS-002 Romatoid Artritte Kaviteli Pulmoner Lezyonlar ve İleri Evre Kalp Yetmezliği: Bir Olgu Sunumu

Dr.Ahmet Hakan Gürdal[1], Dr.Beyzanur Dal[1] , Doç.Dr. Nuran Öz[2] , Doç.Dr.Halise Hande Gezer[2] , Prof.Dr.Mehmet Tuncay Duruöz[2]
[1] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı,
Romatoloji Bilim Dalı İstanbul

Giriş:
Romatoid artrit (RA), belirgin eklem dışı tutulumları olan kronik otoimmün bir hastalıktır. Pulmoner romatoid nodüller (pnömokonyoz ile ilişkili olduğunda Caplan sendromu) ve romatoid kalp tutulumları (miyokardit veya sekonder AA amiloidozuna bağlı kardiyomiyopati ve kalp yetmezliği) nadir ancak ciddi komplikasyonlardır. RA hastasında kaviteli akciğer lezyonları ile ileri evre kalp yetmezliğinin eşzamanlı olarak görülmesi son derece nadirdir ve tanısal ve tedavi edici açıdan zorluklar oluşturmaktadır.
Olgu:
Seropozitif RA tanısı 3 yıl önce konmuş, leflunomid tedavisi alan 56 yaşındaki erkek hasta, kötüleşen poliartrit ve bilinen non-iskemik dilate kardiyomiyopati (ejeksiyon fraksiyonu ~%30) öyküsü ile başvurdu. Hastanın 40 paket-yıl sigara öyküsü ve inşaat işçiliğine bağlı silika maruziyeti vardı. Görüntülemede, hava-sıvı seviyeleri içeren, 5.5 cm'ye kadar ulaşan bilateral kaviteli pulmoner nodüller ve sağda büyük plevral efüzyon saptandı. Enfeksiyon (tüberküloz ve mantar dahil) ve malignite açısından yapılan geniş kapsamlı incelemeler negatifti. RA öyküsü ve silika maruziyeti dikkate alınarak, akciğer lezyonları Caplan sendromu ile uyumlu romatoid nodüllere bağlandı. Aynı dönemde, optimal tedaviye rağmen hastanın kalp yetmezliği hızla ilerledi (EF ~%15–20), bu da romatoid kalp tutulumu (olasılıkla miyokardit veya AA amiloidoz) şüphesini artırdı. Nodüllerin sekonder enfeksiyonu düşünülerek geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı ve inflamatuvar belirteçlerde düzelme izlendi. TNF-α inhibitörleri ileri kalp yetmezliği nedeniyle tercih edilmezken, RA tedavisi hidroksiklorokin ve sülfasalazin eklenerek kombine hastalık modifiye edici ilaçlarla yoğunlaştırıldı.
Sonuç:
Bu olgu, Caplan sendromu ile ileri RA ilişkili kardiyomiyopatinin nadir birlikteliğini vurgulamaktadır. RA'da kaviteli akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında (enfeksiyon, malignite, vaskülit vs. romatoid nodüller) geniş yaklaşım ve kalp tutulumuna karşı dikkatli olunması gerekmektedir. Hem romatolojik hastalık kontrolüne hem de organ spesifik desteğe yönelik multidisipliner yönetim, sonuçların iyileştirilmesi için kritik öneme sahiptir.
Anahtar Kelimeler:
Romatoid artrit, Caplan sendromu, Kaviteli akciğer nodülleri, Kalp yetmezliği, Romatoid miyokardit, Amiloidoz


Ocak 2025




Temmuz 2025



PS-003 8 Aylık Bebekte Fibromatozis Coli: Nadir Bir Servikal Kitle

Ekmel Gedikli, Murat KARKUCAK
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET:
Fibromatozis coli, genellikle yaşamın ilk haftalarında ortaya çıkan, doğumsal bir benign yumuşak doku lezyonudur. Genellikle sternokleidomastoid kasın tek taraflı fibrozisi ile karakterizedir ve çoğunlukla travmatik doğumla ilişkilidir. Klinik olarak servikal bölgede kitle ve tortikollis ile kendini gösterir. Erken tanı ve uygun tedavi ile genellikle gerileyen, iyi prognozlu bir durumdur. Bu posterde, tortikollisi olan 8 aylık kız bebekte fibromatozis coli olgusu sunuldu.

OLGU SUNUMU:
8 aylık kız bebek kliniğimize yaklaşık 2 haftadır devam eden başını sola eğme şikayeti ile başvurdu. Kliniğimize başvurmadan önce boyunda ele gelen kitle şikayeti olan ve dış merkezde çekilen ultrasonu sol üst servikalde 25x15 mm boyutunda lezyon saptanıp ilk etapta LAP olarak yorumlanmış, 10 gün sonra başını sola eğme tortikollis şikayeti olması üzerine tekrar ultrason çekilen hastada sol sternokleidomastoid kası orta kesiminde kalınlık artışı olması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Anamnezinde preterm (33 haftalık), sezaryen doğumla dünyaya geldiği ve doğumdan sonra 1 ay küvezde kaldığı öğrenildi. Aile, kitlede zamanla küçülme olduğunu ancak başın sola eğik durduğunu ifade etti. Boyun eklem hareketleri ağrısız ve açık olan hastada klinik ve radyolojik bulgularla fibromatozis coli tanısı konuldu. Spesifik merkeze yönlendirilen hastaya fizik tedavi programı düzenlendi, hasta takibe alındı. 6 ay sonra kontrol önerildi.

TARTIŞMA:
Fibromatozis coli, nadir görülmekle birlikte, yenidoğan döneminde servikal kitlelerin en sık nedenlerinden biridir. Genellikle doğum travması, kas içinde hematom oluşumu ve ardından fibrozis gelişimi ile ilişkilidir. Tanı genellikle fizik muayene ve ultrasonografi ile konulur. BT veya MR nadiren gerekebilir. Tedavide konservatif yaklaşım esastır; fizik tedavi çoğu olguda yeterli olur. Cerrahi tedavi yalnızca dirençli ve ciddi deformiteye yol açan olgularda gündeme gelir.

SONUÇ:
Sonuç olarak fibromatozis coli nadir görülen ve genellikle yenidoğan döneminde ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu olguda doğumsal olmayıp 8 aylık ortaya çıkması, fibromatozis colinin nadir de olsa ileriki aylarda da ortaya çıkabileceğini göstermesi açısından önemlidir. Fibromatozis coli genellikle iyi huylu, kendini sınırlayan bir hastalıktır. Erken tanı ve uygun fizyoterapi ile mükemmel sonuçlar alınabilir. Gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılması için farkındalığın artırılması önemlidir.

KAYNAKLAR:
1. Dubois J, et al. Fibromatosis colli: Sonographic findings. Pediatr Radiol. 2002.
2. Tanrivredi S, et al. A rare cause of neck mass in infants: Fibromatosis colli. Turk Arch Pediatr. 2013.
3. Wong KT, et al. Imaging of fibromatosis colli. Radiographics. 2002.



PS-004 Manubriosternal Eklem Tutulumlu Bir Psöriatik Artrit Olgusu

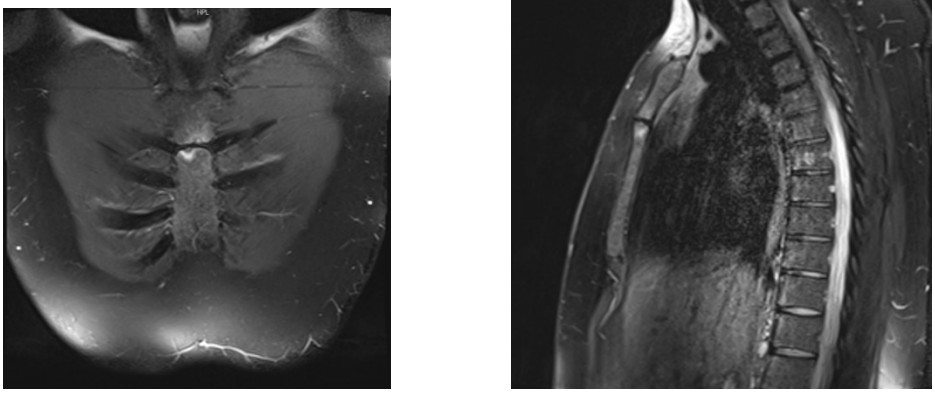
Adil Tuğsel, Erhan Çapkın
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

Özet
Psöriatik artrit (PsA) psöriazis ile ilişkili, genellikle seronegatif olan kas-iskelet sisteminin inflamatuvar bir hastalığıdır. Birçok farklı eklem ve doku bölgesinin tutulumu izlenebilir. Başta periferik eklemler, aksiyel ve periartiküler tutulumlar olmaktadır. Manubriosternal eklemde artrit nadir görülen bir durumdur. Burada manubriosternal eklemde artritin eşlik ettiği bir psöriatik artrit olgusu sunulmuştur.

Olgu
Psöriazis tanılı 32 yaşında erkek hasta inflamatuvar karakterde bel ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Kalçalarda ve kasıklarda gezici ağrı, sağ dizde ve göğüs ön duvarında da ağrı yakınması mevcuttu. Travma öyküsü yoktu. 1 saate yakın sabah tutukluğu tariflemekteydi. Bel ağrısı ve cilt lezyonları yaklaşık 10 yıl önce başlamıştı. Ayak tırnaklarının birkaçında onikoliz, saçlı deri, kulak içleri, sol dirsek ve genital bölgede döküntüleri vardı. Dirsek deri biyopsisi psöriazis vulgaris ile uyumlu gelmişti. Uygulanan topikal tedavilerden fayda görmemişti. Fizik muayenede solda sakroiliak kompresyon testi ve FABER testi pozitif saptandı. Manubriosternal eklem hizasında palpasyon ile hassasiyet vardı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP:7,7 mg/L, Hb: 17,4 g/dL, diğer tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal incelemeler normal sınırlardaydı. HLA B27 ve RF negatifti. Sakroiliak MRG bilateral sakroileit ile uyumlu, sternum MRG (Resim 1) manubriosternal eklemde artrit ve periartiküler subkondral kemik iliği ödemi şeklinde raporlandı. Hastaya psöriatik artrit tanısıyla Metotreksat 15 mg/hafta sc ve asemetazin 90 mg başlandı.

Tartışma
Psöriatik artrit (PsA), psöriyazisli hastalarda görülen seronegatif spondiloartrit grubunda kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Olgumuzda psöriyazis öyküsüne eşlik eden inflamatuvar bel ağrısı, sakroileit bulguları, periferik eklem tutulumları PsA tanısını desteklemiştir. Psöriatik artritte manubriosternal eklem tutulumu nadirdir, genellikle aksiyel tutulumun bir parçası olarak görülür. Lateral göğüs radyografisinde erozyon, skleroz gibi radyolojik değişiklikler, MRG'de sinovit ve kemik iliği ödemi gibi bulgular manubriosternal eklemde artrit lehinedir. Göğüs ön duvarı ağrısı ile gelen hastalarda diğer nedenlerin dışlanması önemlidir. Sternumda ağrı, psöriazis öyküsü ve aksiyel belirtileri olan hastalarda bu tutulum şekli akılda bulundurulmalıdır. Bu olgu, psöriatik artritin geniş spektrumda tutulum gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler:
Psöriazis, psöriatik artrit, manubriosternal eklem



Resim 1: Sternum MRG T2A koronal ve sagittal kesitler

Kaynaklar

Azuaga AB, Ramírez J, Cañete JD. Psoriatic Arthritis: Pathogenesis and Targeted Therapies. Int J Mol Sci. 2023 Mar 3;24(5):4901. doi: 10.3390/ijms24054901. PMID: 36902329; PMCID: PMC10003101.

Becker NJ, de Smet AA, Cathcart-Rake W, Stechschulte DJ. Psoriatic arthritis affecting the manubriosternal joint. Arthritis Rheum. 1986 Aug;29(8):1029-31. doi: 10.1002/art.1780290814. PMID: 3741514.

Sebes JI, Salazar JE. The manubriosternal joint in rheumatoid disease. AJR Am J Roentgenol. 1983 Jan;140(1):117-21. doi: 10.2214/ajr.140.1.117. PMID: 6600299.

Kishimoto M, Deshpande GA, Fukuoka K, Kawakami T, Ikegaya N, Kawashima S, Komagata Y, Kaname S. Clinical features of psoriatic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2021 Jun;35(2):101670. doi: 10.1016/j.berh.2021.101670. Epub 2021 Mar 17. PMID: 33744078.

Acosta Felquer ML, FitzGerald O. Peripheral joint involvement in psoriatic arthritis patients. Clin Exp Rheumatol. 2015 Sep-Oct;33(5 Suppl 93):S26-30. Epub 2015 Oct 15. PMID: 26471860.

PS-005 Boyun Ağrısı ile Prezente Olan Servikal Meningiom: Olgu Sunumu

Betül Beyza Toprak[1], Münevver Serdaroğlu Beyazal[1], Murat Yıldırım[1], Gül Devrimsel[1]
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Meningiomlar, erişkinlerde en sık karşılaşılan intrakraniyal tümörler arasında yer almakta olup, genellikle dura mater kaynaklıdır. Yerleştikleri bölgeye göre farklı klinik bulgulara yol açabilirler. Bu olguda, dirençli ve gece ağrısının eşlik ettiği boyun ağrısı yakınması ile başvuran hastada tespit edilen servikal yerleşimli intradural meningiom olgusunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta, son 3 aydır giderek artan, özellikle geceleri belirginleşen, istirahatle gerilemeyen ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin kısıtlayan boyun ağrısı yakınması ile başvurdu. Ağrı, oksipital bölgeden başlayarak sağ skapular alana ve sağ üst ekstremiteye yayılmaktaydı. Ayrıca sağ kolda zaman zaman ortaya çıkan güçsüzlük hissi mevcuttu. Hasta disfaji, idrar inkontinansı, denge kaybı, baş dönmesi gibi sistemik veya nörolojik şikayetler tariflemedi. Kas-iskelet sistemi muayenesinde servikal omurgada özellikle ekstansiyon ve sağ lateral fleksiyonda hafif kısıtlılık ve ağrı mevcuttu. Trapezius ve paravertebral kaslarda spazm ile birlikte palpasyonla hassasiyet saptandı. Kas gücü üst ve alt ekstremitelerde global tam olup, duyu muayenesi doğaldı. Yapılan tetkiklerde, 25-OH D vitamini düzeyi düşük (8.84 ng/mL) bulunmuş, diğer parametreler referans sınırlar içinde değerlendirildi. Hastanın servikal manyetik rezonans görüntülemesinde C1-C2 vertebra düzeyinde spinal kordun posteriorunda, intradural yerleşimli T1 sekanslarda hipointens, T2 ve STIR sekanslarda hiperintens özellikte kitle lezyonu saptandı (Figür 1). Menengiom ön tanısıyla beyin cerrahiye yönlendirilen hasta opere edildi ve patolojik inceleme sonucunda Grade I meningiom tanısı doğrulandı.



Figür 1. T1-ağırlıklı sagittal kesitte hipointens (a) , T2 ve STIR sekanslarda ise hiperintens (b, c) sinyal özelliği gösteren, foramen magnum düzeyinde yerleşimli ve medulla spinalisi komprese eden intradural ekstramedüller lezyon izlenmektedir.

Tartışma ve Sonuç: Meningiomlar genellikle intrakraniyal yerleşimli olmakla birlikte, nadiren spinal kanal boyunca da izlenebilir. Spinal meningiomların yaklaşık %2–5'i servikal bölgede yerleşir ve genellikle intradural ekstramedüller özellik taşır. Servikal meningiomlar, bulundukları anatomik bölge nedeniyle küçük hacimli olsalar dahi güçsüzlük, parestezi, yürüme bozukluğu ve dirençli boyun ağrısı gibi klinik belirtiler oluşturabilir. Bu olgu, kas-iskelet sistemi şikayetleri ile başvuran hastalarda, özellikle dirençli ve gece devam eden boyun ağrısı varlığında, spinal yerleşimli kitlelerin de ayırıcı tanıda değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Boyun ağrısı, menengiom, manyetik rezonans görüntüleme

PS-006 Kalça Ağrısı ile Prezente Olan Toksik Sinovit: Olgu Sunumu

Çağla Doğan[1], Münevver Serdaroğlu Beyazal[1], Gül Devrimsel[1], Murat Yıldırım[1]

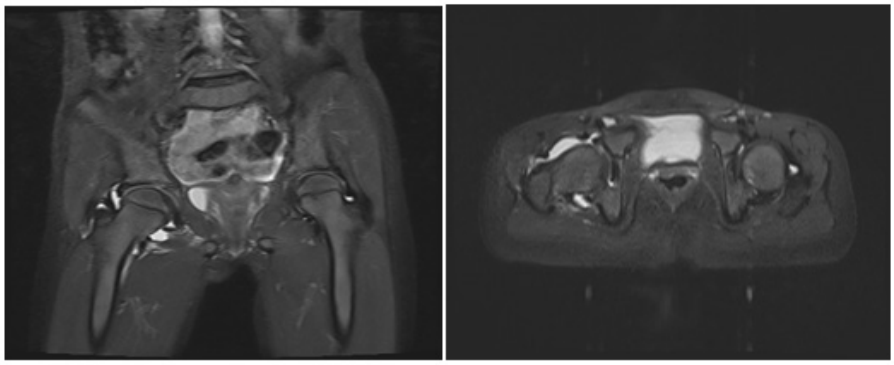
[1] Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Rize

Giriş: Toksik (geçici) sinovit, genellikle çocukları etkileyen, eklemlerde görülen, kendiliğinden düzelen inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda kalça ağrısı ve yürüme güçlüğü yakınması ile başvuran, ileri radyolojik ve laboratuvar incelemeler sonucu toksik sinovit tanısı konulan hastanın literatür eşliğinde sunulması amaçlandı.

Olgu: 6 yaşında kız çocuğu 2 gün önce başlayan, bacaklara yayılmayan, özellikle aktivite ile artan sağ kalça ağrısı ve topallama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde herhangi bir travma, enfeksiyon, ateş, kilo kaybı, terleme öyküsü yoktu. Fizik muayenede hasta bağımsız antaljik mobilize olup, sağ kalça eklem hareket açıklığı belirgin ağrılı ve kısıtlıydı. Nörolojik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde CRP:50.43 mg/L (0-5), sedimentasyon: 33 mm/h (N:0-20), WBC:17,04 10^3/uL (N: 4-12). Manyetik rezonans görüntülemesinde sağ kalça eklem aralığında T1 sekanslarda hipo, T2 sekanslarda hiperintens efüzyon ile uyumlu sinyal değişikliği tespit edildi (Figür 1). Hastaya güncel laboratuvar ve radyolojik tetkikleri doğrultusunda toksik (geçici) sinovit tanısı konuldu. Hastaya ibuprofen 30-50 mg/kg/gün, aktivite kısıtlaması önerildi. Hastanın tedavisinin 5. gün takip kontrolünde fizik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları tamamen normale döndü.

Tartışma ve sonuç: Geçici sinovit, özellikle pediatrik hasta popülasyonunda eklem sinovyumunu etkileyen akut, spesifik olmayan, inflamatuar bir süreçtir ve sıklıkla kalça ağrısı olarak kendini gösterir. 3 ila 10 yaş arasındaki çocuklarda görülen en sık kalça ağrısı nedenidir. Tanısı hasta öyküsü, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar testlerinin birlikte değerlendirilmesi ile konulur. Tedavisi esas olarak istirahat, nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ile semptomların giderilmesine yöneliktir. Genellikle kendi kendini sınırlayan benign bir durum olmakla birlikte, benzer yakınma ile prezente olan osteomyelit, septik artrit, juvenil idiopatik artrit, primer veya metastatik malignensi, Perthes Calve Leg, femur başı epifiz kayması gibi potansiyel olarak ciddi durumlardan ayırt edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Toksik (Geçici) Sinovit, topallama, kalça ağrısı, manyetik rezonans görüntüleme



Figür 1: Manyetik rezonans görüntülemede T2 sekanslarda koronal (a) ve aksiyel (b) kesitlerde hiperintens ödem ile uyumlu sinyal değişikliği

Kaynaklar:

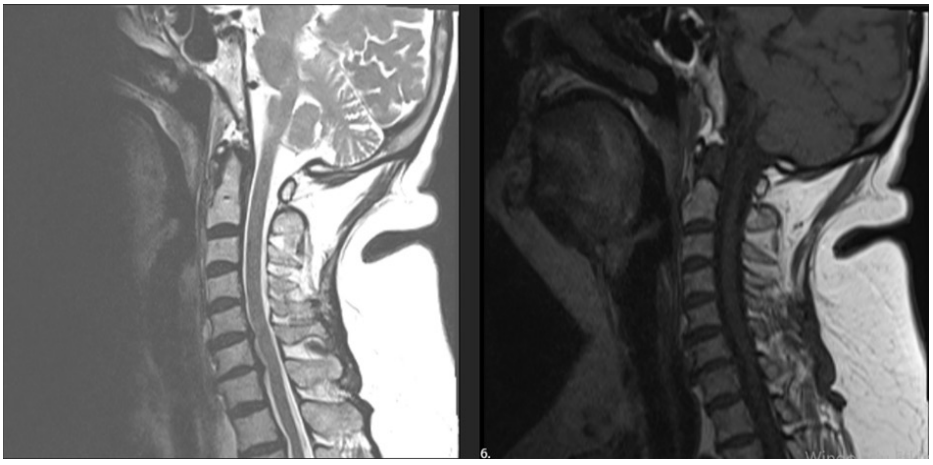
1. Ryan DD. Differentiating Transient Synovitis of the Hip from More Urgent Conditions. Pediatr Ann. 2016;1;45(6):e209-13.
2. Pargas-Colina CD. Transient/Toxic Synovitis. Orthop Clin North Am. 2024;55(4):471-477.
3. QingSong T, XinLing M, Xiang R, Kang Z, Jie H. Clinical indicators for distinguishing septic arthritis from paediatric transient synovitis of the hip: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2024;24(1):1432.

PS-007 Servikal Radikülopati Tanısı Olan Hastada Akut Gelişen Miyastenia Gravis: Olgu Sunumu

Gül DEVRİMSEL1, Münevver SERDAROĞLU BEYAZAL1, Fazlı Kerem DEMİR1, Ahmet TÜFEKÇİ2
1Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Rize
2Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Miyastenia gravis (MG), nöromusküler bileşkenin antikorlar tarafından hasarlandığı otoimmün bir hastalıktır. Belirgin semptomları, çoğunlukla nöromüsküler kavşağın postsinaptik astelikkolin reseptörüne karşı gelişen bir bağışıklık yanıtına bağlı olarak; oküler kaslar, ekstremite kasları ile solunum kaslarında akut güçsüzlük, yorgunluk semptomları ile kendini gösterir. Hastalık süresince MG hastalarının çoğunda en az bir semptom alevlenmesi meydana gelir. MG'nin klinik seyri yaş ve cinsiyetten etkilenir. Bu olguda kronik boyun ağrısı semptomu ile polikliniğe başvuran, kontrol muayenesinde akut disfaji bulgusu saptanan ve MG tanısı konulan hasta sunulmaktadır.

OLGU: 80 yaşındaki kadın hasta 1 yıldır devam eden ve son 1 aydır artan boyun ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın ağrısı servikal bölgede lokalize ve aktivite ile artmaktaydı. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve parkinson hastalığı mevcuttu. Hastanın kas ve iskelet sistem muayenesinde; servikal lordoz azalmıştı. Servikal paravertebral kaslar ve spinöz prosesler palpasyonla hassastı. Servikal vertebranın aktif ve pasif eklem hareket açıklıklarında rotasyon hareketleri kısıtlı ve ağrılıydı. Nörolojik muayenesinde; hipoestezi ve dizestezi yoktu. Bilateral biceps, triceps, el bilek ekstansörleri, parmak fleksör ve abduktör kas güçleri 5/5 idi. Derin tendon refleksleri normoaktifti ve patolojik refleksi yoktu. Kaslarda atrofisi yoktu. Kompresyon ve Spurling testleri pozitifti. Manyetik rezonans görüntülemesinde; C4-C5 düzeyinde posterior santral bulging, C5-C6 düzeyinde posterior santral disk protrüzyonu, C6-C7 düzeyinde sağ parasantral protrüzyon, T1-T2 düzeyinde posterior santral protrüzyon tespit edildi (Şekil 1). Hastaya servikal radikülopati tanısı ile medikal tedavi düzenlendi. Kontrol muayenesinde semptomlarında ve muayene bulgularında azalma olan hastanın 3 gün önce başlayan akut disfajisi mevcuttu. Akut disfaji nedeniyle nöroloji polikliniğine yönlendirilen hastaya MG tanısı konuldu.



Şekil 1: C4-C5 düzeyinde posterior santral bulging, C5-C6 düzeyinde posterior santral disk protrüzyonu, C6-C7 düzeyinde sağ parasantral protrüzyon, T1-T2 düzeyinde posterior santral protrüzyon ile uyumlu bulgular

SONUÇ: Bu olgu, sadece akut bulbar semptomun olması ve nadir görüldüğü için sunulmuştur. Sunulan olguda hasta muayenesinde ayrıntılı anamnezin önemi vurgulanmıştır.

PS-008 Romatoid Artritli Bir Hastada Gelişen Tarsal Tünel Sendromu

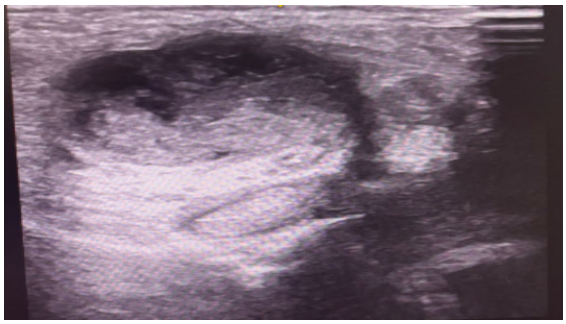
Feyza Nur AKIN BİRİNCİOĞLU, Erhan ÇAPKIN
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Trabzon

ÖZET
Romatoid artrit (RA) , sinoviyumun kronik inflamasyonu ile karakterize sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Kas iskelet sistemi bulgularının yanı sıra periferik nöropati de dahil olmak üzere pek çok eklem dışı komplikasyonla da ilişkilidir. Tarsal tünel sendromu (TTS) , n. tibialis posterior ve dallarının fleksör retinakulum altında basıya uğraması ile ortaya çıkan, ayak tabanında ağrı, uyuşma ve karıncalanmalara neden olan bir tuzak nöropatisidir. Bu olgu sunumunda RA tanılı bir hastada, tarsal tünel içerisinde yer kaplayan bir lezyonun n. tibialis posterior üzerine bası yaparak tarsal tünel sendromuna yol açtığı bir klinik tablo aktarılmaktadır.

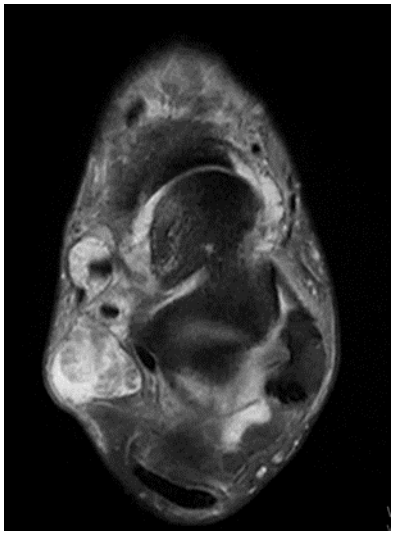
OLGU
54 yaşında erkek hasta 10 yıldır seropozitif RA ile takip edilmekte ve leflunomid, metotrexat, etanercept kullanmaktaydı. Hasta son 1 aydır sol ayak bileğinde ve ayak tabanında olan ağrı, uyuşma, karıncalanma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sol medial malleol altında ele gelen şişlik mevcuttu. (Şekil:1). Usg ile değerlendirildiğinde tibial sinir komşuluğunda hipoekoik, yer yer anekoik alanların görüldüğü, heterojen yapıda, doppler sinyali vermeyen 4x4 cm boyutlarında lezyon tespit edildi. (Şekil:2). Lezyonun aydınlatılması için hastadan MRG planlandı ve medial malleol komşuluğunda uzun aksı 4 cm ölçülen, yer yer heterojen hipointens komponentler içeren, belirgin kontrast tutulumu görülmeyen kitle tespit edildi. Hasta hem şikayetlerinin giderilmesi hem de histopatolojik inceleme amacıyla ortopedi ile konsülte edilerek cerrahi eksizyon planına alındı.



Şekil.1:Medial malleol altında kitle



Şekil.2:Usg'de tarsal tünelde yer kaplayan lezyon



Şekil.3: Tarsal tünelde lezyon MRG görüntüsü

TARTIŞMA

Tarsal tünel sendromu, nispeten nadir görülen bir tuzak nöropatisidir(1). Sıklıkla idiopatik olmakla birlikte bazen yer kaplayıcı lezyonlara sekonder de görülebilmektedir(2). RA'lı hastalarda da eklem dışı komplikasyonlardan biri olarak TTS giderek daha iyi tanınmaktadır ancak artrit benzeri bulgulara yol açmasından dolayı tanıda zorluklar yaşanmaktadır(3). Yer kaplayıcı lezyonların etyolojideki rolü göz önünde bulundurulmalı ve tanıda gecikmeye yol açabilecek semptom benzerlikleri açısından dikkatli olunmalıdır.

Kaynaklar:

1.Yalcin MB, Ozer UE. Tarsal Tunnel Syndrome Caused by an Occult Schwannoma of the Posterior Tibial Nerve: Avoidance of Delay in Diagnosis. J Am Podiatr Med Assoc. 2021 Feb 1;111(1):Article_15. doi: 10.7547/18-068. PMID: 33690805.

2.Sha I I. Tarsal Tunnel Syndrome - A Comprehensive Review. Iowa Orthop J. 2024;44(2):32-36. PMID: 39811161; PMCID: PMC11726481.

3.Elshony H, Aly MH, Mohammed A, Hassan AM, Alshehri AA, Hedak M, Almuhanna R, Al-Ghamdi A, Elsaadawy R. Asymptomatic tarsal tunnel syndrome in rheumatoid arthritis: An electrophysiological perspective with Insights into clinical and Laboratory correlates. Clin Neurophysiol Pract. 2025 Jul 23;10:316-323. doi: 10.1016/j.cnp.2025.07.003. PMID: 40756814; PMCID: PMC12314324.



PS-009 SPA Tanılı Hastada MTX İntoksikasyonu: Lökoverin ile Başarılı Yönetim

Dr. Göktuğ Yüksel[1], Dr. Şeyma Kevser Karakaş[1], Doç. Dr. Nuran Öz[2], Doç. Dr. Halise Hande Gezer[2], Prof. Dr. Mehmet Tuncay Duruöz[2]

[1] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

[2] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Sorumlu yazar: dr.goktug.yuksel@gmail.com

Giriş

Metotreksat, spondiloartrit ve romatoid artrit tedavisinde yaygın kullanılan bir DMARD'dır. Yanlış kullanım durumunda ciddi toksisite gelişebilir. Bu durum ilk kez 1990'da tanımlandı, güncel vakalarda ise erken tanı ve müdahalenin kritik olduğu vurgulandı (1,2). Biz de SPA tanılı bir hastada yanlış doz kullanımına bağlı MTX intoksikasyonu ve lökoverin ile başarılı yönetimi sunuyoruz.

Olgu Sunumu

32 yaşında erkek hasta, aksiyel spondiloartrit tanısı ile takipliydi. Rutin tedavisinde sulfasalazin 500 mg günde 2 kez ve metotreksat 2,5 mg haftada 1 gün, sabah 3 akşam 3 tablet (15 mg) alması gerekiyordu. Ancak hasta yanlışlıkla her gün 6 tablet aldı. İki hafta sonra halsizlik, iştahsızlık, bulantı, mukozal ülserler ve pansitopeni gelişti. Yatışında lökosit 1800/mm³, hemoglobin 9,2 g/dL, trombosit 75.000/mm³ olarak saptandı. Hastaya destek tedavisi ile birlikte lökoverin (folinik asit) 15 mg 6 saatte bir verildi. Takipte mukozal lezyonlar geriledi, hematolojik parametreler düzeldi ve hasta 10 gün içinde taburcu edildi. Laboratuvar izlemlerinde 11.07.2025'te ALT 358 U/L ve AST 270 U/L iken, tedavi sonrası 15.07.2025'te 127 ve 62 U/L'ye, 05.08.2025'te ise 72 ve 33 U/L'ye düştü.

Tartışma

Metotreksat toksisitesi nadir ama hayatı tehdit eden bir tablodur. İlk olgular ağır komplikasyonlarla seyretmişti (1). Güncel raporlar erken tanı ve destek tedavisi ile mortalitenin azaldığını göstermektedir (2). Bhargava ve ark. (2023), düşük doz toksisitede 15 mg/6 saatte verilen lökoverinin güvenli ve etkin olduğunu bildirdi (3). Olgumuzun tedavi yaklaşımı bu verilerle uyumludur.

Sonuç

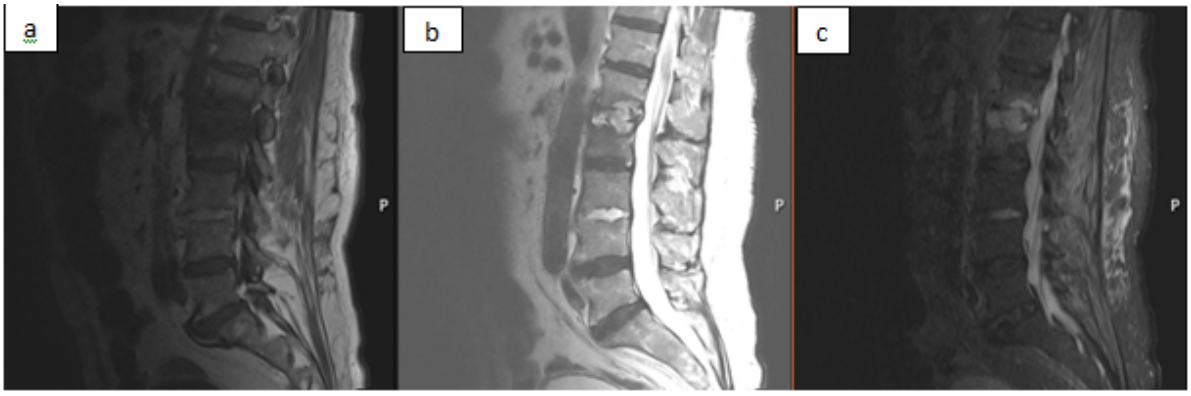
Bu olgu, düşük doz metotreksat kullanımında dozlama hatalarının ciddi toksisite yaratabileceğini gösterdi. Erken tanı ve uygun destek tedavisi, özellikle lökoverin uygulaması, tedavi başarısı açısından kritik rol oynadı. Güncel bir randomize kontrollü çalışmada düşük doz metotreksat toksisitesinde 15 mg/6 saatlik lökoverin dozunun etkinliği benzer doz aralığında doğrulandı (2,3).

PS-010 Çoklu Komorbite ve Bel Ağrısıyla Prezente olan Spondilodiskit: Olgu Sunumu

Münevver Serdaroğlu Beyazal[1], Ganime Kübra Güler[1], Gül Devrimsel[1], Murat Yıldırım[1],
[1] Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Rize

Giriş: İnfeksiyöz spondilodiskitler son yıllarda görülme sıklığı gittikçe artan, nadir ancak spinal infeksiyonların en yaygın formudur. Bu olguda, çoklu komorbiditesi olan akut başlangıçlı bel ağrısı ile prezente olup ileri radyolojik ve laboratuar inceleme ile spondilodiskit ve infektif endokardit tanısı alan hastanın sunulması amaçlandı.
Olgu: 66 yaşında erkek hasta 1 hafta önce başlayan, bacaklara belirgin yayılım göstermeyen, gece ağrısının ve sabah tutukluğunun eşlik ettiği bel ağrısı ve yürüme güçlüğü yakınması ile polikliniğe başvurdu. Ateş öyküsü olup, travma ve belirgin gece terlemesi, öksürük yoktu. Özgeçmişinde renal hücreli karsinom, akciğer ve kemik metastazı, diabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, esansiyel hipertansiyon ve inme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede torokolomber paravertebral kas spazmı, spinoz hassasiyeti ve ağrılı bel eklem hareket kısıtlılığı mevcuttu. Belirgin nörolojik defisiti yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde CRP 159 mg/L, ESR 27 mm/h, beyaz küre hücre sayısı 6.18 10^3/uL idi. Lomber manyetik rezonans kesitlerde L1-2 disk ve diske bakan endplatelerde T1 sekanslarda hipo, T2 ve STIR sekanslarda hiperintens ödematöz sinyal değişikliği izlendi (Figür 1). Ekokardiyografide infektif endokardit ile uyumlu vejetasyonlar ve fibriller saptandı. Brusella ve tüberküloz PCR testleri negatif gelen hastanın kan kültürlerinde staf aureus üremesi tespit edildi. Hastaya septik spondilodiskit tanısı konularak intravenöz geniş spektrumlu üçlü antibiyotik tedavisine başlandı.
Sonuç: Spondilodiskit intervertebral disk ve komşu vertebraların infeksiyonudur. En sık lomber bölgede izlenir. İleri yaş, diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, immünsupresif ilaçlar veya durumlar, intravenöz madde kullanımı, aşırı alkol tüketimi, karaciğer sirozu, lokal ya da sistemik infeksiyonlar, spinal cerrahi veya enstrümantasyon işlemleri belirlenen risk faktörleridir. Etken mikroorganizmalar en sık hematojen yolla, daha az sıklıkta infekte dokudan komşuluk veya direkt inokülasyon yoluyla yayılmaktadır. En sık etken staf aureus, tuberküloz, brusella ve mantar enfeksiyonlarıdır. Özellikle çoklu komorbiditesi olan akut başlangıçlı bel ağrısı ve akut faz yüksekliği ile prezente olan hastalarda omurga enfeksiyonları ayırıcı tanıda ilk sırada düşünülmeli ve erken evrede ileri radyolojik görüntüleme ve laboratuar analiz yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, spondilodiskit, infektif endokardit, kanser



Figür 1: Manyetik rezonans görüntülemede sagittal kesitlerde L1-2 disk ve diske bakan endplatelerde T1 sekanslarda (a) hipo, T2 (b) ve STIR sekanslarda (c) hiperintens ödematöz sinyal değişikliği

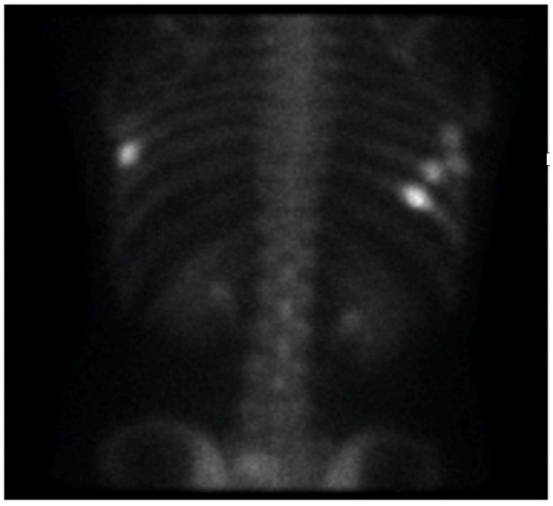
PS-011 Etiyolojisi Bilinmeyen Çoklu Kırıklı Hastaya Multidisipliner Yaklaşım: Olgu Sunumu

Zeliha Ünlü, Canan Tıkız, Negin Najaf Behnagh Maskan, Günay Yolcu, Hakan Koray Tosyalı

Giriş:
Kosta ve vertebra kırıkları; malignite, metabolik kemik hastalıkları-inflamatuar hastalıklar ve osteoporoz gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bazı olgularda etiyolojik nedenleri aydınlatmak zor olabilir ve multidisipliner yaklaşım gerektirebilir.

Amaç:
Bu olgu sunumunda, kırık etiyolojisinde rol oynayan nedenler klinik, radyolojik ve patolojik olarak aydınlatılmıştır. Olgunun travmatik kırığı olduğuna karar verilmiştir. Böylece etiyolojiye yönelik detaylı irdelemenin önemi vurgulanmıştır.
Olgu Sunumu:
50 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 yıldır hareketle ve nefes almakla artan sırt ve göğüs ağrısı şikâyetiyle başvurdu. Hastanın çekilen toraks BT ve tüm vücut sintigrafisinde sol 7, sağ 6.-9. kostalarda eski fraktür hatları, buzlu cam dansiteleri ve dejeneratif değişiklikler izlendi (şekil-1).
PET/BT'de sol 7,sağ 6.-9. kostalarda, L5 vertebrada ve sol asetabulumda hipermetabolik lezyonlar saptandı, ancak herhangi bir klinik değeri yoktu. Malignite taramalarında anlamlı bir bulgu yoktu. DEXA skorları osteopeni düzeyindeydi. Kemik metabolitleri ALP, kalsiyum, fosfor ve PTH düzeyleri de normal sınırlardaydı. Sağ 6.-9. kostalardan alınan histopatolojik değerlendirme normaldi. Bu bulgular ışığında ortopedi konseyinde hasta, belirgin bir travma tanımlamasa da büyük olasılıkla hastanın anımsayamadığı bir travmanın kırıklara neden olduğu sonucuna varıldı.

Tartışma ve Sonuç:
Bu olgu sunumu, çoklu kosta kırığı ile gelen ancak DEXA'da osteoporoz saptanmayan bir olguda etiyolojide multidisipliner yaklaşımın önemini göstermektedir. Böyle olgularda hasta belirgin travma tariflemesede klinik, patolojik ve radyolojik değerlendirmeler travmayı dışlamada gerekebilir.



Şekil-1:
Üç Fazlı Bölgesel Kemik Sintigrafisi
Sağ 6., 7., 8. ve 9. kostaların posterolateral kesimleri, sol 7. kostanın lateral kesiminde aktivite artışı izlenmiştir

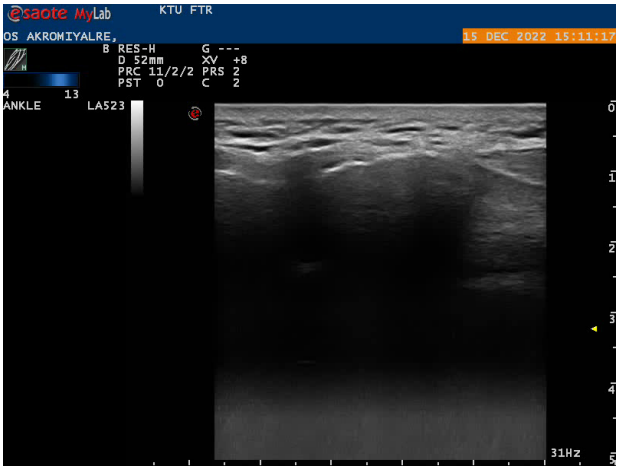
PS-012 Os-Akromiale; Olgu Sunumu

Dr. Şeyma SAĞIROĞLU YÜKSEL[1], Prof. Dr. Murat KARKUCAK[1]
[1] Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

Os akromiale, akromiyonun kemikleşme merkezleri arasında kemik birliğinin olmaması sonucu oluşan ve fibrokartilajinöz doku bağlantısına yol açan gelişimsel bir defekttir. Bireylerin yaklaşık %8'inde görülür ve bu bireylerin çoğu etkilenmemiş olsa da önemli ağrı ve sakatlığa neden olabilir. Ağrılı bir os akromiale hem tanısal zorluk hem de tedavi yönetimi zor olabilir.
Anahtar Kelimeler: Os akromiale, Omuz ağrısı, Direkt grafi

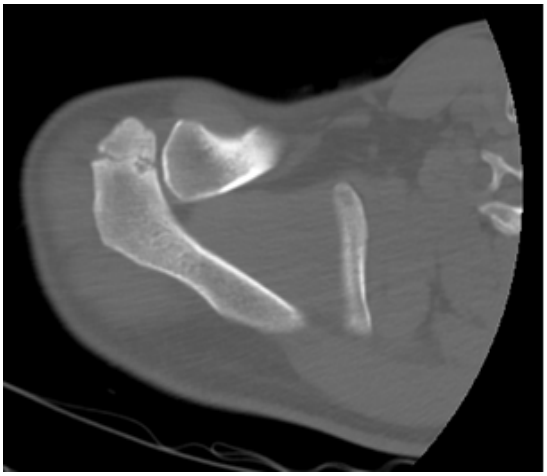
OLU SUNUMU: 30 yaş erkek hasta, 2 yıldır var olan ve son 2 aydır şiddetlenen sağ omuz ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Ağrısının gün içerisinde hareketle, yük taşımakla artıp istirahatle azaldığını, ellerde uyuşma karıncalanma olmadığını, saçını yıkamakta zorlandığını ifade etti. Fizik muayenede eklem hareket açıklığı belirgin ağrılı kısıtlı, Neer, Hawkins-Kennedy ve Ağrılı ark testleri pozitif olup omuzda palpasyonla ağrı mevcut. Şişlik, kızarıklık ve ısı artışı saptanmadı. Dış merkez Sağ Omuz MR raporu 'Humerus başında subkortikal kistik değişiklikler, biceps tendon çevresinde hafif sıvı artışı, subakromial-subdeltoid bursada sıvı artışı mevcut' şeklinde olup Servikal MR raporu 'Servikal lordoz düzleşmiş, sagittal T2 ağırlıklı serilerde C5-6, C6-7 disklerinde dejenerasyon lehine sinyal artışı izlenmiştir.' şeklindedir. Sağ omuz direkt grafisi tetkik edildi. X-Ray'de ve omuz USG'de Os Akromiale tespit edildi. BT ile doğrulandı. Sağ omuza USG eşliğinde kortikosteroid enjeksiyonu uygulandı. 1 hafta sonraki kontrolde fayda görmediğini belirtti. Konservatif tedaviden fayda görmeyen hasta Ortopedi polikliniğine yönlendirildi. Cerrahi planlanan hastanın post-op direkt grafisi şekilde gösterilmiştir.



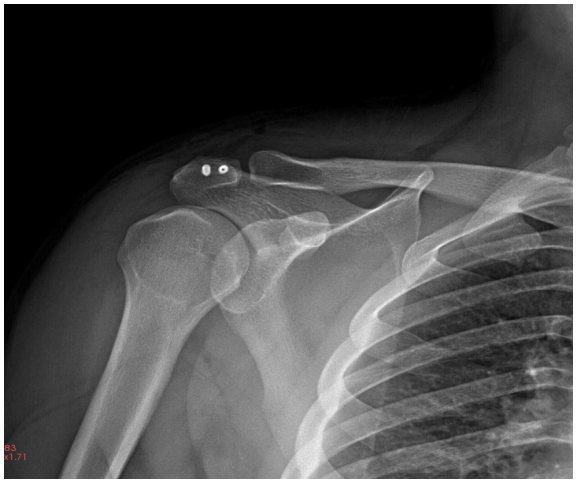
Şekil-1, USG



Şekil-2, Direkt Grafi



Şekil-3, BT



Şekil-4, Post-op Direkt Grafi

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Semptomatik instabil os akromiale, hem teşhisi hem de tedavisi zor bir durum olabilir. Konservatif tedavi neredeyse her zaman başlangıç tedavisinin temelini oluşturmalı(1). Genel olarak semptomatik os akromiale için fizyoterapi ve nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve enjeksiyon uygulamalarını içeren tedavi başlatılmalıdır. Konservatif tedavi başarısız olursa cerrahi tedavi endikedir(2). On hastadan birinde os akromiale bulunabilir. Pratikte instabil os akromiale'nin yeterince teşhis edilemeyen bir semptom kaynağı olması muhtemel görünmektedir(3).

KAYNAKLAR:

(1) You T, Frostick S, Zhang WT, Yin Q. Os Acromiale: Reviews and Current Perspectives. Orthop Surg. 2019;11(5):738-744. doi:10.1111/os.12518

(2) Hurst SA, Gregory TM, Reilly P. Os acromiale: a review of its incidence, pathophysiology, and clinical management. EFORT Open Rev. 2019;4(8):525-532. Published 2019 Aug 9. doi:10.1302/2058-5241.4.180100

(3) Wengle L, Kucey A, Saleh U, Elmaraghy A. Clinical implications of reverse total shoulder arthroplasty with an os acromiale: a systematic review. JSES Rev Rep Tech. 2025;5(2):197-202. Published 2025 Jan 30. doi:10.1016/j.xrrt.2025.01.002

PS-013 Persiste Eden Diz Ağrisinda Ağri Paterni Değişimi: Tibia Plato Fraktürü

Dr. Zehranur Ülgün, Prof. Dr. Murat Karkucak
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET:
Kronik ağrı nedenli takip edilen hastalarda ağrı paterni değişimi ve ağrının persiste etmesi ileri görüntüleme tekniklerini gerektirir. Yaşlı yetişkinler de ve diğer osteoporotik bireylerde önemli doğrudan travma olmasa bile, diz hiperekstansiyonu ve burkulma hareketleri, proksimal tibial kırıklarının en yaygın nedenleri arasındadır.(1) İnflamatuar artritler ile takipli hastalarda fraktür riski artmıştır. (2)

OLGU:
49 Yaş psöriatik artrit(PSA) ile takipli kadın hasta, 2015 yılından itibaren adalimumab 40mg 2 haftada 1 subkutan kullanıyor. Hasta tedavi öncesi ve tedavi sırasında zaman zaman omuz ve diz bölgelerinde artraljiler tariflemekte.
Hasta PSA için rutin kontrol başvurusu sırasında sağ dizde 2 haftadır var olan ve hareket ettikçe artan ağrı tariflemekteydi. Hasta travma tariflememekte sadece 2 hafta önce ayağını yürürken öne attığı sırada bir ağrı hissettiğini ifade etmekteydi.
Hasta diz ağrısının hareketle arttığını ifade etmekte inflamatuar ve enfektif semptom tariflememekteydi. Adalimumab tedavisi altında ağrısı devam eden ve azalma tariflemeyen hastanın muayenesinde eklem hareket açıkılığı tam ve ağrılıydı, efüzyon veya direkt grafi(şekil1) de patoloji saptanmamıştı. İnflamatuar ve mekanik patoloji ayırımı açısından hastadan sağ diz MR görüntülemesi istendi. Soğuk uygulama, istiraat önerildi ve non-steroit antiinflamatuar ilaç reçete edildi.

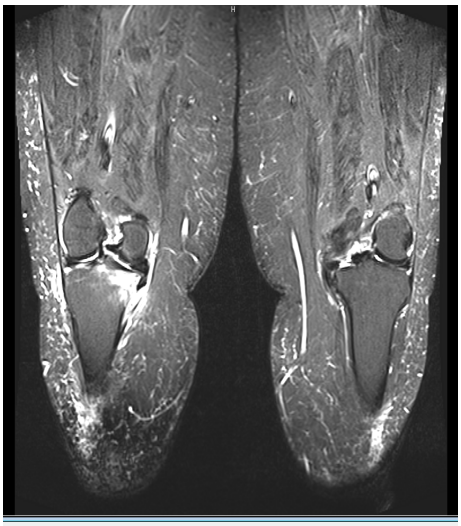


Şekil1

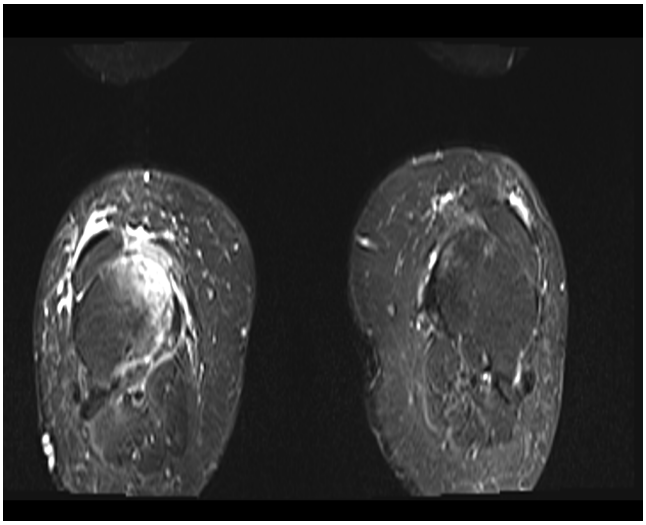
1 ay sonra MR sonucu ile polikliniğe başvuran hasta dizindeki ağrıda hiç hafifleme olmadığını hareketler sırasında ve yürüme sırasında acı çektiğini ifade etmekteydi. Hastanın kontrastsız sağ diz MR(şekil2-şekil3) raporu'' Tibia medial platoda stres fraktürü ve çevresinde ödem, bursalarda ve eklem aralığında sıvı artışı, patellar tendon da tendinozis ve patellar tendon distalinde milimetrik yırtık, medial menisküste yırtık, lateral ve medial gastroknemius tendon yapışma yerlerinde yırtık'' şeklinde yorumlandı. Hasta için uygun analjezi sağlandı diz ortezi ve baston kullanımı önerildi. Adalimumab tedavisine ara verildi ve ortopediye yönlendirildi. Ortopedi herhangi bir yer değiştirme, tibial platoda çökme olmayan komplike olmayan tibial fraktürü operasyonsuz ortezle takip etti.

TARTIŞMA-SONUÇ:
Kronik inflamasyon sırasında üretilen inflamatuar sitokin ağı, kemik oluşumu ve rezorpsiyonu arasında bir ayrışmaya neden olarak inflamatuar otoimmün hastalığı olan hastalarda kemik kaybı ve kırık riskine neden olur.(2) PSA ve sedef hastalığında kırık riski anlamlı olarak artmakla birlikte osteoporoz ve osteopeni açısından PSA ile ilgili anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

(3) İnflamatuar artritler ile takipli kronik ağrı tarifleyen hastalarda ağrı artışı durumunda tedavi yetersizliği ya da tedavi değişimi düşünülmeden önce ağrı paterni ayrıntılı sorgulanmalıdır. Major travma hikayesi olmasa bile gerekli görüldüğünde ileri görüntüleme tekniklerinden faydalanılmalıdır.



Şekil2



Şekil3

Kaynakça:

(1)Patellar, Tibial, and Fibular Fractures. In: Fracture Management for Primary Care, Eiff MP, Hatch RL, Calmbach WL (Eds), Saunders, Philadelphia 2003. p.263.
(2)Amarasekara, D. S., Yu, J., & Rho, J. (2015). Bone Loss Triggered by the Cytokine Network in Inflammatory Autoimmune Diseases. Journal of Immunology Research, 2015, Article ID 832127. https://doi.org/10.1155/2015/832127
(3)Dai, Y.-X., Lin, M.-H., Chang, Y.-T., Chen, T.-J., & Chen, M.-H. (2022). The association between psoriasis/psoriatic arthritis and the risk of osteoporosis, osteopenia and bone fractures: A systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Dermatology, 86(1), 94–102. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.05.015

PS-014 Mekanik Bel Ağrısı ve Periferik Sinir Kılıfı Tümörü: Nadir Görülen Bir Olgu

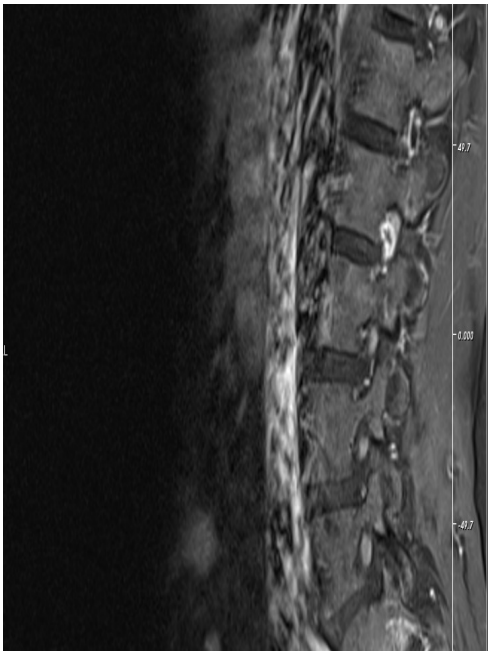
Zeynep Beyza Konyalıoğlu, Erhan Çapkın
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET
Bel ağrısı, fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir ve genellikle mekanik kökenlidir. Bu olguda tipik mekanik bel ağrısı ile başvuran hastada, lomber manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucu periferik sinir kılıfı tümörü (PSKT) ile uyumlu lezyon bulunmuştur.

OLGU
53 yaş kadın hasta, yaklaşık 10 gündür devam eden bel ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde ağrısı ağır yük kaldırma sonrasında başlamıştı. Ağrısının tipi mekanikti; hareketle artıyor, istirahatle azalıyordu. Muayenemizde motor ve duyu muayenesi doğal, defisiti bulunmamaktaydı. Bel ekstansiyon ağrısının olması dışında diğer fizik muayene testleri doğaldı. Hastanın herhangi bir ek hastalığı bulunmamaktaydı. Lumbosakral grafide herhangi bir patoloji saptanmadı. Lomber disk hernisi ön tanısı ile lomber MRG planlandı. MRG sonucunda L2-L3 seviyesinde sağ foraminal yerleşimli lezyonun 'Lomber disk hernisi? Periferal sinir kılıfı tümörü?' olarak raporlandı. Ayırıcı tanı için kontrastlı MRG çekildi. Kontrast tutan lezyonda periferal sinir kılıfı tümörü ekarte edilemedi. Beyin cerrahisine yönlendirilen hastaya konsey kararı ile eksplorasyon planlandı.



Şekil 1 ve 2; T2 ağırlıklı kontrastsız MRG bulguları





Şekil 3 ve 4; kontrast verilmesi sonucu MRG'de lezyonun kontrast tutulumu

TARTIŞMA

PSKT'ler, nadir görülen, yavaş büyüyen ve genellikle nonspesifik semptomlarla ortaya çıkan tümörlerdir. Spinal bölgede en sık schwannom formunda karşımıza çıkarlar (1).

Migrasyon gösteren lateral disk hernileri, ana defektten ayrılarak izole lezyonlar şeklinde görüntülenebilir. Özellikle üst lomber seviyelerde yerleşen bu lezyonlar, periferik sinir kılıfı tümörleri ile karışabilir. Hem disk hernileri, hem de PSKT'ler MRG'de T1 ağırlıklı sekanslarda hipo-izointens, T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens sinyal verir; ancak disk hernileri genelde kontrast tutmazken PSKT'ler belirgin olarak kontrast tutma eğilimindedirler (2). Kesin tanıyı koymak için en iyi yöntem histopatolojik incelemedir (3).

SONUÇ

Tipik mekanik bel ağrısı bulguları taşıyan hastalarda, görüntüleme ile lomber disk hernisiyle karışabilen nadir tümörler saptanabilir. Lateral yerleşimli, kontrast tutan lezyonlarda periferik sinir kılıfı tümörleri akılda bulundurulmalı, ayırıcı tanıda dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKÇA;

1. Pan J, Wang Y, Huang Y. Coexistence of intervertebral disc herniation with intradural schwannoma in a lumbar segment: a case report. World J Surg Oncol. 2016;14(1):113.

2. Uy BR, Sankey EW, Fisahn C, Srinivasan VM, Vahedi P, Theodore N. Upper lumbar spine far lateral disc herniations masquerading as peripheral nerve sheath tumors: illustrative cases. J Neurosurg Case Lessons. 2023;5(14).

3. Peterson MS, Dolecek TA, Carpenter JS, Shaw EG, Perry A. Malignant peripheral nerve sheath tumor within the spinal canal with apparent drop metastases. Hum Pathol Case Rep. 2018;14:88–91

PS-015 Tedaviye Dirençli Diz Ağrısında Gizli Sebep: Jıa, İlaca Bağlı Lupus ve Üveitli Bir Olguda Patella Dislokasyonu

Tuğrul KOTUR
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Trabzon

ÖZET
Juvenil idiyopatik artrit (JIA), üveit ve ilaç ilişkili lupus birlikteliği, çoklu immünsupresif tedavi gerektiren kompleks bir klinik tablodur. Çocukluk çağında en sık görülen kronik romatizmal hastalık olan JIA, sıklıkla üveit gibi ekstraartiküler tutulumlarla seyreder. Hastalık sürecinde farklı biyolojik ve immünsupresif tedavilere rağmen kronik eklem tutulumları gelişebilir ve bu durum tedaviye dirençli ağrı ile fonksiyon kaybına yol açabilir. Ancak altta yatan ortopedik sorunların gözden kaçması, tedavi başarısızlığı izlenimine neden olabilmektedir. Bu olguda, yoğun immünsupresif tedaviye dirençli eklem ağrısı olan hastada patella dislokasyonu ve genu valgum tespit edilmiş ve cerrahi stabilizasyon sonrası şikayetlerinde belirgin iyileşme sağlanmıştır.

OLGU
22 yaşında kadın hasta, 1 yaşında JIA tanısı almış olup takiplerinde abatacept, tocilizumab, golimumab, sekukinumab, canakinumab (İliaris) ve barisitinib dahil olmak üzere çok sayıda biyolojik tedavi kullanmış, üveit atakları sırasında ise IVIG ve siklofosfamid (endoksan) tedavileri uygulanmıştır. Halihazırda infliksimab, mikofenolat mofetil, hidroksiklorokin ve düşük doz prednizolon tedavisi altında takip edilmekte olan hastanın sağ dizde ağrı ve şişlik şikâyetleri devam etmekteydi; ancak aktif üveit bulgusu izlenmiyordu. Laboratuvar incelemelerinde ANA+++, ENA profilinde anti-nükleozom hafif pozitif, anti-histon+++, RF/anti-CCP negatif, CRP: 16 mg/L, sedim: 25 mm/saat olarak saptandı. Sağ dizde persistan şikâyetler üzerine yapılan ultrasonografide kronik sinovit ve efüzyon tespit edildi. Ayrıntılı değerlendirmede patella dislokasyonu saptanması üzerine hasta ortopedi kliniğine konsulte edildi. Ortopedi bölümü tarafından uygulanan patella santralizasyon ve distal femoral varizasyon osteotomi operasyonu sonrası hastanın semptomlarında belirgin klinik iyileşme gözlendi. Operasyon sonrasında ise CRP: 9,7 mg/L, sedim: 15 mm/saat olarak bulundu.



Şekil.1: Pre-operatif Ön-Arka Her İki Diz Grafisi (Sağ Patella Dislokasyonu+Genu Valgum)



Şekil.2:Post-operatif Sağ Diz Ön-Arka ve Yan Grafisi

TARTIŞMA

Juvenil idiyopatik artrit (JIA), uzun seyri ve çoklu tedavi gereksinimiyle kompleks bir hastalıktır. Üveit ve ilaç ilişkili lupus birlikteliği tedavi sürecini daha da zorlaştırmaktadır. JIA'da kronik sinovit ve eklem efüzyonu sık görülse de, tedaviye dirençli eklem bulguları yalnızca enflamasyona bağlanmamalıdır. Mekanik ve ortopedik nedenler de ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalı, multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir. Olgumuzda immünsupresif tedaviye rağmen devam eden şikâyetlerinde patella santralizasyon ve distal femoral varizasyon osteotomi operasyonu sonrası sonrası belirgin iyileşme sağlanmıştır.

Kaynaklar:

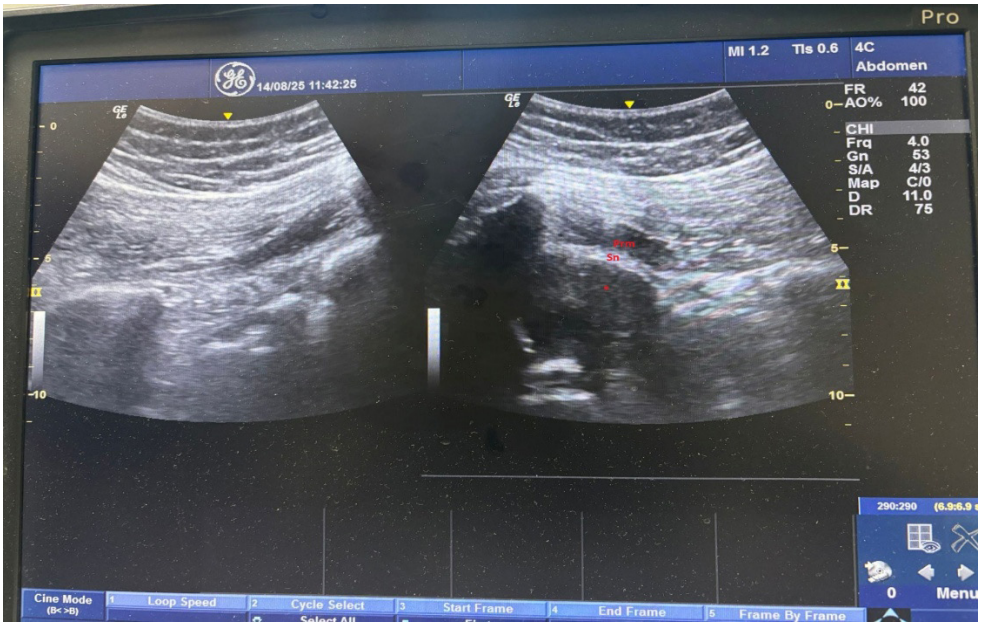
1.Beyazova, Gökçe Kutsal, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,3.Baskı,Güneş Tıp Kitapevi,2016
2.Delisa, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeleri ve Uygulamaları, 6.Baskı, Güneş Tıp Kitapevi,2021
3.Kısacık B.,Klinik Romatoloji,3.Baskı, Ema Tıp Kitapevi,2023

PS-016 Over Kisti Olan Bir Hastada Piriformis Sendromu

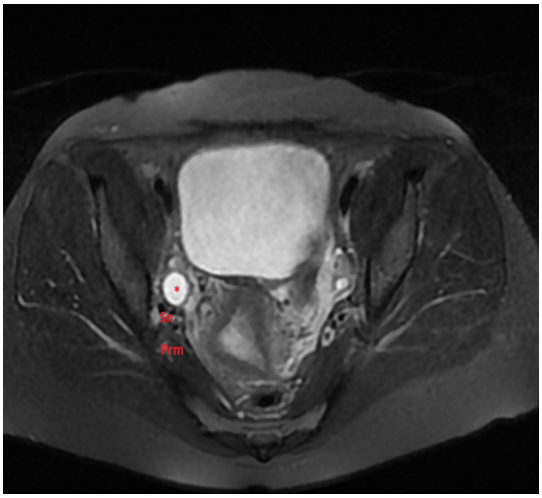
Alperen AYDOĞDU, Erhan ÇAPKIN
[1] Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Trabzon

ÖZET
Priformis sendromu, piriformis kasının altından veya içinden geçen İschiadicus sinirini spazm, travma, anatomik varyasyonlar veya sekonder nedenler ile sıkıştırması sonucu gelişen bir nöromüsküler hastalıktır. Over kisti, genellikle sıvı içerik barındıran over dokusu içerisinde ya da yüzeyinde yer alan kitlelerdir. Bu olgu sunumunda over kistinin piriformis kasına bası yaparak piriformis sendromuna yol açtığı bir klinik tablo aktarılmaktadır.

OLGU
Otuz dört yaşında kadın hasta, 3 aydır devam eden sağ gluteal bölgede, belde ve bacak arkasına yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. FAIR testi pozitif, piriformis palpasyonunda hassasiyet olup trendelenburg, düz bacak kaldırma testleri negatifti. Nörolojik muayene doğaldı. (şekil 1) USG ile değerlendirildiğinde bir kitle nedeni ile sağ piriformis kasının yukarı doğru yer değiştirdiği görüldü. Lezyonun aydınlatılması için hastadan (şekil 2) MRG planlandı ve sağ overde 15mm çapında folikül kisti tespit edildi.



Sol piriformis Sağ piriformis
Şekil.1:Over kistine bağlı piriformis sendromu USG görüntüsü (*: over kisti)



Şekil.2:Over kisti MRG görüntüsü (*: over kisti)

TARTIŞMA

Piriformis sendromu, genellikle piriformis kasının İschiadicus sinirini sıkıştırması sonucu gelişir. Over kisti gibi pelvik kitleler mekanik basıya neden olarak sendroma sekonder katkıda bulunabilir. Bu olguda, over kistinin piriformis kası ve çevresindeki dokularda oluşturduğu baskı nedeniyle semptomların tetiklendiği düşünülmektedir. Tedavi yaklaşımı olarak egzersiz, analjezik ajanlar, enjeksiyon veya cerrahi over kisti eksizyonu düşünülebilir. Erken tanı ve hedefe yönelik tedavi, hastanın yaşam kalitesini arttırmakta belirgin öneme sahiptir.

Kaynaklar

1) Boyajian-O'Neill LA, McClain RL, Coleman MK, Thomas PP. Diagnosis and management of piriformis syndrome: an osteopathic approach. J Am Osteopath Assoc. 2008;108(11):657-664.
2) Papadopoulos EC, Khan SN. Piriformis syndrome and low back pain: a new classification and review of the literature. Orthop Clin North Am. 2004;35(1):65-71.
3) Benson JT, Schutzer SF. Over cysts causing pelvic pain: diagnosis and management. Obstet Gynecol Surv. 2010;65(2):123-132.
4) Hopayian K, Song F, Riera R, Sambandan S. The clinical features of the piriformis syndrome: a systematic review. Eur Spine J. 2010;19(12):2095-2109.

PS-017 Boyun Ağrısı İle Presente Olan Siringomiyeli: Olgu Sunumu

Gül DEVRİMSEL[1], Nesibe SARIKAYA[1], Münevver SERDAROĞLU BEYAZAL[1]
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,Rize

GİRİŞ:
Siringomiyeli spinal kordun içerisinde içi sıvı dolu kist (syrinx) ile karakterize progresif dejeneratif bir hastalıktır.Bu durum genellikle Chiari malformasyonu tip 1 ile ilişkilendirilir, ancak omurilik tümörleri, travma veya enfeksiyöz adhesif araknoidit gibi faktörlerden de kaynaklanabilmektedir.En sık servikotorakal bölgede yerleşmektedir.Hastalarda sıklıkla sırt, omuz ve ekstremitelerde ağrı, güçsüzlük ve tutukluluk görülmektedir.
Bu olguda boyun ağrısı ile polikliniğe başvuran hastada C2 vertebradan C6 vertebra düzeyine kadar uzanan siringomiyelik kavite saptadığımız hasta sunulmaktadır.

OLGU:
53 yaşında erkek hasta 3 yıldır zaman zaman olan ve son 3 aydır artan boyundan bilateral kollara doğru yayılan ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Soy geçmişinde ve sistem sorgulamasında herhangi bir özellik yoktu. Sistemik muayenesi normaldi. Kas iskelet sistemi muayenesinde;inspeksiyonda servikal lordoz kifotik görünümdeydi. Servikal paravertebral kaslar ve spinöz prosesler palpasyon ile hassastı.Servikal vertebranın aktif ve pasif eklem hareket açıklığı tüm yönlerde tam ve hareket açıklığı sonu ağrılı idi. Bilateral üst ekstremitede deltoid,biceps,triceps kaslarının kas gücü 4+/5, el parmak fleksör ve abduktör kaslarının kas gücü 5/5 idi.Yüzeyel ve derin duyu muayenesinde hipoestezi ve dizestezi yoktu. Derin tendon refleksleri normoaktifti ve patolojik refleksi yoktu.Kaslarda belirgin atrofi yoktu. Fasikülasyon izlenmedi. Spurling testi pozitifti. Laboratuvar incelemesinde sonuçlar normal değerlerdeydi.Radyolojik incelemede manyetik rezonans görüntülemede C4-5 C5-6 C6-7 intervertebral diskerde subaraknoid mesafeye bası yapan diffüz bulging ve servikal spinal kordda C2 düzeyinden başlayan C6 seviyesine devam eden genişliği 3mm, uzunluğu 53mm olan siringohidromyeli kavitesi tespit edildi (Şekil1,2).Bu bulgularla hastaya siringomiyeli tanısı konularak hasta beyin ve sinir cerrahisi polikliniğine yönlendirildi.



SONUÇ:
Siringomiyeli, çoğunlukla ağrı ve sıcaklığa duyarsızlık gibi duyusal semptomlarla presente olabilmekle birlikte çoğu vakada tesadüfen saptanmaktadır. Siringomiyeli tanısı, sırt ve boyun ağrısının rutin değerlendirmesinde manyetik rezonans görüntüleme kullanımının artması nedeniyle daha yaygınlaşmıştır. Boyun ağrısıyla gelen bir hastada siringomiyeli olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER: Siringomiyeli, boyun ağrısı, manyetik rezonans görüntüleme

REFERANSLAR:
Roy AK, Slimack NP, Ganju A. Idiopathicsyringomyelia: retrospectivecaseseries, comprehensivereview, andupdate on management. NeurosurgFocus. 2011 Dec;31(6):E15.
Greitz D. Unravelingtheriddle of syringomyelia. NeurosurgRev. 2006 Oct;29(4):251-63; discussion 264.
Roser F, Ebner FH, Sixt C, Hagen JM, Tatagiba MS. Definingthelinebetweenhydromyeliaandsyringomyelia. A differentiation is possiblebased on electrophysiologicalandmagneticresonanceimagingstudies. ActaNeurochir (Wien). 2010 Feb;152(2):213-9; discussion 219.

www.dogukaradenizromatolojigunleri.org

