KTÜ 1955 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi TIPF

TRASD 1947

6. DOĞU KARADENİZ ROMATOLOJİ Günleri



11-13 EYLÜL 2026

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
OSMAN TURAN KONGRE MERKEZİ

Trabzon

www.dogukaradenizromatolojigunleri.com

Değerli Meslektaşlarım,

Doğu Karadeniz Romatoloji camiasını bir araya getiren ve geleneksel hale gelen 6. Doğu Karadeniz Romatoloji Günleri, 11–13 Eylül 2026 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Osman Turan Kongre Merkezi, Trabzon'da gerçekleştirilecektir.

Romatoloji alanındaki güncel gelişmelerin ele alınacağı, deneyimlerin paylaşılacağı ve bilimsel etkileşimin ön planda olacağı bu toplantıda; alanında yetkin konuşmacıların katkılarıyla zengin bir bilimsel program sunulması hedeflenmektedir. Ayrıca meslektaşlarımız arasında bilgi alışverişini ve iş birliğini güçlendirecek verimli bir platform oluşturulması amaçlanmaktadır.

Siz değerli meslektaşlarımızı, bilimsel ve sosyal açıdan dolu dolu geçeceğine inandığımız 6. Doğu Karadeniz Romatoloji Günleri'ne katılarak bilgi ve deneyimlerinizle katkı sunmaya davet etmekten büyük mutluluk duyacağız.

Saygılarımızla

Prof. Dr. Erhan Çapkın
Sempozyum Başkanı



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. Zafer Günendi

Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. İsmihan Sunar

Sayman

Doç. Dr. Aysun Genç

Genel Sekreter

Prof. Dr. Özgür Akgül

Genel Sekreter

Prof. Dr. Özgür Akgül

Üyeler

Prof. Dr. Meltem Alkan Melikoğlu
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Kıvanç Cengiz
Prof. Dr. İlhan Sezer
Prof. Dr. Fatmagül Yurdakul
Prof. Dr. Tuncay Duruöz



BİLİMSEL PROGRAM

11 EYLÜL 2026, CUMA

SALON 1

09.00 - 11.30	**Ultrasonografi Kursu** **(Hastane FTR Polikliniği'nde düzenlenecektir)** **Olgular ile Ultrasonografisi Kursu** *Dr. Erhan Çapkın, Dr. Murat Karkucak, Dr. Fatih Baygutalp* *Dr. İbrahim Batmaz, Dr. Gürkan Akgöl, Dr. Nalan Çapan*
09.00 - 11.30	**Spinal MR Kursu (Salon 1'de düzenlenecektir)** *Dr. Özgür Akgül, Dr. Gökhan Pekindil, Dr. Şebnem Hörgüç, Dr. Zafer Günendi*
13.45 - 14.00	**Açılış** *Dr. Turan Set, Dr. Zafer Günendi, Dr. Erhan Çapkın*
14.00 - 15.30	**Nasıl Tanır, Nasıl Tedavi Ederim** *Oturum Başkanları: Dr. Hatice Bodur, Dr. Kemal Nas, Dr. Tülay Yıldırım* Kristal Artritler — *Dr. Erkan Kılıç* Sjögren — *Dr. Mehmet Çağlayan* Osteoporoz — *Dr. Canan Şanal*
15.30 - 16.00	**Kahve Molası**
16.00 - 18.00	**Osteoartrit ve Yapay Zeka** *Oturum Başkanları: Dr. F. Figen Ayhan, Dr. Ayhan Bilgici, Dr. Nalan Çapan* Osteoartritte Rejenerasyon Mümkün mü? Rejeneratif Enjeksiyonlar Yapalım mı? Kime ? Ne Zaman? *Dr. Alper Ulaşlı* Osteoartrit Hastama Egzersiz Reçetesi Hangi Egzersiz Kime? Ne Zaman? *Dr. Gamze Alaylı* Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Yapay Zekanın Geleceği *Dr. Demirhan Dıraçoğlu*
19.00	**Akşam Yemeği**



BİLİMSEL PROGRAM

12 EYLÜL 2026, CUMARTESİ

SALON 1

08.30 - 10.00	**Spondiloartrit Paneli** **Spondiloartropatiler Güncel Sorular A'dan Z' ye SpA** *Oturum Başkanı ve Konuşmacı: Dr. Evren Er* *Tartışmacılar: Dr. Salih Özgöçmen, Dr. Sertaç Ketenci, Dr. Tuncay Duruöz*
10.00 - 10.30	**Kahve Molası**
10.30 - 12.00	**Romatoid Artrit Paneli** **Romatoid Artritte Güncel Sorular A'dan Z' ye RA** *Oturum Başkanı ve Konuşmacı: Dr. Gamze Kılıç* *Tartışmacılar: Dr. Meltem Altan Melikoğlu, Dr. İlhan Sezer, Dr. Zafer Günendi*
12.00 - 13.30	**Öğle Yemeği**
13.30 - 15.30	**Bel Ağrısına Yaklaşım** **Her Yönü ile Bel Ağrılarına Yaklaşım** *Oturum Başkanı ve Konuşmacı: Dr. İlker Fatih Sarı* *Tartışmacılar: Dr. Hakan Gündüz, Dr. Kenan Akgün, Dr. Akın Erdal*
15.30 - 16.00	**Kahve Molası**
16.00 - 17.00	**Eklem Paneli** **Oturum Başkanları: Dr. Remzi Çevik, Dr. Ayhan Kamanlı** *Kalça Ağrıları ve Yönetimi* — *Dr. Ömer Faruk Serdar* *Ayak Ağrıları ve Yönetimi* — *Dr. Ali Sallı*
19.00	**Akşam Yemeği**



BİLİMSEL PROGRAM

13 EYLÜL 2026, PAZAR

SALON 1

08.30 - 10.00	**Sözel Bildiri** **Oturum Başkanları: Dr. Gonca Sağlam Akkaya**
S-01	Postmenopozal Osteoporozlu Hastalarda Fibrinojen/Albümin Oranı ve QUALEFFO-41 Yaşam Kalitesi Skoru ile İlişkisi *Fatih Ertaş*
S-02	Sistemik Otoimmün Romatizmal Hastalıkların Ayırıcı Tanısında Yapay Zekâ: Gemini, Chatgpt ve Claude'un Karşılaştırılması *İrem Sena Günaydın*
S-03	Romatoid Artrit Tedavisinde Tosilizumab'a Bağlı Nadir Bir Yan Etki: Akut Böbrek Yetmezliği *Cemil Güner*
S-04	Sırt Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Asendan Aort Anevrizması *Cemil Güner*
S-05	Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Humeral Artiküler Kıkırdak Kalınlığı ve Omuz Patolojilerinin Ultrasonografik Değerlendirilmesi *Elif Selim Bahadır*
S-06	Serum GRP78 Düzeyleri ve Fibromiyalji: Yeni Bir İmmunolojik Perspektif *Derya Çırakoğlu*
S-07	Subakut ve Kronik Dönem İnme Hastalarında Bilişsel Fonksiyonları Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi *Zerrin Kasap*
S-08	GLP-1 Reseptör Agonistleri Romatolojide Yeni Bir Tedavi Hedefi mi? Literatürün Bibliyometrik Analizi *Sezer İsmailoğlu*
S-09	Sprengel Deformitesi Tanılı Pediatrik Olguda Fizik Tedavi Programına Eklenen Kinezyobantlama Protokolüne Erken Klinik Yanıt: Bir Olgu Sunumu *Serpil Demirulus*
S-10	Plantar Fasiitte Sistemik İnflamasyon Ve Metabolik Faktörler: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma *Buse Nur Özkan*
10.00 - 11.00	**Akılcı İlaç Kullanımı** *Dr. Kemal Faruk Körüklü*
11.00 - 11.30	**Kapanış**

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

Postmenopozal Osteoporozlu Hastalarda Fibrinojen/Albümin Oranı ve QUALEFFO-41 Yaşam Kalitesi Skoru ile İlişkisi

Fatih Ertaş[1], Mustafa Gür[1]

[1] Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Elazığ

mstferts21@gmail.com, m.gur@firat.edu.tr

GIRIŞ VE AMAÇ

Postmenopozal osteoporoz (PMO), östrojen eksikliğinin tetiklediği hücresel ve moleküler mekanizmalar sonucunda kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalma, mikro mimaride bozulma ve kırık riskinde artış ile karakterize, kronik ve multifaktöriyel bir iskelet sistemi hastalığıdır. Güncel literatür, osteoporoz patofizyolojisinde düşük dereceli sistemik inflamasyonun osteoklastogenezi uyararak önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Fibrinojen ve albümin dengesini yansıtan Fibrinojen/Albümin Oranı (FAO), sistemik inflamatuar yanıtı değerlendirmede kullanılan hassas ve yenilikçi bir biyobelirteçtir. QUALEFFO-41 ise osteoporoza özgü yaşam kalitesini değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçüttür. Bu çalışmanın amacı; 70 yaş altı PMO hastalarında FAO düzeylerini kontrol grubu ile karşılaştırmak ve FAO 'nun QUALEFFO-41 yaşam kalitesi skorları ile ilişkisini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya polikliniğimize başvuran 70 yaş altı postmenopozal 40 kadın hasta dahil edildi. Katılımcılar DEXA L1-L4 veya femur boynu T-skorlarına göre iki gruba ayrıldı:

Osteoporoz Grubu (n=20): T-skoru ≤ -2.5 SD olan hastalar.

Kontrol Grubu (n=20): T-skoru > -2.5 SD olan hastalar.

DIŞLAMA KRITERLERI

Primer paratiroid hastalıkları

Tip 1 Diabetes Mellitus

Tiroid fonksiyon bozuklukları

Diğer primer/sekonder kemik ve kalsiyum metabolizması hastalıkları

Akut veya kronik inflamatuvar/romatolojik/enfeksiyöz hastalıklar

Venöz kan örneklerinden serum fibrinojen (mg/dL) ve albümin (g/dL) düzeyleri ölçülerek FAO hesaplandı. Tüm hastalara QUALEFFO-41 anketi uygulanarak toplam skorlar elde edildi.

SONUÇLAR

Her iki grupta yaş açısından farklılık yoktu. Osteoporoz grubunda serum fibrinojen düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksekti ($U=59.5$, $Z=-3.802$, $p<0.001$). Benzer şekilde, FAO osteoporoz grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($U=44.5$, $Z=-4.207$, $p<0.001$). Osteoporoz grubunda yapılan Spearman korelasyon analizinde FAO ile toplam QUALEFFO-41 skoru arasında orta düzeyde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($\rho = 0.468$, $p = 0.037$). FAO düzeyi arttıkça QUALEFFO-41 puanının da arttığı, dolayısıyla yaşam kalitesinin kötüleştiği görüldü.

Şekil 1. Osteoporoz ve kontrol grubunda FAO düzeyleri



SS-001 DEVAM

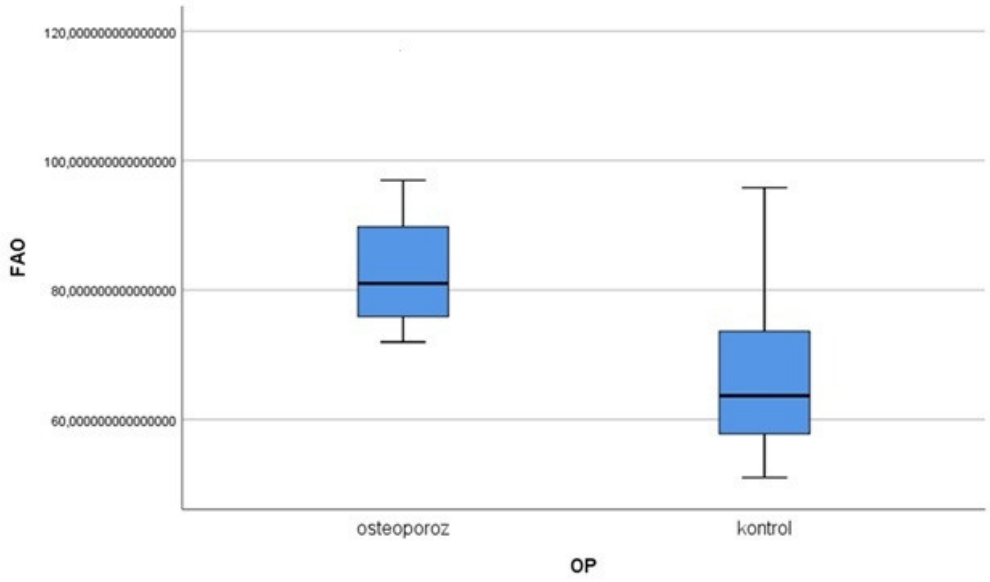
TARTIŞMA

Çalışmamızda postmenopozal osteoporoz grubunda fibrinojen ve FAO düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu, ayrıca FAO ile QUALEFFO-41 toplam skoru arasında orta düzeyde pozitif ilişki bulunduğu saptandı. Bu bulgular, düşük dereceli sistemik inflamasyonun yalnızca kemik metabolizmasını değil, yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. İnflamatuvar sitokinlerin osteoklast aktivitesini artırarak kemik rezorpsiyonunu hızlandırdığı bilinmekte olup, fibrinojen ve albümin düzeylerini birlikte değerlendiren FAO da sistemik inflamasyonu yansıtan yeni bir biyobelirteç olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızda FAO düzeylerinin yüksek bulunması ve yaşam kalitesi ile ilişkili olması, bu biyobelirtecin postmenopozal osteoporozlu hastalarda inflamatuvar yükün ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde pratik bir gösterge olabileceğini desteklemektedir. Ancak çalışmanın tek merkezli, kesitsel tasarıma sahip olması ve örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle nedensel yorum yapılamaz; bulguların daha geniş ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

ANAHTAR KELIMELER

osteoporoz, inflamasyon, fibrinojen/albümin oranı

.





SS-002

SİSTEMİK OTOİMMÜN ROMATİZMAL HASTALIKLARIN AYIRICI TANISINDA YAPAY ZEKÂ: GEMINI, CHATGPT VE CLAUDE'UN KARŞILAŞTIRILMASI

ÖZET

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, üç büyük dil modelinin (Gemini, ChatGPT ve Claude) sistemik otoimmün romatizmal hastalıkların ayırıcı tanısındaki doğruluk performanslarını, ilk üç ayırıcı tanı oluşturma yeteneklerini ve sınıflama kriterlerini uygulama başarılarını karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Sistemik lupus eritematozus (SLE), primer Sjögren hastalığı (pSS), sistemik skleroz (SSc), idiyopatik inflamatuvar miyopatiler (IIM) ve mikst bağ dokusu hastalığı (MBDH) gruplarını temsil eden, her birinden dörder adet olmak üzere toplam 20 standart klinik senaryo oluşturuldu. Senaryolar Gemini, ChatGPT ve Claude modellerine bağımsız oturumlarda aynı standartlaştırılmış istemle sunuldu. Modellerin ilk sırada doğru tanıyı belirtme, ilk üç ayırıcı tanıda doğru tanıyı bulundurma ve sınıflama kriterlerini doğru değerlendirme oranları kaydedildi.

BULGULAR

İlk sırada doğru tanı belirtme oranları Gemini için %95 (19/20), ChatGPT için %95 (19/20) ve Claude için %90 (18/20) bulundu; modeller arasında anlamlı fark saptanmadı (p = 0,368). Her üç model de vakaların tamamında (%100; 20/20) doğru tanıyı ilk üç ayırıcı tanı listesinde bulundurdu . Sınıflama kriterlerinin doğru değerlendirilme oranı ChatGPT'de %95 (19/20), Gemini'de %90 (18/20) ve Claude'da %85 (17/20) oldu (p = 0,368). En belirgin tanısal belirsizlik MBDH senaryolarında gözlendi.

SONUÇ

Gemini, ChatGPT ve Claude metin tabanlı romatoloji senaryolarında yüksek ayırıcı tanı başarısı sergilemektedir. Büyük dil modelleri romatoloji pratiğinde bağımsız tanı araçları değil, hekimin karar verme sürecini destekleyen yardımcı araçlar olarak değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELIMELER

Yapay zekâ, büyük dil modelleri, romatoloji, ayırıcı tanı



SS-003

Romatoid Artrit Tedavisinde Tosilizumab'a Bağlı Nadir Bir Yan Etki: Akut Böbrek Yetmezliği

A Rare Side Effect Associated with Tocilizumab in the Treatment of Rheumatoid Arthritis: Acute Kidney Failure

Uzm.Dr.Cemil Güner, Uzm.Dr.Egemen Konak, Uzm.Dr.Abdulbaki Gaydan

[1] Maçka Ömer Burhanoğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Trabzon, Türkiye

[2] Ahi Evren Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon, Türkiye

[3] Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon, Türkiye

ÖZET

Tosilizumab, romatoid artrit tedavisinde kullanılan interlökin-6 (IL-6) reseptör inhibitörüdür. İlacın sık görülen yan etkileri iyi tanımlanmış olmakla birlikte renal yan etkiler oldukça nadirdir. Bu çalışmada, tosilizumab tedavisi sırasında akut böbrek yetmezliği gelişen bir romatoid artrit olgusunun sunulması amaçlanmıştır. Yirmi aydır romatoid artrit tanısıyla takip edilen 64 yaşında kadın hastada, intravenöz tosilizumab tedavisinin ikinci dozu öncesinde serum kreatinin düzeyinde belirgin artış saptandı. Hastanın daha önce bilinen kronik böbrek hastalığı öyküsü bulunmamaktaydı. Ayırıcı tanıya yönelik yapılan klinik, laboratuvar ve görüntüleme incelemelerinde enfeksiyon, kontrast nefropatisi ve primer renal hastalık lehine bulgu saptanmadı. Tosilizumab tedavisinin kesilmesi ve intravenöz hidrasyon sonrası böbrek fonksiyonlarında belirgin düzelme izlendi. Bu olgu, tosilizumab kullanımına bağlı gelişebilecek nadir ancak klinik açıdan önemli bir yan etki olarak akut böbrek yetmezliğine dikkat çekmektedir. Tosilizumab tedavisi alan hastalarda asemptomatik dahi olsa böbrek fonksiyonlarının düzenli olarak izlenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELIMELER

Romatoid artrit; tosilizumab; akut böbrek yetmezliği; biyolojik ajanlar

GIRIŞ

Romatoid artrit (RA), kökeni belirsiz kronik bir inflamatuar bozukluktur (1). Patogenezi, TNF-alfa ve IL-6'nın temel aracı olduğu karmaşık bir proinflamatuar sitokin ağını içerir (2). IL-6 seviyeleri, RA hastalarının hem serumunda hem de sinoviyal sıvısında yüksektir ve inflamasyonun sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (1).

Tocilizumab, RA patofizyolojisinde merkezi bir sitokini hedefleyerek IL-6 reseptörünü spesifik olarak inhibe eden insanlaştırılmış bir monoklonal antikordur (3). Tosilizumab tedavisi aşırı kilolu ya da obez hastalarda uygun bir tedavi seçeneği olup yaşa bağlı olarak etkinliğinde azalma göstermekte ve biyolojik tedaviye yeni başlayan hastalarda daha etkili olmaktadır (4). Yaygın yan etkiler arasında serum kolesterolünde artış, ALT ve AST seviyelerinde yükselme, enjeksiyon yeri reaksiyonları ve infüzyonla ilgili olaylar bulunur (5). Renal komplikasyonlar ise nadirdir (6). Burada, RA için tocilizumab tedavisi alırken akut böbrek yetmezliği gelişen bir hastayı bildiriyoruz.



SS-003 DEVAM

OLGU SUNUMU

Yirmi aydır RA tanısı ile takip edilen 64 yaşındaki kadın hasta (RA nedeniyle tosilizumab ve predizolon alıyor, ek steroid olmayan antiinflamatuar ilaç kullanımı yok) ikinci doz tosilizumab tedavisi öncesinde değerlendirilirken yapılan laboratuvar incelemelerinde serum kreatinin düzeyinde artış saptandı. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) bulunmaktaydı. Antihipertansif ilaç (Amlodipin) hariç ek ilaç kullanımı yoktu. İlk intravenöz tosilizumab dozundan önce serum kreatinin düzeyi 1,06 mg/dL idi. İkinci doz öncesinde ise 2,26 mg/dL'ye yükselmişti. tosilizumab ve izoniazid tedavileri kesildi. Hastaneye yatış sırasında serum kreatinin düzeyi 2,45 mg/dL olarak ölçüldü.

Fizik muayene ve sistem sorgulamasında özellik saptanmadı. Hastanın günlük sıvı alımı yaklaşık 1–1,5 litre olup idrar çıkışı normaldi. Yakın zamanda başka herhangi bir ilaç kullanımı bildirilmedi. Abdominal ultrasonografide herhangi bir patoloji saptanmadı. İdrar analizinde aktif sediment izlenmedi. Yirmi dört saatlik idrar incelemesinde kreatinin klirensi 16,4 mL/dk, protein atılımı 1,11 g/gün, albümin atılımı 0,06 g/gün ve sodyum atılımı 17,11 g/gün olarak saptandı.

Bu bulgular ışığında tosilizumab ile ilişkili akut böbrek hasarından şüphelenildi ve ilaç kesildi. Hidrasyon tedavisinin ardından serum kreatinin düzeyi başlangıç değerlerine geriledi ve idrar çıkışı yeterli düzeyde devam etti. Bu nedenle renal biyopsi yapılması gereksiz olarak görülfü.. Hasta nefroloji polikliniğinde takip edilmeye devam etmekte olup klinik olarak stabil seyretmektedir.

TARTIŞMA

Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar zaman zaman renal hasara neden olabilmekle birlikte, tosilizumabın bu açıdan genel olarak güvenli olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte, nadir olgu bildirimleri tosilizumabın akut böbrek hasarı ve glomerüler hastalıklarla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu olgu, hastalar asemptomatik olsa dahi tosilizumab tedavisi sırasında böbrek fonksiyonlarının dikkatle izlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu tedavinin hem kısa hem de uzun dönem renal güvenilirliğinin tam olarak değerlendirilmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Darloy J, et al. Tocilizumab effectiveness after switching from intravenous to subcutaneous route in patients with rheumatoid arthritis: the RoSwitch study. Rheumatol Ther. 2019;6(1):61–75.

Biggioggero M, et al. Tocilizumab in the treatment of rheumatoid arthritis: an evidence-based review and patient selection. Drug Des Devel Ther. 2018:57–70.

Agarwal SK. Biologic agents in rheumatoid arthritis: an update for managed care professionals. J Manag Care Pharm. 2011;17(9 Suppl B):S14–S18.

Parisi S, Ditto MC, Ghellere F, Panaro S, Piccione F, Borrelli R, Fusaro E. Update on tocilizumab in rheumatoid arthritis: a narrative review. Front Immunol. 2025 Feb 24;16:1470488. doi: 10.3389/fimmu.2025.1470488. PMID: 40066438; PMCID: PMC11891176.

Scott LJ. Tocilizumab: a review in rheumatoid arthritis. Drugs. 2017;77(17):1865–1879.

Fukaya D, et al. Tocilizumab-induced immunocomplex glomerulonephritis: a report of two cases. CEN Case Rep. 2020;9(4):318–325.



SS-004

SIRT AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ: ASENDAN AORT ANEVRİZMASI

Uzm.Dr.Cemil Güner, Uzm.Dr.Egemen Konak

[1] Maçka Ömer Burhanoğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Trabzon, Türkiye

[2] Ahi Evren Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Trabzon, Türkiye

GİRİŞ

Sırt ağrısı genellikle muskuloskeletal sistem kaynaklı olmakla birlikte bazı kardiyovasküler ciddi patolojilerin ilk semptomu olabilmektedir (1). Sırt ağrısıyla başvuran hastalarda mutlaka kardiyovasküler patolojiler ekarte edilmelidir (2).

Herhangi bir aort segmentinde gelişen %50 ve üzeri çap artışı aort anevrizması olarak isimlendirilir(3) . Giderek artan yaşlı popülasyonda aort anevrizmalarının asemptomatik olabileceği ve ölümle sonuçlanabilecek durumlara yol açabileceği akılda tutulmalıdır(4). Yapılan çalışmalarda aort anevrizması olan hastaların en sık hastane başvuru nedeni göğüs ve sırt ağrısı olduğu tespit edilmiştir(5).

OLGU SUNUMU

58 yaş kadın hasta kliniğimize sırt ağrısı nedeniyle başvurdu. 4 yıldır devam eden sırt ağrısı nedeniyle daha önce farklı merkezlerde değerlendirilmiş ve ağrının ön planda muskuloskeletal kaynaklı olduğu düşünülerek çeşitli medikal tedaviler, fizik tedavi modaliteleri ve bazı lokal enjeksiyon yöntemleri uygulanmış olan hastanın sırt ağrısı devam etmiş PA akciğer radyografide sağ kardiyak gölgede genişleme izlenmesi üzerine kardiyoloji bölümüne yönlendirilmiş ve asendan aort anevrizması saptanarak kalp ve damar cerrahisi tarafından opere edilmiştir.

PREOP EKO: Normal sol ventrikül sistolik fonksiyonları, asendan aort dilate

PREOP TORASİK AORT BT ANJİOGRAFİ, TORAKS BT , ABDOMEN BT: Asendan torakal aorta çapı pulmoner bifurkasyon düzeyinde yaklaşık 66 mm ile anevrizmatik dilatasyon göstermektedir. Sinüs valsalva düzeyinde artefaktı izlenmekle birlikte çap yaklaşık 51 mm ile anevrizmatiktir. Biküspit aort yönünden şüpheli görünüm izlendi. EKO inceleme ile birlikte değerlendirme önerilir. Supraaortik vasküler yapıların proksimal kesimlerinde lümen kalibrasyonunu hafif daraltan kalsifik plaklar mevcuttur. Abdominal aorta çapı suprarenal ve infrarenal düzeylerde normal sınırlardadır. Çölyak trunkus ve Çölyak trunkustan ayrılan dallar patent izlendi. SMA ve İMA patent izlendi. Sağ renal arter patent izlendi. Sol renal arter orifis düzeyinde ve proksimal kısa segmentte lümen kalibrasyonunu ileri derecede daraltan ve lümeni çepeçevre saran kalsifik plak görünümü mevcuttur.

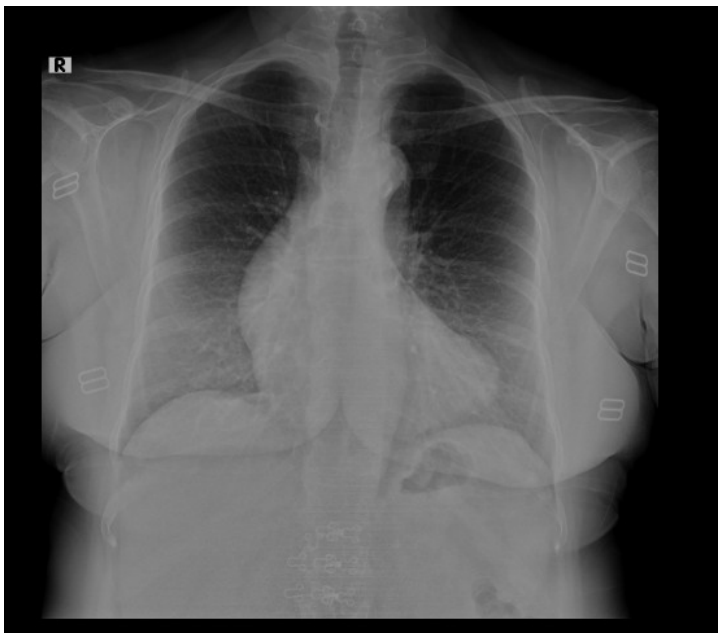
KAROTİS DOPPLER USG: Her iki ana karotis (CCA) ve ekstrakraniyal internal (İCA) karotis arter lümenleripatenttir. Her iki karotid sistemde solda ve sağda 0,6 mmkalınlığında diffüz intimal medial kalınlaşmalar mevcuttur. Bilateral ICA ve CCA larda anlamlı hemodinamik bozukluğaneden olan plak formasyonu saptanmadı. Renkli modda her iki bulbusta normal reversal akım korunmuştur. Dupleks incelemede pik sistolik akım hızları normalsınırlardadır. ICA/CCA oranları normal saptandı.



SS-004 DEVAM

SONUÇ

Kardiyovasküler patolojiler yaşamı tehdit eden sağlık sorunları içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Kas iskelet sistemine ait semptomlar kardiyovasküler bazı ciddi sorunların ilk belirtileri olabilmektedir. Literatürde genellikle kas iskelet sistemi ağrıları ile başvuran komplike olan aort anevrizmalarıyla ilgili vaka sunumları mevcuttur. Vakamızda ise sırt ağrısı ile başvuran hastada radyografi ile saptanan aort anevrizması tespit edilerek komplike olmadan hastanın ilgili branşa başvurması ve gerekli tedavisinin yapılması sağlanmıştır. Bu vaka doğrultusunda vurgulanması gereken en önemli sonuç ; sırt ağrısıyla başvuran hastada hemodinami stabil olsa bile ciddi kardiyovasküler patolojiler ekarte edilerek ayırıcı tanı yapılmalı ve uygun tedavi planlanmalıdır.



KAYNAKLAR

ABDELRAHMAN, Maryam ve diğerleri. Kas-iskelet kaynaklı göğüs ve sırt ağrısı olarak kendini gösteren aort diseksiyonu. Ortopedi İncelemeleri , 2025, 17: 145871.

LI, Xiao-Dan; CHEN, Ze-Jian. Kas-iskelet sistemi rahatsızlığı gibi görünen aort diseksiyonu: bir vaka raporu ve literatür incelemesi. BMC Kas-İskelet Sistemi Bozuklukları , 2025, 26.1: 863.

Cüneyt, E. R. İ. Ş., and Ahmet Kağan AS. "AORT ANEVRİZMALARI."

Sungur, Elif Coşkun, et al. "Dev aterosklerotik çıkan aort anevrizmasının cerrahi tamiri." Cukurova Medical Journal 45.1 (2020): 393-394.

Manduz, Şinasi, et al. "Asendan aort cerrahisi deneyimlerimiz." Cumhuriyet Medical Journal 31.4 (2009): 401-407.



SS-005

Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastalarda Humeral Artiküler Kıkırdak Kalınlığı ve Omuz Patolojilerinin Ultrasonografik Değerlendirilmesi

Elif SELİM BAHADIR[1], Tuğba ALIŞIK[2], Muhammed KORKUT[3], Ayşe Esma YILDIZ[4], Esma ÖZMEN[5], Şirzat ÇOĞALGİL[2]

[1] Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

[2] Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bolu

[3] Gaziantep Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Gaziantep

[4] Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kilis

[5] Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

GIRIŞ VE AMAÇ

Diabetes mellitusun (DM) kas-iskelet sistemi üzerindeki etkileri giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu çalışmada tip 2 DM'li hastalarda humeral artiküler kıkırdak kalınlığı, rotator manşet ve uzun baş biseps tendonu patolojileri ile omuz eklem hareket açıklığının değerlendirilmesi, sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması ve DM ile humeral kıkırdak kalınlığı arasındaki bağımsız ilişkinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel olgu-kontrol çalışmasına 58 tip 2 DM hastası ve yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından benzer 46 sağlıklı kontrol dahil edildi. Humeral artiküler kıkırdak kalınlığı ile rotator manşet ve uzun baş biseps tendonu patolojileri ultrasonografi ile değerlendirildi. Omuz eklem hareket açıklıkları gonyometre ile ölçüldü. DM ile humeral kıkırdak kalınlığı arasındaki bağımsız ilişki çok değişkenli doğrusal regresyon ve bias-corrected and accelerated (BCa) bootstrap analizi ile incelendi.

BULGULAR

DM grubunda humeral artiküler kıkırdak kalınlığı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (1,2±0,3 mm'ye karşı 1,4±0,2 mm; p=0,003). Parsiyel rotator manşet yırtığı DM grubunda daha sık saptandı (%37,9'a karşı %17,4; p=0,022). Ayrıca abdüksiyon, addüksiyon, internal ve eksternal rotasyon hareket açıklıkları DM grubunda anlamlı olarak daha düşüktü. Yaş, vücut kitle indeksi, cinsiyet, hipertansiyon ve eşlik eden tendon patolojileri için düzeltme yapıldıktan sonra DM, azalmış humeral kıkırdak kalınlığı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Bu ilişki BCa bootstrap analizinde de doğrulandı.

SONUÇ

Tip 2 DM'li hastalarda humeral artiküler kıkırdak kalınlığında azalma, parsiyel rotator manşet yırtığı sıklığında artış ve omuz hareket açıklığında kısıtlanma saptandı. DM'nin humeral kıkırdak kalınlığındaki azalma ile bağımsız ilişkili olması, diyabete bağlı omuz tutulumunun periartiküler yumuşak dokuların yanı sıra artiküler kıkırdağı da kapsayabileceğini düşündürmektedir.

ANAHTAR KELIMELER

Diabetes mellitus tip 2, artiküler kıkırdak, omuz eklemi.



SS-006

Serum GRP78 Düzeyleri ve Fibromiyalji: Yeni Bir İmmunolojik Perspektif

Derya Çırakoğlu[1], Hacer Özlem Kalaycı[2]

[1] Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

[2] Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Mail: , Tel: 0-505-3156795

AMAÇ

Bu çalışma, fibromiyalji (FM) tanısında serum Glucose-Regulated Protein 78 (GRP78) düzeyinin bir biyobelirteç olup olamayacağını irdelemeyi amaçlamıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Prospektif olarak dizayn edilen bu çalışmaya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğinde Ekim 2025-Nisan 2026 tarihleri arasında 2016 ACR kriterlerine göre FM tanısı konulan 60 kadın hasta ve yaş uyumlu 60 sağlıklı kadın kontrol dahil edildi. Katılımcıların yaş, tam kan sayımı, sedimentasyon, C-reaktif protein, troid fonksiyon testleri değerleri kaydedildi. FM şiddetini değerlendirebilmek için Fibromiyalji Etki Anketi (FIQ), ağrı yoğunluğu için Visual Analog Scale (VAS), santral sensitizasyon değerlendirmesinde Santral Sensitizasyon Envanteri (CSI) kullanıldı. Ordu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 26.09.2025 tarihinde (Karar no: 2025/300) etik kurul onayı alındı ve çalışma BAP projesi olarak kabul edildi.

BULGULAR

FM hasta grubunda yaş ortalaması 44.22±9.56 iken kontrol grubunda ise 44.55±14.65 bulundu. Aralarında istatistiksel olarak fark saptanmadı (p=0.883). Hastaların ortalama GRP78 değeri 0.96±0.68 (0.037-4.278), kontrol grubunun ise 0.36±0.02 (0.00-0.363) olarak bulundu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$).

FM grubunda yaş ve klinik parametreler ile GRP78 arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ($p = 0.165$), semptom şiddet skalası ($p = 0.611$), yaygın ağrı indeksi ($p = 0.602$), CS ($p = 0.438$) ve VAS ($p = 0.198$) skorlarının GRP78 düzeyleri üzerinde bağımsız bir etkisi saptanmamıştır. FIQ skoru ise istatistiksel anlamlılık sınırına oldukça yaklaşmış olsa da anlamlı düzeye ulaşamamıştır ($p = 0.057$).

GRP78 düzeylerinin FM hastalarını sağlıklı kontrollerden ayırt etmedeki tanısal doğruluğunu belirlemek amacıyla toplam 120 katılımcı üzerinden ROC eğrisi analizi yapılmıştır. Yapılan analizde, GRP78'in mükemmel düzeyde bir ayırt edici güce sahip olduğu saptanmıştır (AUC = 0.989, Standart Hata = 0.006, %95 GA: 0.000 -1.000, $p < 0.001$). FM tanısında GRP78 için en ideal cut-off değeri 0.269 olarak belirlenmiş olup, bu değerde testin sensitivitesi %93.3, spesifitesi %96.7 olarak saptanmıştır.

SONUÇ

Bulgularımız GRP78'in FM de subjektif şikayetlerin şiddetini ölçen bir değer olmaktan ziyade, objektif olarak kullanılabilecek bir biyobelirteç olabileceğini desteklemektedir.

ANAHTAR KELIMELER

Fibromiyalji, GRP78, Biyobelirteç



SS-006 DEVAM

TARTIŞMA

Fibromiyalji yaygın kronik ağrı, uyku bozukluğu, yorgunluk, bilişsel işlev ve ruh hali bozuklukları gibi semptomların olduğu romatizmal bir hastalıktır. Bu hastalıkta objektif laboratuvar veya görüntüleme kriterleri bulunmadığı için tanı büyük oranda subjektif klinik ölçeklere ve dışlama kriterlerine dayanır (1,2). Bu durum, klinisyenler için hastaya yaklaşımda hızlı, güvenilir ve objektif biyobelirteç arayışını zorunlu kılmaktadır.

GRP78, normal hücrelerdeki Endoplazmik Retikulum'da (ER) katlanmamış protein yanıtının ana proteinidir. Bu protein katlanmamış proteinleri hücresel bozunma mekanizmalarını kullanarak yeniden katlanmaya veya parçalanmaya zorlar. GRP78 ifadesi, ER stresi koşulları altında artar ve yaygın olarak ER stresinin bir belirteci olarak kullanılır. Stres altında hücre zarında GRP78'in aşırı ifadesi, çok miktarda düzensiz proteinin oluşmasına aracılık eder. Ne yazık ki, bu durum bakteri, virüs gibi patojenlerin hücreye girmesine ve patogeneze yol açan farklı yolları başlatmasına neden olur. Ek olarak, GRP78 çeşitli kanser hücrelerinin zarlarında aşırı ifade edilir ve hastalığın agresif seyretmesine yol açar (3). Bununla birlikte son araştırmalar, ER stresinin kronik ağrının gelişmesine ve devamlılığına neden olan çeşitli yolları aktive ettiğini öne sürmektedir (4). Yapılan bir çalışmada FM hastalarında kontrol grubuna göre serum GRP78 seviyeleri istatistiksel olarak yüksek bulunmuş ve ER stresinin FM'nin patofizyolojisinde önemli bir rol oynadığı sonucuna varılmıştır (5). Benzer şekilde bizim bulgularımızda FM hastalarında artmış GRP78 ekspresyonunu ortaya koyarak, hastalık sürecinde hücresel düzeyde ciddi bir ER stres yükünün varlığını desteklemektedir. Bu durum, FM'nin patogenezinde hücresel stres mekanizmalarının ve protein katlanma bozukluklarının önemli birer bileşen olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda ortaya koyduğumuz yüksek GRP78 düzeyleri, FM'nin patofizyolojisini anlamada ve objektif tanı kriterleri geliştirmede gelecekte umut vaat edebilecek sonuçlar sunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Winslow BT, Vandal C, Dang L. Fibromyalgia: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2023;107(2):137-144.

2. Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, Atzeni F. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. Nat Rev Rheumatol. 2020;16(11):645-660.

3. Ni M, Zhang Y, Lee AS. Beyond the Endoplasmic reticulum: atypical GRP78 in cell viability, signalling and therapeutic targeting. Biochem. 2011; J. 434, 181–188.

4. Kim HS, Lee D, Shen S. Endoplasmic reticular stress as an emerging therapeutic target for chronic pain: a narrative review. Br. J. Anaesth. 2024; 132: 707–724

5. Otlu Ö, Kıran TR, Baykara RA, Erdem M, İnceoğlu F. Endoplasmic reticulum stress and oxidative imbalance is the missing link in fibromyalgia pathophysiology. Sci Rep. 2025; 21;15(1):36729.



SS-007

SUBAKUT VE KRONİK DÖNEM İNME HASTALARINDA BİLİŞSEL FONKSİYONLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Benay Keleş[1], Sultan Tufan[2], Zerrin Kasap[2]

[1] Rize Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Rize

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

AMAÇ

Subakut ve kronik dönemdeki inme hastalarında bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi ve bilişsel performans ile ilişkili demografik, klinik ve fonksiyonel faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

18 yaş ve üzeri, inme sonrası geçen süre 3 ay ve üzeri olan, ilk kez iskemik veya hemorajik inme geçirmiş ve afazi ya da ihmal bulgusu olmayan hastalar dahil edildi. Yaş, cinsiyet, inme sonrası geçen süre, inme tipi ve lokalizasyonu, etkilenen vücut tarafı, Standardize Mini Mental Test (SMMT), Fonksiyonel Ambulasyon Sınıflaması (FAS), Brunnstrom Motor İyileşme Evrelemesi (BMİE), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (BGYAİ) verileri kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 85 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 64,6±14,4 yıl olup, 35'i (%41,2) kadın, 50'si (%58,8) erkekti. Hastaların 72'si (%84,7) iskemik, 13'ü (%15,3) hemorajik inme geçirmişti. İnme sonrası geçen süre 16 (ÇAA:44) ay idi. SMMT, BGYAİ ve FAS skorları sırasıyla 23 (ÇAA:9), 65 (ÇAA:47,5) ve 3 (ÇAA:2) olarak saptandı. SMMT skoru ile yaş arasında orta düzeyde negatif (ρ=-0,480; $p<0,001$), FAS (ρ=0,479; $p<0,001$) ve BGYAİ (ρ=0,510; $p<0,001$) skorları ile orta düzeyde korelasyon saptandı. SMMT skoru ile inme sonrası geçen süre ve üst ekstremite, el ve alt ekstremite BMİE evreleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$). SMMT skorları erkek cinsiyette anlamlı şekilde daha yüksekken ($p<0,001$), inme tipi, lokalizasyonu ve etkilenen vücut tarafına göre anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Çoklu doğrusal regresyon analizinde daha yüksek BGYAİ skoru (β=0,410; $p<0,001$) ve erkek cinsiyet (β=0,279; p=0,001) daha yüksek SMMT skoru ile, ileri yaş ise daha düşük SMMT skoru ile (β=-0,263; p=0,005) bağımsız olarak ilişkili bulundu.

SONUÇ

Subakut ve kronik dönemdeki inme hastalarında bilişsel performansın yaş, cinsiyet ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyiyle bağımsız olarak ilişkili olduğu saptandı. İleri yaş ve kadın cinsiyet daha düşük bilişsel performansla ilişkiliyken, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığın artması daha iyi bilişsel performansla ilişkili bulundu. Bu bulgular, inme rehabilitasyonunda bilişsel ve fonksiyonel durumun birlikte değerlendirilmesinin önemini desteklemektedir.

Anahtar kelime: İnme, bilişsel fonksiyon, fonksiyonel bağımsızlık



SS-008

GLP-1 RESEPTÖR AGONİSTLERİ ROMATOLOJİDE YENİ BİR TEDAVİ HEDEFİ Mİ? LİTERATÜRÜN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Doç. Dr. Gonca SAĞLAM AKKAYA[1], Asistan Dr. Sezer İSMAİLOĞLU[2]

[1] KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

[2] KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD

goncasaglam@ktu.edu.tr | 04623771016; sezerismailoglu@gmail.com | 04623771093

GIRIŞ

Glukagon benzeri peptid-1 reseptör agonistleri (GLP-1 RA), obezite ve tip 2 diyabet tedavisindeki etkinliklerinin yanı sıra kardiyometabolik etkileri nedeniyle romatoloji alanında giderek artan ilgi görmektedir. Bu çalışmada, GLP-1 RA ve romatolojik hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürün güncel araştırma eğilimlerinin bibliyometrik olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM

Web of Science Core Collection veri tabanında 2026 yılına kadar yayımlanan çalışmalar, GLP-1 RA ve romatolojik hastalıklarla ilişkili anahtar kelimeler kullanılarak tarandı. Yayınların yıllara göre dağılımı, ülke, kurum ve yazar üretkenliği ile anahtar kelimelerin tematik ve zamansal ilişkileri VOSviewer kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR

GLP-1 RA ve romatoloji ilişkisini inceleyen yayınlarda özellikle son beş yılda belirgin artış görüldü. Amerika Birleşik Devletleri, %38 yayın payı ve 4.200'ün üzerinde atıf ile ilk sırada yer alırken, İngiltere (%12), Danimarka (%9) ve Çin (%8) onu takip etti. University of Copenhagen ve Mayo Clinic öne çıkan kurumlar arasında yer aldı. Tematik analiz, araştırma odağının diyabet ve metabolik özelliklerden obezite ve kardiyometabolik risk yönetimine, daha yakın dönemde ise hastalık aktivitesi, immünmodülasyon, sitokin profili ve kıkırdak korunmasına kaydığını gösterdi. Osteoartrit klinik kanıt düzeyi açısından öne çıkarken, romatoid artrit ve Psöriatik artritte hastalık aktivitesi ve metabolik inflamasyon; gut ve sistemik otoimmün romatizmal hastalıklarda ise olası immünolojik etkilerin araştırıldığı görüldü.

TARTIŞMA

GLP-1 RA literatürü romatolojide hızla genişlemekte ve araştırma odağı metabolik etkilerden immünmodülasyona doğru kaymaktadır. Bununla birlikte klinik kanıtlar hastalıklar arasında heterojendir ve mevcut veriler özellikle sistemik romatizmal hastalıklarda sınırlıdır.

SONUÇ

GLP-1 RA'ların romatolojideki klinik rolü henüz netleşmemiştir. Özellikle kilo kaybından bağımsız etkilerin belirlenmesi ve hastalık aktivitesine katkısının ortaya konması için kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELIMELER

GLP-1 reseptör agonisti; romatoloji; obezite; immünmodülasyon



SS-009

Sprengel Deformitesi Tanılı Pediatrik Olguda Fizik Tedavi Programına Eklenen Kinezyobantlama Protokolüne Erken Klinik Yanıt: Bir Olgu Sunumu

Serpil Demirulus[1]

[1] Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Trabzon

GIRIŞ VE AMAÇ

Sprengel deformitesi, embriyonik gelişim sırasında skapulanın servikal bölgedeki başlangıç konumundan posterior torakstaki anatomik konumuna doğru gerçekleştirmesi gereken kaudal göçün tamamlanamaması sonucu ortaya çıkan konjenital bir anomalidir. Deformite çoğunlukla sporadik olarak görülmekle birlikte, bazı olgularda otozomal dominant geçiş de gösterilmiştir [1]. Cerrahi müdahale için en uygun yaş konusunda görüş ayrılıkları bulunsa da çoğu yazar, brakiyal pleksusun aşırı gerilmesi nedeniyle adaptasyon kaybı riski bulunduğundan, hastaların 8 yaşın altında opere edilmesini önermektedir [2,3]. Bu olguda cerrahi dışı takip edilen 10 yaşındaki Sprengel deformiteli çocuğun egzersiz programına eklenen kinezyobantlama protokolünün egzersizler sırasındaki eklem hareket açıklığı (EHA) üzerindeki erken klinik etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

On yaşında erkek hastaya ortopedi kliniği tarafından cerrahi dışı izlem kararı verilmesi üzerine periskapular kasları güçlendirmek ve EHA'yı korumak amacıyla egzersiz programı planlanmıştır. Fizik tedavi programı esnasında sürece kinezyobantlama entegre edilmiştir. Skapula hipoplazisine bağlı asimetrik duruş nedeniyle trapez kasının üst ve orta parçalarına fasilitasyon amacıyla origodan insersiyoya doğru %30 gerimle "I" bant uygulanmıştır. Skapular stabilizasyonu sağlamak için skapula retraksiyon ve addüksiyon pozisyonuna getirilmiş, omuz anteriorundan skapula superior ve inferior açılarına uzanan %30 gerimli "Y" bant uygulanmıştır. Serratus anterioru desteklemek ve yukarı rotasyonu kolaylaştırmak amacıyla omuz anteriorundan skapula alt-medial kenarına uzanan %30 gerimli rotasyonel bantlama yapılmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bantlama sonrasında olgunun egzersizler sırasındaki aktif EHA'sında ve hareket toleransında erken dönemde belirgin bir artış gözlenmiştir. Kinezyobantlamanın skapulotorasik biyomekaniği ve propriyosepsiyonu destekleyerek egzersizlere katılımı kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Sonuç olarak, kinezyobantlama cerrahi dışı izlenen çocuk Sprengel deformitesi olgularında egzersiz etkinliğini destekleyen güvenli ve non-invaziv bir adjuvan yöntem olabilir, uzun dönem sonuçlar için geniş kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELIMELER

Sprengel deformitesi, kinezyobantlama, skapular stabilizasyon.

Kadavkolan AS, Bhatia DN, Dasgupta B, Bhosale PB. Sprengel's deformity of the shoulder: Current perspectives in management. Int J Shoulder Surg. 2011;5(1):1-8. doi:10.4103/0973-6042.80459

Grogan, D P et al. “The congenital undescended scapula. Surgical correction by the woodward procedure.” The Journal of bone and joint surgery. British volume vol. 65,5 (1983): 598-605. doi:10.1302/0301-620X.65B5.6643564



SS-009 DEVAM

Andrault, G et al. “Green's surgical procedure in Sprengel's deformity: cosmetic and functional results.” Orthopaedics & traumatology, surgery & research : OTSR vol. 95,5 (2009): 330-5. doi:10.1016/j.otsr.2009.04.015



POSTER BİLDİRİLER

PS-001

Reaktif Artriti Taklit Eden Akut Lenfoblastik Lösemi Relapsı: Olgu sunumu

Hande Öğün[1], Hasan Mücahit Özbaş[2]

[1] Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabiltasyon ABD, Romatoloji Bilim dalı, Giresun

[2] Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Hematoloji Bilim dalı, Giresun

GIRIŞ

Akut lenfoblastik lösemi (ALL), erişkinlerde nadiren kas-iskelet sistemi bulguları ile prezente olabilen hematolojik malignitelerden biridir. Bu olguda, reaktif artrit ön tanısıyla takip edilirken refrakter artrit nedeniyle yapılan ileri değerlendirmeler sonucunda T-hücreli ALL nüksü saptanan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU

Otuz sekiz yaşında erkek hasta, bir yıl önce T-hücreli ALL tanısı almış, indüksiyon kemoterapisini takiben allojenik hematopoetik kök hücre nakli uygulanmıştı. Nakilden yaklaşık altı ay sonra, ishali takiben gelişen poliartrit ve akut faz reaktanlarında yükseklik nedeniyle romatoloji kliniğine başvurdu.

Fizik muayenesinde el, diz, ayak bileği ve dirsek eklemlerinde artrit saptandı. Laboratuvar incelemelerinde eritrosit sedimentasyon hızı (70) ve C-reaktif protein (50) düzeyleri yüksek, hemoglobin 9,5 g/dL iken lökosit ve trombosit sayıları normal sınırlardaydı. Ürik asit düzeyi normal, romatolojik otoantikorlar (RF, ANTİ-CCP, ANA, HLAB27, P- ANCA, C-ANCA, ENA paneli) ve viral hepatit serolojileri negatif bulundu. Direkt grafilerde ve periferik yaymada patoloji görülmedi.

Diz ve ayak bileği eklem sıvısında yaklaşık 50.000/mm³ lökosit saptandı. Sinovyal sıvı kültürlerinde üreme olmadı, sitopatolojik incelemede atipik hücre izlenmedi. Hastanın nakil sonrası trimetoprim-sülfametoksazol ve valasiklovir profilaksisi kullanıyor olması nedeniyle kültür sonuçlarının baskılanmış olabileceği düşünülerek enfeksiyon hastalıkları önerisi ile ampirik antibiyotik tedavisi bir ay süreyle uygulandı. Bununla birlikte başlangıçta verilen sistemik glukokortikoid tedavisine belirgin yanıt alınmasına rağmen doz azaltımı sırasında tekrarlayan artrit atakları gelişti. Bu nedenle tedaviye metotreksat, kolşisin ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaç eklendi. Eş zamanlı olarak hematoloji önerisiyle ruxolitinib tedavisi başlandı. Buna rağmen artritlerin refrakter seyretmesi ve steroid dozu azaltılınca akut faz reaktanlarında yükselme izlenmesi üzerine ileri görüntüleme yapıldı. Manyetik rezonans görüntüleme ve pozitron emisyon tomografisinde kemik iliğinde yaygın patolojik lezyonlar saptandı(Figür 1). İzlemin üçüncü ayında trombosit sayısında düşüş (önce 60bin sonrasında 32bin'e kadar geriledi) gelişmesi üzerine periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi tekrarlandı. Biyopside hiperselüler blast hücre infiltrasyonu izlendi ve flowsitometrisinde T-hücreli ALL nüksü doğrulandı. Bunun üzerine hasta hematoloji kliniğine devredilerek yeniden kemoterapi başlandı.



PS-001 DEVAM

SONUÇ

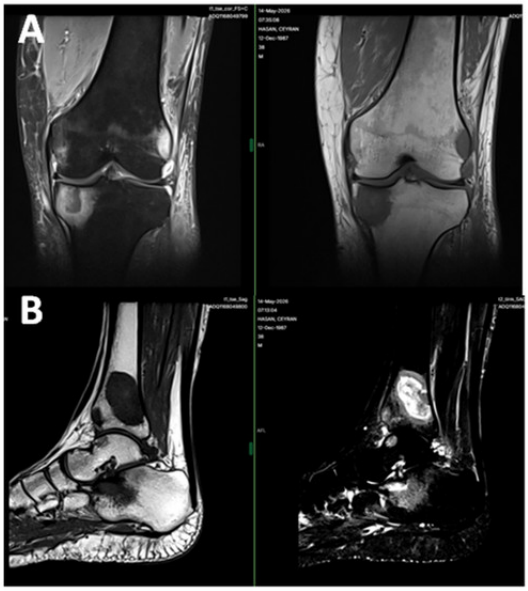
Hematopoetik kök hücre nakli sonrası gelişen inflamatuvar artritlerde enfeksiyon, graft versus host hastalığı ve reaktif artrit ön planda düşünülse de, tedaviye dirençli olgularda hematolojik malignite nüksü mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Başlangıçta periferik yayma, sinovyal sıvı sitolojisi ve hematolojik parametrelerin normal olması ALL nüksünü dışlamaz. Özellikle steroid bağımlı veya immünsupresif tedaviye rağmen persistan inflamatuvar artrit varlığında ileri görüntüleme yöntemleri ve gerektiğinde kemik iliği değerlendirmesi tanıda kritik öneme sahiptir. Bu olgu, refrakter artritin ALL nüksünün ilk klinik bulgusu olabileceğini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

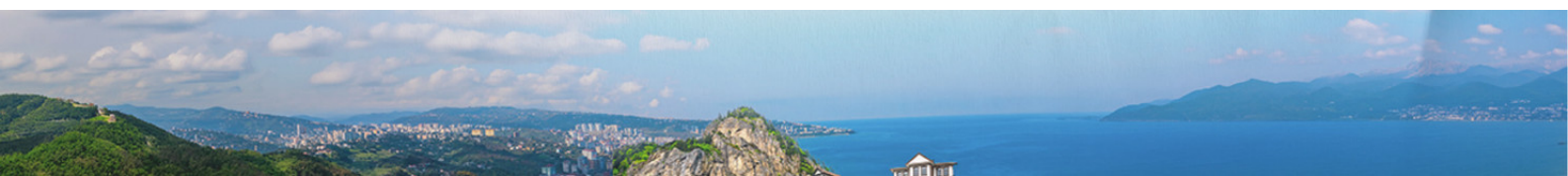
Figür 1. A: Diz eklemi MR görüntüleme. Femur medial ve lateral kondil, tibia medial eminensiada T1 kontrastlı hiperintens, T1 hipointens lezyonlar.

B: Ayak bileği eklemi MR görüntüleme. Tibia distal, talus subkondral ve kalkaneus anteriorda T1 hipointens, STIR sekanta hiperintens lezyonlar.

ANAHTAR KELIMELER

Reaktif Artrit, Akut Lenfoblastik Lösemi





PS-002

Primer Hiperparatiroidizme Bağlı Ayak Bileği Kalsifik Periartriti ve Sekonder Kondrokalsinozis

Büşra DEMİRCİ, Murat KARKUCAK

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

GİRİŞ

Primer hiperparatiroidi (PHPT), parathormonun aşırı salınımına bağlı gelişen sistemik bir endokrinopatidir (1). PHPT seyrindeki kronik hiperkalsemi ve metabolik değişimler; kartilaj, kapsül, tendon ve fasya gibi periartiküler yumuşak dokularda kalsiyum pirofosfat dihidrat (CPPD) veya temel kalsiyum fosfat (BCP) kristallerinin çökmesine zemin hazırlar (2). Paratiroidektomi sonrası normokalsemi sağlansa dahi, önceden biriken kalsifik odaklar varlığını sürdürerek mekanik irritasyonlar neticesinde tekrarlayan akut artrit ataklarına yol açabilir (3).

OLGU

Yaklaşık 25 yıldır PHPT tanısı bulunan ve 2009'da paratiroidektomi geçiren 45 yaşında erkek hasta; her iki ayakta ağrı ve sol ayak bileğinde akut inflamasyon bulgularıyla başvurdu. Fizik muayenede sol ayak bileğinde eritem, lokal ısı artışı ve ödem saptandı. Ultrasonografide (USG) sol tibiotalar eklemde belirgin anekoik efüzyon; direkt radyografilerde ise bilateral tibiotalar eklem çevresinde ve plantar fasya trasesinde yaygın periartiküler kalsifikasyonlar tespit edildi (Şekil 1, 2).

USG rehberliğinde yapılan artrosentez ile 5 mL inflamatuar eklem sıvısı aspire edildi. Sıvı bazlı sitolojik ve polarize mikroskobik incelemede CPPD veya monosodyum ürat (MSU) kristali izlenmedi. İlk atakta tek doz intramüsküler depo steroid (metilprednisolon asetat), kolşisin ve oral NSAİİ ile remisyon sağlandı. Ancak takibin 5. ve 8. aylarında aynı eklemde nüks gelişti. Konvansiyonel tedavilere dirençli bu tablo karşısında hastaya Metotreksat başlandı.

Şekil 1 Şekil 2

periartiküler kaba kalsifikasyonlar

plantar fasya kalsifikasyonu

periartiküler kaba kalsifikasyonlar

TARTIŞMA

PHPT, periartiküler yumuşak dokularda kristal patolojilerine zemin hazırlar (1). Paratiroidektomi sonrası normokalsemi sağlansa da önceden biriken kalsifik odakların nüks eden artrit ataklarını tetikleyebildiği gösterilmiştir (3). Kondrokalsinozis ve periartiküler kalsifikasyonlar sıklıkla büyük eklemleri hedeflese de olgumuzdaki gibi tibiotalar eklem ve plantar fasya gibi yük binen distal bölgelerde de tutulum yapabilir (2).

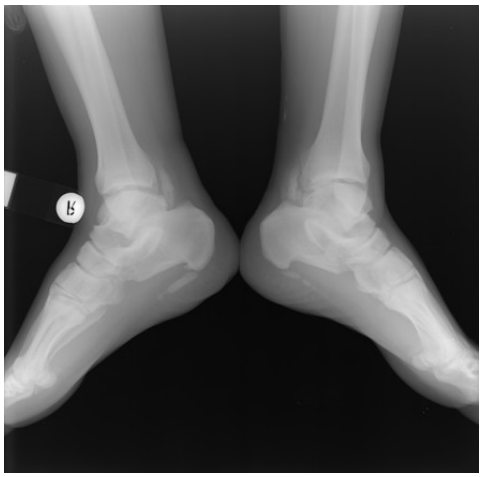
Kristal artritlerde artrosentez sıvısında kristal gösterilememesi bilinen bir kısıtlılıktır ve kalsifik irritasyona ikincil inflamasyonu ekarte ettirmez (4). Lokal steroid ve NSAİİ'ler ilk basamakta remisyon sağlasa da olgumuzda olduğu gibi nüksleri önlemede yetersiz kalabilir (5). Bu tür dirençli vakalarda hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçların (DMARD) immünmodülatör etkisinden yararlanılması etkili bir yaklaşımdır (5).



PS-002 DEVAM

SONUÇ

PHPT öyküsü olan olgularda paratiroidektomi sonrasında da periartiküler kalsifikasyonlara ikincil dirençli ve tekrarlayan artrit atakları gelişebilir. Eklem sıvısında kristal gösterilemeyen ancak kalsifikasyon ilişkili inflamasyon düşünülen ve konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen vakalarda Metotreksat kullanılabilecek alternatifler arasında yer alır.





KAYNAKÇA

1) Bilezikian, J. P., et al. (2014). Evaluation and management of primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99(10), 3561-3573.

2) Rosenthal, A. K., & Ryan, L. M. (2016). Calcium Pyrophosphate Deposition Disease. New England Journal of Medicine, 374(26), 2575-2584.

3) Geusens, P., et al. (2001). Longitudinal study of calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition and pseudogout after parathyroidectomy in primary hyperparathyroidism. Annals of the Rheumatic Diseases, 60(2), 170-172.

4) Filippou, G., et al. (2021). Ultrasound in calcium pyrophosphate deposition disease: an OMERACT validity study. Rheumatology, 60(7), 3338-3345.

5) Choi, H. K., et al. (2005). Management of crystal-induced arthritis: gout and calcium pyrophosphate arthritis. Current Opinion in Rheumatology, 17(3), 300-309.



PS-003

EKSTREMİTE ŞİŞLİĞİ VE EKLEM AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ:KLİPPEL-TRENAUNAY SENDROMU OLGU SUNUMU

Feyza Nur AKIN BİRİNCİOĞLU 1, Erhan ÇAPKIN 1

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

ÖZET

Klippel-Trenaunay sendromu (KTS), kapiller malformasyon, venöz ve/veya lenfatik anomaliler ile yumuşak doku veya kemik hipertrofisi triadı ile karakterize nadir bir konjenital vasküler hastalıktır. En sık alt ekstremiteyi tutmakla birlikte üst ekstremite tutulumu da bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, uzun yıllardır devam eden üst ekstremite şişliği ve ağrı şikayetleri ile başvuran ve KTS düşünülen bir hasta sunulmaktadır

OLGU

Altmış bir yaşında kadın hasta, sol üst ekstremitede ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hastanın öyküsünde şişlik şikayetinin çocukluk döneminden beri mevcut olduğu ve yıllar içerisinde progresif olarak arttığı, özgeçmişinde pulmoner emboli öyküsü olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede sol üst ekstremitede yaygın kapiller malformasyon ile uyumlu şarap lekeleri izlendi(Resim-1). Sol üst ekstremite çevre ölçümü en geniş yerinde 37 cm, sağ üst ekstremite ise 30 cm olarak ölçüldü. Gode bırakan ödem saptanmadı ve stemmer bulgusu negatif olarak değerlendirildi.

Venöz doppler ultrasonografide sol aksiller ve brakial venlerde yer yer kalibrasyon artışı ve düzensizlik mevcut olup lümen içerisinde tromboz saptanmadı. Yüzeyel venöz sistemde bazilik ve sefalik venlerde dilatasyon izlendi, spontan akım ile augmentasyona yanıt doğal bulundu. Arteriyel Doppler incelemede patoloji saptanmadı. Lenfosintigrafi normal sınırlarda raporlandı. Direkt grafide kemik yapıda hipertrofi saptanmadı.

Klinik bulgular, uzun süreli progresif seyir ve kapiller malformasyon varlığı birlikte değerlendirildiğinde hastada Klippel-Trenaunay sendromu düşünüldü ve tıbbi genetiğe yönlendirildi.

Resim-1

TARTIŞMA

Klippel-Trenaunay sendromu (KTS), kapiller malformasyon, venöz malformasyonlar ve yumuşak doku/kemik hipertrofisi triadı ile tanımlanmaktadır (1). Patogenezinde sıklıkla PIK3CA mutasyonları rol oynar (2). Çoğunlukla alt ekstremiteyi tutar; üst ekstremite tutulumu daha nadirdir ve tanıyı zorlaştırabilir (3). Bu olgu üst ekstremite tutulumu olması açısından dikkat çekicidir. Ayırıcı tanıda lenfödem, izole venöz yetmezlik ve diğer vasküler malformasyon sendromları yer alır. Lenfosintigrafinin normal olması primer lenfödem olasılığını azaltmıştır.

KTS'de venöz malformasyon alanlarında lokalize intravasküler koagülopati , yüzeyel tromboflebit ,derin ven trombozu ve daha nadir olarak pulmoner emboli görülebilmektedir(4). Bu açıdan hastada pulmoner emboli öyküsü bulunması dikkat çekicidir.



PS-003 DEVAM

Ağrı sık görülen ve yaşam kalitesini etkileyen bir semptomdur (%37–88). Etiyoloji multifaktöriyel olup venöz yetmezlik, trombotik olaylar ve nöropatik mekanizmalar rol oynayabilir. Tedavi semptomlara yöneliktir; başlıca konservatif yaklaşımlar uygulanır, seçilmiş olgularda girişimsel yöntemler tercih edilebilir.

Bu olgu, uzun süreli ekstremite şişliği ve cilt lezyonları olan hastalarda nadir de olsa KTS'nin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.



KAYNAKLAR

1) Wassef M, Blei F, Adams D, Alomari A, Baselga E, Berenstein A, Burrows P, Frieden IJ, Garzon MC, Lopez-Gutierrez JC, Lord DJ, Mitchel S, Powell J, Prendiville J, Vikkula M; ISSVA Board and Scientific Committee. Vascular Anomalies Classification: Recommendations From the International Society for the Study of Vascular Anomalies. Pediatrics. 2015 Jul;136(1):e203-14. doi: 10.1542/peds.2014-3673. Epub 2015 Jun 8. PMID: 26055853.

2) Vahidnezhad H, Youssefian L, Uitto J. Klippel-Trenaunay syndrome belongs to the PIK3CA-related overgrowth spectrum (PROS). Exp Dermatol. 2016 Jan;25(1):17-9. doi: 10.1111/exd.12826. Epub 2015 Oct 13. PMID: 26268729.

3) Schoch JJ, Nguyen H, Schoch BS, Anderson KR, Stans AA, Driscoll D, Tollefson M. Orthopaedic diagnoses in patients with Klippel-Trenaunay syndrome. J Child Orthop. 2019 Oct 1;13(5):457-462. doi: 10.1302/1863-2548.13.190065. PMID: 31695812; PMCID: PMC6808075.

4) John PR. Klippel-Trenaunay Syndrome. Tech Vasc Interv Radiol. 2019 Dec;22(4):100634. doi: 10.1016/j.tvir.2019.100634. Epub 2019 Sep 23. PMID: 31864529.



PS-004

DİZ ARTROPATİSİ İLE PREZENTE OLAN YENİ TANI HIV OLGUSU

Dr. Alperen AYDOĞDU, Prof. Dr. Erhan ÇAPKIN

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

ÖZET

Akut diz efüzyonu ve ağrıyla başvuran hastalarda ayırıcı tanı oldukça geniş bir yelpazededir. Mekanik ve klasik romatolojik nedenler dışlandığında, tedaviye dirençli ve nedeni açıklanamayan efüzyonlarda viral etiyolojiler mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu sunumda, sol dizde masif efüzyonu olan ve anamnezi derinleştirildiğinde şüpheli temas öyküsü saptanıp yeni HIV tanısı alan akut bir artropati vakasını paylaşıyoruz. Amacımız, izole eklem bulguları olan hastalarda detaylı özgeçmiş sorgulamasının klinikteki önemine dikkat çekmektir.

OLGU

36 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 haftadır sol dizinde giderek artan şişlik, gerginlik ve hareket kısıtlılığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen bir travma veya romatolojik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede sol dizde masif efüzyon, lokal ısı artışı ve palpasyonla hassasiyet saptandı. Efüzyon nedeniyle diz fleksiyonu 90 derecede kısıtlıydı.

Tanı ve semptomatik rahatlatma amacıyla sol diz artrosentezi yapılarak 30 cc seröz vasıfta eklem sıvısı aspire edildi. Sıvı analizinde lökosit sayısı inflamatuar düzeydeydi; ancak kristal görülmedi, gram boyama ve kültürler negatif sonuçlandı. Rutin kan tetkiklerinde akut faz reaktanları (CRP, ESH) hafif yüksek; RF, anti-CCP ve HLA-B27 ise negatifti.

Klasik sebeplerin dışlanması üzerine hastanın anamnezi derinleştirildi. Yaklaşık 2 ay önce şüpheli cinsel temas öyküsü olduğu öğrenilince viral seroloji istendi ve Anti-HIV testi pozitif geldi. Enfeksiyon Hastalıkları bölümüyle konsülte edilen hastanın doğrulama testleri de pozitif çıkınca akut HIV enfeksiyonu tanısı netleşti. Mevcut klinik tablo, akut serokonversiyon döneminde gelişen sekonder HIV artropatisi olarak değerlendirildi. Enfeksiyon kliniğince ART (antiretroviral tedavi) planlanan hastanın diz semptomları için istirahat, soğuk uygulama ve NSAİİ önerildi. Sonraki poliklinik takiplerinde efüzyonun tekrarlamadığı izlendi.

TARTIŞMA

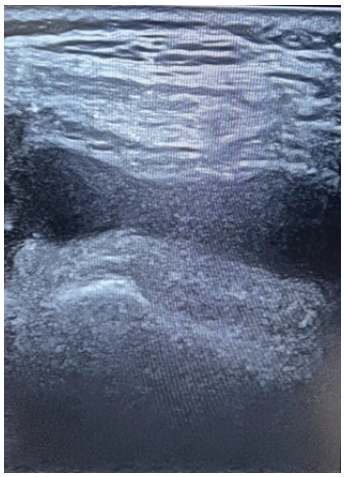
HIV enfeksiyonunda kas-iskelet sistemi bulguları sadece hastalığın kronik döneminde değil, maruziyetten sonraki ilk 2-8 haftalık akut retroviral sendrom (serokonversiyon) evresinde de karşımıza çıkabiliyor. Akut evrede gelişen HIV artropatisi; genellikle alt ekstremiteleri (özellikle dizi) tutan, kendi kendini sınırlayan ve steril eklem sıvısıyla karakterize asimetrik bir oligo/monoartrit şeklinde görülür.

Bu vaka, poliklinik şartlarında steril ve dirençli diz efüzyonuyla gelen genç-orta yaş gruptaki hastalarda sadece mekanik veya otoimmün nedenlere odaklanılmaması gerektiğini göstermektedir. Şüpheli temas ve risk faktörlerinin hekim tarafından ayrıntılı şekilde sorgulanması, hem hastanın erken ART almasını sağlar hem de olası bir bulaş zincirini erkenden kırarak halk sağlığına büyük katkı sunar.



PS-004 DEVAM





KAYNAKLAR

Calabrese LH, et al. Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. Semin Arthritis Rheum. 1989;18(4):225-239.

Adizie T, et al. Joint pain and HIV: A review. Int J STD AIDS. 2015;26(12):841-848.

Mody GM, Parke FA, Reveille JD. Articular manifestations of human immunodeficiency virus infection. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003;17(2):265-287.



PS-005

TOFÜSÜN GÖLGESİNDE GİZLENEN ENFEKSİYON

Generalize Tofüslü Gut Hastasında Staphylococcus aureus Septik Artriti Olgusu

Zehranur ÜLGÜN[1], Gonca SAĞLAM AKKAYA[1], Erhan ÇAPKIN[1]

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

ÖZET

Gut artriti ve septik artrit, akut monoartritin önemli nedenleri olup klinik olarak birbirini taklit edebilir. Özellikle kronik tofüslü gut, ileri yaş ve uzun süreli kortikosteroid kullanımı bulunan hastalarda gelişen akut monoartritte gut alevlenmesi ile septik artrit ayrımı kritik öneme sahiptir. Ayrıca gut artriti ve septik artritin aynı eklemde eş zamanlı görülebileceği ve kristal artritinin varlığının enfeksiyonu dışlamadığı bilinmektedir [1,3].

OLGU

65 yaşında erkek hasta, 20 gündür devam eden sağ diz ağrısı nedeniyle Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğine başvurdu.

Özgeçmişinde generalize tofüslü gut(resim-1) ve sarkoidoz nedeniyle başlanmış, adrenal yetmezlik nedeniyle sürdürülmekte olan yaklaşık 35 yıllık prednizolon 8 mg/gün kullanımı mevcuttu.

Hasta daha önce kullandığı allopurinol tedavisini kendi isteğiyle bırakmış; başvuru sırasında yalnızca kolşisin 1×1 kullanmaktaydı. Fizik muayenede hastanın ateşi yoktu ve genel durumu iyiydi. Sağ dizde belirgin şişlik, kızarıklık ve minimal ısı artışı ve palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Eklem hareket açıklığı korunmuş ancak hareketler ağrılıydı. Direkt diz grafilerinde gonartroz bulgularının yanı sıra periartiküler yumuşak dokularda belirgin mineralizasyonlar izlendi.(resim-2)

Laboratuvar incelemelerinde; ürik asit: 10.6 mg/dL, CRP: 58.1 mg/L, lökositoz ve nötrofilik predominans: %90'dı. Gut artriti, septik artrit, psödoseptik artrit ön tanılarıyla usg eşliğinde sağ diz suprapatellar aspirasyon yapıldı, yaklaşık 80 mL kahverengi- pürülan sinovyal sıvı elde edildi.(resim-3)

Sinovyal sıvının kristal analizi ve biyokimyasal incelemesi, örneğin homojenizasyon yetersizliği nedeniyle çalışılamadı. TOMA incelemesinde silme beyaz küre ve gram boyamada gram-pozitif koklar görüldü. Hasta acil olarak Ortopedi kliniğine yatırıldı.

Cerrahi eklem yıkama ve debridman uygulandı. Eklem sıvısı ve kan kültürlerinde Staphylococcus aureus üredi. Enfeksiyon Hastalıkları tarafından septik artrit ve bakteriyemi tanıları ile intravenöz antibiyoterapi başlandı. Hasta tedaviyi tam kür tamamlayarak klinik düzelme ile taburcu edildi.

Resim-3: Sağ diz aspirasyonundan elde edilen kahverengi-pürülan sinovyal sıvı.

TARTIŞMA

Kronik tofüslü gut ve uzun süreli kortikosteroid kullanımı olan hastalarda gelişen akut monoartritte gut alevlenmesi ile septik artrit ayrımı klinik olarak güç olabilir. Her iki tablo da ağrı, şişlik, kızarıklık ve inflamatuvar belirteçlerde yükselme ile seyredebilir. Ayrıca gut ile septik artrit aynı eklemde eş zamanlı görülebilir. [1,2]

Sinovyal sıvıda kristallerin gösterilmesi dahi septik artriti dışlamaz.



PS-005 DEVAM

Bu nedenle akut monoartritte sinovyal sıvının mikroskobik incelemesi ile birlikte Gram boyama ve kültür yapılması önemlidir. [1,3] Gut-septik artrit birlikteliği üzerine yapılan serilerde diz sık tutulan eklemlerden biri, Staphylococcus aureus ise en sık izole edilen etkenlerden biri olarak bildirilmiştir. Ayrıca hastaların bir bölümü ateşsiz başvurabilmektedir[2,3].

2024 tarihli bir gözlemsel çalışmada, septik artrit tanısı alan hastaların %23.6'sında eşlik eden kristal artriti; kristal artriti olanların %7.2'sinde ise eşlik eden septik artrit saptanmıştır. Gut öyküsü ve immünsupresyon durumu önemli risk faktörleri arasındadır. [4]

Bu olguda yaklaşık 35 yıllık kortikosteroid kullanımı, kontrolsüz tofüslü gut, allopurinolün bırakılmış olması ve yalnızca kolşisin kullanımı belirgin hiperürisemi ve yüksek kristal yükü için klinik zemin oluşturmuştur. Ateş olmamasına rağmen kızarıklık, şişlik, CRP yüksekliği, nötrofilik lökositoz, pürülan aspirat ve Gram-pozitif kokların görülmesi enfeksiyon açısından alarm bulguları oluşturmuştur.

Eklem sıvısı ve kan kültürlerinde Staphylococcus aureus üremesi ile tanı kesinleşmiş; erken cerrahi yıkama ve uygun intravenöz antibiyoterapi sonrası hasta tam kür ile taburcu edilmiştir.

SONUÇ

Tofüslü gut hastasında yeni gelişen akut monoartritte septik artrit mutlaka akılda tutulmalıdır. Gut ve enfeksiyon aynı eklemde birlikte bulunabilir. Ateş yokluğu, özellikle uzun süreli kortikosteroid kullanan hastalarda enfeksiyonu dışlamaz. Erken eklem aspirasyonu, Gram boyama ve kültür tanıda kritik öneme sahiptir. Uygun cerrahi ve antibiyotik tedavisi ile klinik sonuç olumlu olabilir.

Resim-1: Generalize tofüslü gut ile uyumlu belirgin el tofüsleri.

Resim-2: AP ve lateral grafilerde gonartroz ve periartiküler yumuşak doku mineralizasyonları.







PS-005 DEVAM





KAYNAKLAR

Shah K, et al. Does the presence of crystal arthritis rule out septic arthritis? J Emerg Med. 2007;32(1):23–26.

Yu KH, et al. Concomitant septic and gouty arthritis—an analysis of 30 cases. Rheumatology. 2003;42(9):1062–1066.

Prior-Español Á, et al. Coexistence of septic and crystal-induced arthritis: A diagnostic challenge. Reumatol Clin.

2019;15(6):e89–e94.

Mukerji S, et al. Concomitant septic and crystal arthropathy: a single-centre 10-year retrospective observational study.

N Z Med J. 2024;137(1597):67–78.



PS-006

Üst Ekstremite Tutulumlu Klippel–Trénaunay Sendromu: Olgu Sunumu

Elif SELİM BAHADIR[1], Muhammed KORKUT[2]

Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara[1]

Gaziantep Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Gaziantep[2]

GIRIŞ VE AMAÇ

Klippel–Trénaunay sendromu (KTS), kapiller malformasyon, ekstremite hipertrofisi ve venöz anomaliler ile karakterize nadir bir konjenital vasküler malformasyon sendromudur. Çoğunlukla alt ekstremiteleri etkilemekte olup üst ekstremite tutulumu daha nadirdir(1). Bu olguda, sol elde uyuşma yakınmasıyla başvuran ve değerlendirmeler sonucunda KTS tanısı alan bir hastanın sunulması amaçlandı.

OLGU

38 yaşında kadın hasta, sol el ilk üç parmakta uyuşma yakınmasıyla başvurdu. Öyküsünde sol üst ekstremite, omuz ve anterior torakal bölgenin sol yarısında doğumdan itibaren kırmızı-mor renk değişikliği bulunduğu ve sol üst ekstremitesinin karşı tarafa göre daha büyük olduğu öğrenildi. Fizik muayenede aynı bölgelerde port-wine stain ile uyumlu kapiller malformasyon ve sol üst ekstremitede belirgin hipertrofi izlendi. Sol el bileğinde Tinel ve Phalen testleri pozitifti. Kas gücü ve derin tendon refleksleri doğaldı. Renkli Doppler ultrasonografide sol üst ekstremite subkutan dokusunda dilate, düşük akımlı venöz yapılar izlendi; arteriyovenöz fistül veya yüksek akımlı vasküler malformasyon saptanmadı. Kapiller malformasyon, ekstremite hipertrofisi ve düşük akımlı venöz anomalilerin birlikteliği KTS ile uyumlu değerlendirildi. Hastaya karpal tünel sendromuna yönelik el bileğini nötral pozisyonda tutan gece splinti, aktivite modifikasyonu ve sinir kaydırma egzersizleri ile ağrı ve ödem kontrolüne yönelik medikal tedavi önerildi. Hastadan bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.

TARTIŞMA

Klippel-Trenaunay sendromunda venöz anomalilerin nörovasküler yapılar üzerindeki doğrudan kompresif etkisine bağlı nöropatik ağrı gelişebileceği bildirilmiştir(2). Olgumuzda ilk üç parmakta uyuşma ile Tinel ve Phalen testlerinin pozitif olması median sinirin kompresif etkilenimini düşündürmüştür. Bu olgu, KTS'li hastalarda nöropatik yakınmaların değerlendirilmesinde vasküler anomalilere bağlı periferik sinir kompresyonlarının da FTR pratiğinde göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır.

SONUÇ

Üst ekstremitede kapiller malformasyon, ipsilateral hipertrofi ve düşük akımlı venöz anomalilerin birlikteliğinde KTS düşünülmelidir. Uyuşma ve parestezi varlığında vasküler anomalilere bağlı olası kompresif nöropatiler de değerlendirilmelidir.

ANAHTAR KELIMELER

Klippel–Trénaunay sendromu, kapiller malformasyon, venöz malformasyon



PS-006 DEVAM



REFERANSLAR

1. Volz KR, Kanner CD, Evans J, Evans KD. Klippel-Trénaunay Syndrome. Journal of Ultrasound in Medicine. 2016;35(9):2057-65.

2. Lee A, Driscoll D, Gloviczki P, Clay R, Shaughnessy W, Stans A. Evaluation and management of pain in patients with Klippel-Trenaunay syndrome: a review. Pediatrics. 2005;115(3):744-9.

Şekil 1. Hastanın klinik görünümü. Sol üst ekstremite ile anterior ve posterior üst gövdeyi kapsayan geniş, segmental kapiller malformasyon (port-wine stain) ve sol üst ekstremitede belirgin hipertrofi izlenmektedir.



PS-007

Ganglion Kisti Eksizyonu Sonrası Gelişen Tarsal Tünel Sendromu: Olgu Sunumu

Elif SELİM BAHADIR[1], Ayşe Esma YILDIZ[2]

[1] Etlik Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

[2] Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kilis

GIRIŞ

Tarsal tünel sendromu (TTS), posterior tibial sinirin medial ayak bileğindeki fibro-osseöz tünelde sıkışması sonucu gelişen bir tuzak nöropatisidir. Etiyolojisinde travma, yer kaplayan lezyonlar, vasküler ve kemik patolojileri ile cerrahi sonrası skar dokusu ve iyatrojenik yaralanmalar yer almaktadır(1).

OLGU

Elli yedi yaşında erkek hasta, sol medial ayak bileğinde şişlik nedeniyle ortopedi kliniğine başvurmuş. Manyetik rezonans görüntülemede medial malleol inferiorundan talokalkaneal eklem mesafesine uzanan 25×16×30 mm boyutlarında, septalı ganglion kisti saptanmış (Şekil 1). Kitle eksizyonu sonrası histopatolojik inceleme ganglion kisti ile uyumlu bulunmuş. Operasyondan bir ay sonra medial ayak bileğinden topuk ve ayak tabanının medialine yayılan ağrı, uyuşma ve parestezi gelişmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Nörolojik muayenede motor ve duyu defisiti saptanmazken tarsal tünel üzerinde Tinel testi pozitifti. Elektromiyografide sol tibial sinir bileşik kas aksiyon potansiyeli amplitüdü normalin alt sınırında, medial ve lateral plantar sinir aksiyon potansiyelleri ise elde edilemedi. Bulgular tibial sinirin medial malleol düzeyinde tuzak nöropatisi ile uyumlu bulundu.

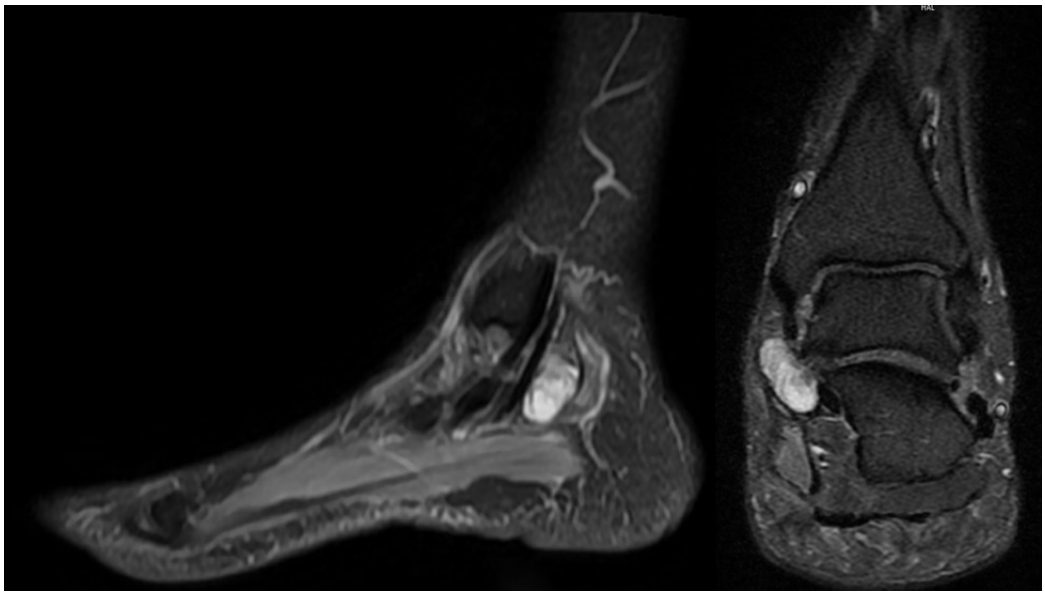
Semptomların cerrahi sonrası ortaya çıkması ve yeni bir yer kaplayan lezyon, vasküler patoloji veya travma bulunmaması nedeniyle TTS'nin cerrahi sonrası gelişen skar dokusu ve perinöral fibrozise bağlı olduğu düşünüldü. Hastaya aktivite modifikasyonu, uygun ayakkabı ve ortez desteği, antiinflamatuvar tedavi, skar ve yumuşak doku mobilizasyonu, gastroknemius-soleus germe ve tibial sinir kaydırma egzersizlerinden oluşan konservatif tedavi programı başlandı.

SONUÇ

TTS, yer kaplayan lezyonların yanı sıra cerrahi sonrası skar dokusu ve iyatrojenik nedenlere bağlı olarak da gelişebilir. Ayak bileği cerrahisi sonrası gelişen plantar ağrı, uyuşma ve parestezi varlığında postoperatif TTS ayırıcı tanıda düşünülmelidir.



PS-007 DEVAM



REFERANSLAR

1.Haq II, Banerjee AA, Arshad Z, Iqbal AM, Bhatia M. The management of tarsal tunnel syndrome: A scoping review. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma. 2024;54:102489.



PS-008

Sever Hastalığı-Bilateral Topuk Ağrısı ile Başvuran 9 Yaşındaki Olgu

Burcu SUNTUR, Doç. Dr. Gonca SAĞLAM AKKAYA

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

ÖZET

Sever hastalığı (kalkaneal apofizit), çocukluk çağında topuk ağrısının en sık nedenlerinden biridir. Büyüme döneminde kalkaneal apofiz üzerine tekrarlayan mekanik yüklenmeler sonucu gelişen bir traksiyon apofiziti olarak kabul edilir. Hastalık en sık 8–14 yaş arasındaki fiziksel olarak aktif çocuklarda görülmekte olup erkeklerde daha yüksek prevalans bildirilmiştir. Klinik olarak aktivite ile artan ve istirahatle azalan topuk ağrısı ile karakterizedir. Tanı çoğunlukla öykü ve fizik muayene ile konulmakta, görüntüleme yöntemleri ise ayırıcı tanı amacıyla kullanılmaktadır. Tedavide aktivite modifikasyonu, uygun ayakkabı ve tabanlık kullanımı, germe egzersizleri, fizik tedavi uygulamaları ve gerektiğinde bantlama gibi konservatif yaklaşımlar ön plandadır. Bilateral topuk ağrısı ile başvuran 9 yaşındaki bu olgumuzda Sever hastalığının tanı ve yönetimine dikkat çekmek istiyoruz.

ANAHTAR KELIMELER

Sever hastalığı, topuk ağrısı, kalkaneal apofizit



PS-009

Persistan Bel Ağrısında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Konsültasyonunun Tanıya Katkısı: Spondilodiskit, Psoas Apsesi ve Septik Artrit Olgusu

Sena BAYRAKTAR KAYA

Karadeniz Teknik Üniversite Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

GIRIŞ

Spondilodiskit, vertebra ve intervertebral diskin enfeksiyonu olup en sık hematojen yolla gelişir. En sık etken Staphylococcus aureus'tur. Septik artrit varlığında persistan veya şiddetli bel ağrısı spondilodiskit açısından uyarıcı olmalı ve erken manyetik rezonans görüntüleme ile değerlendirilmelidir.

OLGU

68 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 aydır devam eden şiddetli bel ağrısı nedeniyle dış merkezde konservatif tedavi ile takip edildi. Bel ağrısının başlamasından yaklaşık 3 hafta sonra gelişen sağ diz şişliği nedeniyle diz aspirasyonu yapıldı ve kültürde metisiline duyarlı Staphylococcus aureus (MSSA) üredi. Hasta septik artrit tanısıyla hastanemize yatırıldı. Yatışının ardından devam eden şiddetli bel ağrısı nedeniyle Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü'nden (FTR) konsültasyon istendi. FTR değerlendirmesi sonrasında çekilen kontrastlı lomber manyetik rezonans görüntülemede (MRG), L1-L2 düzeyinde spondilodiskit, anterior epidural flegmon ve bilateral psoas enfeksiyonu (sağ psoasta flegmon, sol psoasta apse) saptandı (Resim 1). Psoas apsesinden alınan örneğin kültüründe de MSSA üremesi saptandı.

Resim 1: Kontrastlı lomber MRG'de L1–L2 düzeyinde spondilodiskit, anterior epidural flegmon ve bilateral psoas enfeksiyonu.

FIZIK MUAYENE

Lomber eklem hareket açıklığı: Ağrılı ve kısıtlı

Düz bacak kaldırma testi: 30°'de pozitif

Lomber paravertebral kas spazmı: Mevcut

Nörolojik defisit: Yok

LABORATUVAR BULGULARI

Parametre	Başvuru	Tedavi Sonrası
CRP	207 mg/L	4.3 mg/L
Lökosit	10.6 ×10⁹/L	6.12 ×10⁹/L
Sedimentasyon	93 mm/saat	28 mm/saat

TEDAVI VE İZLEM

İki hafta intravenöz sefazolin tedavisi uygulandı.

Ardından 3 ay oral amoksisilin-klavulanat tedavisi verildi.

Klinik olarak bel ağrısında belirgin gerileme ve inflamatuvar belirteçlerde anlamlı düzelme sağlandı.



PS-009 DEVAM

TARTIŞMA

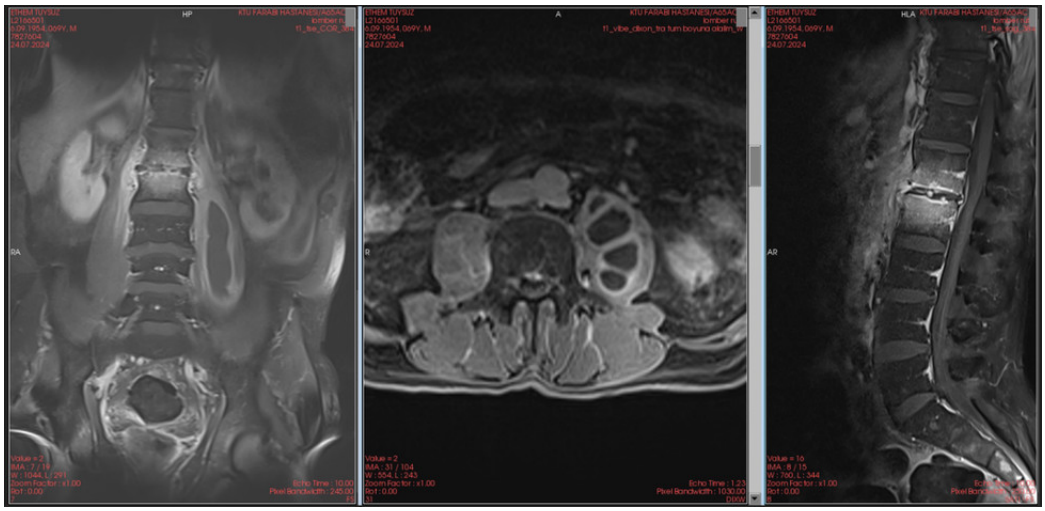
Bu olguda diz aspirasyonu ve psoas apsesi kültüründe aynı etken mikroorganizmanın (MSSA) izole edilmesi hematojen yayılımı desteklemektedir. Septik artritli hastalarda persistan veya şiddetli bel ağrısı varlığında spondilodiskit ve psoas apsesi akılda tutulmalı, erken MRG ile değerlendirme yapılmalıdır. MRG, spondilodiskit tanısında en yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip görüntüleme yöntemidir. Bu olguda FTR değerlendirmesi sırasında istenen lomber MRG ile tanı konulmuş ve erken dönemde uygun antibiyotik tedavisi başlanarak klinik ve laboratuvar iyileşme sağlanmıştır.

SONUÇ

Septik artrit tanısıyla izlenen hastalarda persistan veya şiddetli bel ağrısı spondilodiskit açısından alarm bulgusu olarak değerlendirilmelidir. Erken MRG incelemesi, multidisipliner yaklaşım ve zamanında başlanan uygun antibiyotik tedavisi başarılı klinik sonuçlar açısından büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELIMELER

Spondilodiskit; psoas apsesi; septik artrit; metisiline duyarlı Staphylococcus aureus ; bel ağrısı.



KAYNAKLAR

Berbari EF, Kanj SS, Kowalski TJ, Darouiche RO, Widmer AF, Schmitt SK, et al. 2015 Infectious Diseases Society of America (IDSA) Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Native Vertebral Osteomyelitis in Adults. Clin Infect Dis. 2015;61(6):e26-e46.

Zimmerli W. Vertebral osteomyelitis. N Engl J Med. 2010;362(11):1022-1029.



PS-010

MULTİPL VERTEBRAL FRAKTÜR İLE BAŞVURAN BİR OLGU: TRAVMA MI, MULTİPL MİYELOM MU?

Muhammed Galip KUMCU[1], Erhan ÇAPKIN[1]

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

GİRİŞ

Vertebral fraktürler osteoporozun önemli komplikasyonlarından biridir. Ancak özellikle erkek hastalarda, çoklu vertebral fraktür ve belirgin düşük kemik mineral yoğunluğu varlığında sekonder osteoporoz nedenleri araştırılmalıdır. Multipl miyelom, kemik tutulumu, vertebral fraktür ve hiperkalsemi ile prezente olabilen önemli bir sekonder nedendir. Bu olgu, travma sonrası geliştiği düşünülen vertebral fraktürlerde altta yatan nedenlerin değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

OLGU SUNUMU

Elli altı yaşında erkek hasta, yaklaşık iki yıl önce geçirdiği trafik kazası sonrası torakal ve lomber seviyelerde multipl vertebral fraktür saptanması üzerine dış merkezde Beyin ve Sinir Cerrahisi tarafından değerlendirilmiştir. Cerrahi tedavi uygulanmayan hasta korse ile izlenmiştir. Başlangıçta gerileyen bel ve sırt ağrılarının zaman içerisinde yeniden artması üzerine hasta kliniğimize başvurmuştur.

Yapılan değerlendirmede kemik mineral yoğunluğu T-skoru −3,0 olarak saptanmıştır. Sekonder osteoporoz açısından yapılan laboratuvar incelemelerinde hiperkalsemi, sınırda anemi ve alkalen fosfataz yüksekliği görülürken, parathormon ve tiroid fonksiyon testleri normal bulunmuştur.

Hastaya D vitamini ve antiresorptif tedavi planlanmış; hiperkalsemi, ALP yüksekliği, sınırda anemi ve multipl vertebral fraktürler nedeniyle hematolojik malignite açısından değerlendirilmek üzere Hematoloji bölümüne yönlendirilmiştir. Yapılan ileri tetkikler sonucunda multipl miyelom tanısı konulmuştur.

TARTIŞMA

Vertebral fraktürlerin etiyolojisinin belirlenmesinde yalnızca kırığın oluştuğu mekanizma değil, hastanın klinik seyri ve eşlik eden bulgular da dikkate alınmalıdır. Özellikle devam eden ağrı, çoklu kırıklar ve açıklanamayan laboratuvar anormallikleri, başlangıçtaki travma öyküsünün yeniden değerlendirilmesini gerektirebilir. Bu nedenle travma sonrası saptanan vertebral fraktürlerde altta yatan patolojik süreçlerin dışlanması tanısal açıdan önem taşımaktadır.

Multipl miyelomda kemik ağrısı, osteolitik lezyonlar ve patolojik vertebral fraktürler sık görülen klinik bulgulardır. Hastalığın klasik laboratuvar bulguları arasında anemi, hiperkalsemi ve böbrek fonksiyon bozukluğu yer alırken, serum protein elektroforezinde monoklonal protein ve serum serbest hafif zincirlerinde artış saptanabilir. Kemik iliğinde klonal plazma hücrelerinin gösterilmesi tanının temelini oluşturur. Hiperkalsemi, multipl miyelomun önemli miyelom tanımlayıcı bulgularından biri olup, vertebral fraktürlerle birlikte saptandığında hastalık açısından ileri değerlendirme gerektirir.

Olgumuzda vertebral fraktürler başlangıçta trafik kazası ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte, çoklu vertebral fraktür, T-skoru −3,0 ve hiperkalsemi sekonder bir neden açısından ileri değerlendirmeyi gerektirmiştir. Bu olgu, travma öyküsünün eşlik eden klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesinin yerine geçmemesi gerektiğini ve multipl miyelomun ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmasının önemini göstermektedir.



PS-010 DEVAM

SONUÇ

Travma sonrası vertebral fraktür saptanan hastalarda, kırıkların yalnızca travma ile ilişkilendirilmemesi ve eşlik eden klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi önemlidir. Çoklu vertebral fraktür, belirgin düşük kemik mineral yoğunluğu ve hiperkalsemi birlikteliğinde multipl miyelom gibi sekonder nedenler akılda tutulmalıdır.

ANAHTAR KELIMELER

Multipl miyelom, vertebral fraktür, sekonder osteoporoz

KAYNAKÇA

Watts NB, Adler RA, Bilezikian JP, et al. Osteoporosis in men: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(6):1802-1822.

Björnsdottir S, Clarke BL, Mannstadt M, Langdahl BL. Male osteoporosis—what are the causes, diagnostic challenges, and management. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2022;36(3):101766.

Rajkumar SV. Multiple Myeloma: 2024 Update on Diagnosis, Risk-Stratification and Management. Am J Hematol. 2024;99(9):1802-1824.

Rajkumar SV. Updated Diagnostic Criteria and Staging System for Multiple Myeloma. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2016:e418-e423.



PS-011

İLAÇ İLİŞKİLİ LUPUS ERİTEMATOZUS: BİR OLGU SUNUMU

Ekmel GEDİKLİ, Murat KARKUCAK

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

GİRİŞ

Çeşitli ilaçlar, sistemik lupus eritematozus (SLE) benzeri semptomların ve laboratuvar bulgularının ortaya çıkmasına neden olabilir ve bu klinik tablo ilaç kaynaklı SLE olarak bilinir. Vakaların çoğu hafif seyreder ve muhtemelen sadece küçük bir yüzdesi doğru teşhis edilir; ilaç kaynaklı SLE'nin tüm SLE vakalarının% 10 'unu temsil ettiği tahmin edilmektedir. Farklı gruplardan çok sayıda ilaç, ilaç kaynaklı SLE'nin tetikleyicisi olarak tanımlanmıştır; bunlar arasında antiaritmik, antihipertansif, antipsikotik, antibiyotik, antikonvülsan, antitiroid, antiinflamatuar, diüretik, statinler, biyolojik ilaçlar gibi gruplar yer almaktadır. Bu ilaçların çoğu sıklıkla antikor üretimine neden olur, ancak ilişkili hastalığın belirti veya semptomlarını üretmezler. Bu posterde, karbamazepin kullanan 40 yaş kadın hastadaki ilaç ilişkili SLE olgusu sunuldu.

OLGU

Kırk yaşında kadın hasta 2 aydır olan el ve el bileklerinde artralji şikayeti ile başvurdu. 15 yıldır epilepsi nedeniyle karbamazepin kullanan hastada daha önce antiepileptik ilaç kesilmesi denenmiş fakat yeni nöbetlerin ortaya çıkması ile tedaviye devam edilmesi karar verilmiş. Fizik muayenede karpal ve metakarpofalangeal eklemlerde artrit gözlendi. Tam kan sayımı sonuçlarında hemoglobin 12,1 g/dL, hematokrit ise% 38,1 olarak bulundu. Beyaz kan hücreleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Romatoid faktör negatifti ve antinükleer antikorlar (ANA) 1: 1000 – 1: 3200 titrede (+++) pozitifti (homojen patern) ve anti - nükleozom antikorları da pozitifti. Anti - dsDNA, anti - histonlar, anti - Sm, anti - RNP, anti - PM Scl, anti - Jo 1, anti - sentromer, anti - PCNA, anti - ribozomal P, anti - nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) ve antikardiyolipin IgM/IgG'ler negatifti. Kompleman seviyeleri düşüktü. Hastaya karbamazepin kaynaklı muhtemel SLE tanısı konuldu ve hidroksiklorokin (400 mg/gün) tedavisine başlandı. Antiepileptik tedavi epileptik nöbetlerin devam etmesi nedeniyle kesilemedi. Kontrollerinde şikayetleri gerileyen hastaya düzenli takip önerildi.

TARTIŞMA

Birçok ilaç, hastaların belirli bir yüzdesinde ANA pozitifliğinin ortaya çıkmasına neden olabilir, ancak hastaların sadece küçük bir kısmı ilaç ilişkili SLE klinik tablosunu geliştirir. Karbamazepin, diğer antiepileptikler gibi, antikor üretimini ve ilaç ilişkili SLE'yi indükleyebilir. Hastalığın erken teşhisi ve sorumlu ilacın kesilmesi, çoğu ilaç ilişkili SLE vakasında tedavi için genellikle yeterlidir. Bununla birlikte, klinik belirtilerin daha şiddetli olması, tetikleyici ilacın aniden kesilmesinin imkansızlığı ve teşhisin genellikle sonradan konulması, kortikosteroidler, antimalaryaller veya immünosupresanlarla tedaviyi gerekli kılabilir.

SONUÇ

Başka etkili alternatifler yoksa, etkili bir ilacı kesmeden önce riskleri ve faydaları değerlendirmek gerekebilir; bu durum, karbamazepenin tedavi edilen hastalıklar için gerçekten etkili tek ilaç olarak kabul edildiği için devam ettirildiği vakamızda olduğu gibidir.



PS-011 DEVAM

KAYNAKLAR

1. Álvarez - Lario B, Bártulos - Iglesias M, Colazo - Burlato M, Macarrón - Vicente J. Carbamazepine - induced systemic lupus erythematosus: A case - based review. Eur J Rheumatol. 2019 2. Rubin, R. L. (2015). Drug - induced lupus. Expert Opinion on Drug Safety, 14 (3), 361 – 378. 3. Joy, S. D. S. (2013). Rheumatology Nurses and General Practitioners Provide Effective Rheumatoid Arthritis Care. AJN The American Journal of Nursing, 113 (8), 63.



PS-012

FİBROMİYALJİ TANILI BİR HASTADA NOTALJİA PARESTETİKA: OLGU SUNUMU

Adil TUĞSEL, Gonca SAĞLAM AKKAYA

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

ÖZET

Notaljia parestetika, tipik olarak interskapular ve paravertebral bölgede unilateral kaşıntı, yanma, parestezi ve ağrı gibi duyusal semptomların eşlik edebildiği hiperpigmente deri lezyonu ile karakterize bir nörokutanöz bozukluktur (1,2). Etyolojide etkilenen alanda lokalize duyu innervasyonu artışı ve ilgili dermatomda dorsal spinal sinirlerin tuzaklanması üzerinde durulmaktadır (3). Burada Fibromiyalji tanılı, nöropatik semptomları bulunan bir Notaljia Parestetika olgusu sunulmuştur.

OLGU

Fibromiyalji tanısıyla kliniğimizde takipli 61 yaşında kadın hasta, duloksetin 60 mg/gün kullanmaktaydı. Yaklaşık 10 yıldır yaygın vücut ağrısı, kronik yorgunluk ve uyku bozukluğu bulunan hasta, sırtının sağ üst tarafında kaşıntılı bir alan olduğunu ifade etti. Kaşıntıya ek olarak sızı, yanma, karıncalanma ve özellikle kol abduksiyondayken iğnelenme, batıcı tarzda ağrı tarifliyordu. Üzüntü ve stresle kaşıntı ve yanma hissi artıyordu. Bu şikayetler de 10 yıldır devam etmekte, günlük yaşamını olumsuz etkilemekteydi. Sağ skapula superomedial kısımda hiperpigmente maküler cilt lezyonu ve kaşıntıya bağlı ekskoriasyonlar izlendi (Resim 1). Hastanın 2 yıl önce burun sağ dorsumunda bazal hücreli karsinom tanısı aldığı öğrenildi. Başka cilt lezyonu yoktu. Mevcut klinik bulgular değerlendirilerek hastada Notaljia Parestetika düşünüldü.

TARTIŞMA

Notaljia parestetika (NP), genellikle yaşlılarda, kadınlarda görülebilen, T2-T6 spinal sinirlerin dermatomlarına uyan lokalize yanıcı ağrı, parestezi, hiperestezi, kaşıntı ve hiperpigmentasyonla seyreden bir durumdur (1,2). Etyopatogenezi tam bilinmemekte; genetik yatkınlık, dermal innervasyon artışı, visserokutanöz refleks mekanizmalar, kimyasal nörotoksisiteye bağlı sensoriyal nöropati ve dorsal spinal sinir hasarı gibi faktörler üzerinde durulmaktadır (3). Fibromiyalji, toplumda yaygın bir kronik ağrı durumudur. Patofizyolojisinde en önemli faktörün santral sensitizasyon olduğu düşünülmektedir (4). Santral sensitizasyonun hem kronik ağrıda hem de kronik kaşıntıda önemli bir rolü vardır. Bir çalışmada NP hastalarında santral sensitizasyon oranları daha yüksek bulunmuştur (5). NP'deki kaşıntı ve yanma, fibromiyaljideki ağrı semptomlarıyla ortak yollar aracılığıyla birbirini etkileyebilen karmaşık mekanizmalara sahiptir (6). NP nadir görülen, tanısı gecikebilen ve hastanın günlük yaşantısını olumsuz etkileyen bir durumdur. Nöropatik yakınmaların eşlik ettiği sırt ağrısında inspeksiyon yapılması ve hiperpigmente cilt lezyonu varlığında NP'nin akla getirilmesi önem arz etmektedir.

ANAHTAR KELİMELER

Fibromiyalji, notaljia parestetika, santral sensitizasyon

Resim 1: Sağ skapula superomedial kısımda yaklaşık 4 x 3 cm boyutlarında sınırları net belli olmayan hiperpigmente maküler lezyon



PS-012 DEVAM





KAYNAKLAR

1)Ellis C. Notalgia paresthetica: the unreachable itch. Dermatol Pract Concept 2013; 3:3.

2)Robinson C, Downs E, De la Caridad GY, Nduaguba C, Woolley P, Varrassi G ve diğerleri. Notalgia paresthetica incelemesi: sunum, patofizyoloji ve tedavi güncellemeleri. Clin Pract 2023; 13: 315–325. 10.3390/clinpract13010029.

3) Weisshaar E, Kucenic MJ, Fleischer Jr AB, Bernhard JD. Pruritus and dysesthesia. In: Bolognia JL(Editors), Jorizzo JL, Rapini RP et al. Dermatology. First edition. Spain, Mosby, 2003; 105.

4) Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. Curr Pain Headache Rep. 2016;20(4):25. doi: 10.1007/s11916-016-0556-x.

5) Cirakoglu D, Etgü F. Prevalence of Central Sensitization in Notalgia Paresthetica Patients and its Association with Vertebral Degeneration: A Cross-sectional Study. Acta Derm Venereol. 2025 Oct 23;105:adv44444. doi: 10.2340/actadv.v105.44444. PMID: 41128547; PMCID: PMC12570494.

6) Sarı N, Kulaklı S, Oğuz ID, Akşan B, Sarı İF. Evaluation of fibromyalgia frequency and quality of life in Notalgia paresthetica patients. Arch Dermatol Res. 2024 Jun 1;316(6):317. doi: 10.1007/s00403-024-03027-8. PMID: 38822886; PMCID: PMC11144133.



PS-013

AKROMİOKLAVİKÜLER EKLEM GANGLİON KİSTİ: OMUZ AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ

Dr. Halil İbrahim ŞAHİN, Prof. Dr. Erhan ÇAPKIN

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

GİRİŞ

Akromioklaviküler (AC) eklem ganglion kisti, omuz patolojileri içerisinde nadir görülen bir durumdur. Genellikle AC eklem dejenerasyonu, artrit veya tekrarlayan mikro travmalar ile ilişkili olup, omuzun lateralinde yavaş büyüyen bir kitle şeklinde ortaya çıkar.

Hiller sınıflandırmasına göre AC eklem ganglion kistleri iki tipe ayrılmaktadır. Tip I kistler, rotator manşetin sağlam olduğu durumlarda AC eklemdeki dejeneratif değişikliklere bağlı olarak gelişirken; Tip II kistler, rotator manşet yırtığı artropatisi ile ilişkilidir. Nadir görülmeleri nedeniyle tanıda güçlük oluşturabilen bu lezyonlarda, uygun görüntüleme yöntemleri ile kistin ve eşlik eden omuz patolojilerinin değerlendirilmesi önemlidir.

OLGU

Seksen altı yaşında kadın hasta, sol omuz ağrısı ve yaklaşık 3 aydır giderek büyüyen kitle şikâyeti ile başvurdu. Son 10 gündür omuz ağrısında belirgin artış olduğu öğrenildi. Fizik muayenede, AC eklem üzerinde yaklaşık 20 × 25 mm boyutlarında, palpasyonla hassas, ancak eritem ve lokal ısı artışı bulunmayan belirgin bir kitle saptandı. Omuz özel testlerinde belirgin patolojik bulgu izlenmezken, rotator manşet kas gücünde azalma mevcuttu.

Direkt grafilerde AC ekleme ait belirgin kemik patolojisi izlenmezken, glenohumeral eklemde osteoartritik değişiklikler saptandı. Manyetik rezonans görüntülemede kronik supraspinatus tendon rüptürü ile birlikte, AC eklem kapsülüne komşu, iyi sınırlı kistik lezyon izlendi. Kistik lezyon, görüntüleme özellikleri ve lokalizasyonu açısından AC eklem ganglion kisti ile uyumlu değerlendirildi.

Kistik lezyona aspirasyon uygulandı. Kistten yaklaşık 10 cc sarı-berrak, visköz sıvı aspire edildi. Aspiratın incelemesinde belirgin inflamasyon veya malignite lehine bulgu saptanmadı. Aspirasyon sonrası kist boyutunda belirgin gerileme izlendi ve lezyon klinik olarak tamamen kayboldu. İki haftalık takipte rekürrens saptanmadı. Klinik, radyolojik ve aspirat inceleme bulgular birlikte değerlendirilerek AC eklem ganglion kisti tanısı konuldu.

TARTIŞMA

AC eklem ganglion kistleri nadir görülür ve rotator manşet patolojileri eşlik ettiğinde Tip II kist olasılığı düşünülmelidir. Olgumuzda kronik supraspinatus tendon rüptürü ve glenohumeral osteoartritin birlikte bulunması, bu mekanizma ile uyumlu bir klinik tablo düşündürmektedir. Aspirasyon incelemesinin enfeksiyon veya malignite lehine bulgu göstermemesi tanıyı desteklemiştir. Klinik muayene ve uygun görüntüleme yöntemleri tanıda önemli rol oynarken, aspirasyon hem tanısal değerlendirmeye katkı sağlamakta hem de semptomatik rahatlama sağlayabilmektedir. Sunulan olguda aspirasyon sonrası kistin belirgin gerilemesi ve iki haftalık takipte rekürrens izlenmemesi, konservatif yaklaşımın uygun hastalarda etkili bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir.



PS-013 DEVAM

SONUÇ

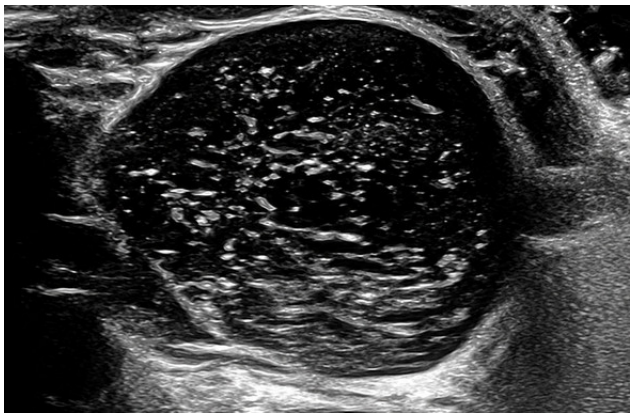
AC eklem ganglion kistleri, omuz bölgesinde giderek büyüyen kitle ile başvuran hastalarda nadir ancak önemli bir ayırıcı tanıdır. Özellikle rotator manşet patolojisi ve glenohumeral osteoartritin eşlik ettiği olgularda Tip II AC eklem ganglion kisti akılda tutulmalıdır.

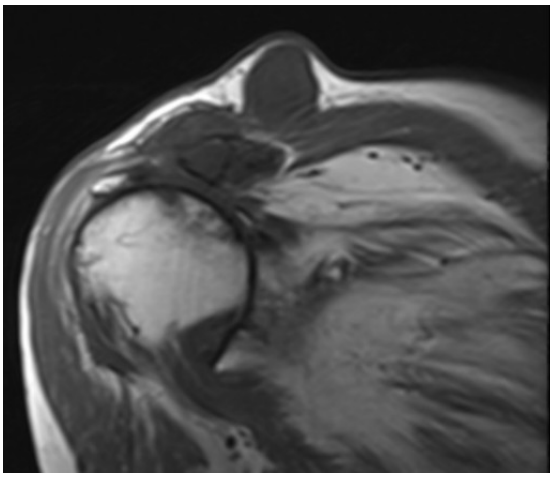
Şekil 1. AC eklem üzerinde yaklaşık 20 × 25 mm boyutlarında kitle.

Şekil 2. Ultrasonografide AC eklem komşuluğunda izlenen kistik lezyon.

Şekil 3. Koronal T1 ağırlıklı MR görüntülemede AC eklem komşuluğunda izlenen kistik lezyon.







KAYNAKLAR

1.Massive acromio-clavicular joint ganglion cyst associated with cuff tear arthropathy and acromioclavicular joint arthritis with normal functional shoulder-A case report. Purohit S, Keny S, Raja B, Marathe N. J Clin Orthop Trauma. 2019;10:522–525.

2.Management of a massive acromioclavicular joint cyst: the geyser sign revisited. Singh R, Hay B, Hay S. Shoulder Elbow. 2013;5:62–64.



PS-013 DEVAM

3.Surgical treatment of an aseptic fistulized acromioclavicular joint cyst: a case report and review of the literature. Murena L, D'angelo F, Falvo DA, Vulcano E. Cases J. 2009;2:8388.

4.Isolated synovial cyst of the acromio-clavicular joint associated with joint degeneration and an intact rotator cuff. Kontakis G, Tosounidis T. Acta Orthop Belg2007;73:515–520.



PS-014

Polimiyalji Romatika ile Papiller Tiroid Karsinomunun Eş Zamanlı Saptanması: Bir Olgu Sunumu

Büşra Dalbastı Yazıcı, Erhan Çapkın

Karadeniz Teknik Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

ÖZET

GİRİŞ

Polimiyalji romatika (PMR), 50 yaş üstü yetişkinlerde görülen, klinik olarak omuzlarda, kalça kuşağında ve boyunda ağrı ve sabah sertliği ile karakterize, klasik olarak dev hücreli arterit ile ilişkilendirilen, inflamatuar bir romatolojik durumdur. Etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte genetik, çevresel ve immünolojik mekanizmaların yanı sıra malignitelerle olası ilişkisi de tartışılmaktadır.

OLGU

Diabetes Mellitus ve Multinoduler Guatr tanılı 76 yaşında erkek hasta , 8 aydır olan omuz, kalça kuşağı, el bileklerinde ağrı, sabah tutukluğu, kilo kaybı ve yorgunluk şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın tetkiklerinde; akut faz reaktanı yüksekliği, ultrasonografide bilateral biceps tendiniti (resim1) , el bileği artriti(resim2) ve trokanterik bursit saptanması üzerine polimiyalji romatika (PMR) tanısı konuldu. 15 mg/gün prednizolon tedavisi başlandı. Kontrolde hastanın klinik bulguları ve tetkiklerinde belirgin şekilde düzelme görüldü. Hastanın kilo kaybı, anemi ve mevcut multinodüler guatrı nedeniyle yapılan ileri değerlendirilmesi, boyun ultrasonografisinde TIRADS-5 tiroid nodülü saptandı. İnce iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda papiller tiroid karsinomu tanısı konuldu.

Resim 1 Resim 2

TARTIŞMA

PMR ile malignite arasındaki ilişki uzun süredir tartışılmaktadır. Bazı çalışmalarda PMR tanısını izleyen özellikle ilk 6–12 aylık dönemde malignite riskinde artış bildirilmiş olsa da, diğer epidemiyolojik çalışmalarda bu ilişki doğrulanmamıştır. Her PMR tanısı alan hastaya rutin malignite taraması önerilmemekte ancak klinik şüphe uyandıran durumlarda ayrıntılı değerlendirme önem taşımaktadır.

SONUÇ

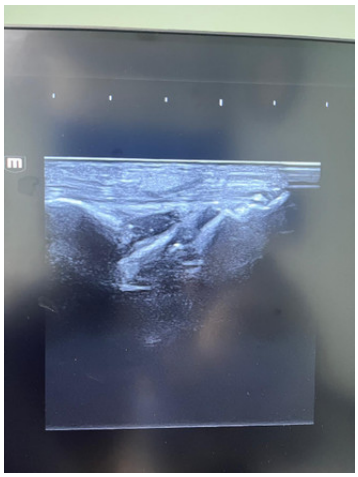
Bu olgu, PMR ile papiller tiroid karsinomunun nadir görülen eş zamanlı birlikteliğini göstermektedir. PMR genel olarak malignite riskinde belirgin ve kalıcı bir artışla ilişkilendirilmemekle birlikte; kilo kaybı, anemi ve diğer atipik sistemik bulguların varlığında eşlik eden maligniteler, paraneoplastik sendromlar açısından dikkatli değerlendirme yapılması önemlidir.

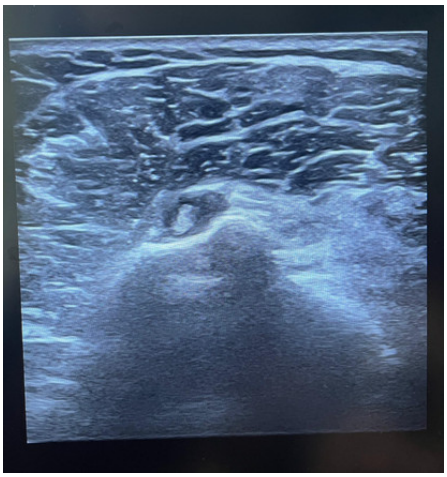
ANAHTAR KELIMELER

Polimyalji Romatika, Papiller Tiroid Karsinomu, Paraneoplastik Sendrom



PS-014 DEVAM







PS-015

ERKEN BAŞLANGIÇLI SKOLYOZDA KELEBEK VERTEBRA VE HIZLI PROGRESYON: OLGU SUNUMU

Hüsne Nur BAYRAK KILIÇ, Hanife BAYKAL ŞAHİN

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

GİRİŞ

Erken başlangıçlı skolyoz, on yaşından önce ortaya çıkan spinal deformite olarak tanımlanır. Etiyolojisinde idiopatik, konjenital, nöromüsküler ve sendromik nedenler yer almaktadır[1,2]. Konjenital vertebral anomaliler, büyüme sürecinde progresif spinal deformite gelişimine zemin hazırlayabilir.

Kelebek vertebra, vertebra korpusunun embriyolojik gelişimi sırasında iki lateral kondrifikasyon merkezinin orta hatta birleşme kusuru sonucu oluşan nadir bir konjenital vertebral formasyon anomalisi olup, sagittal yarık vertebra veya anterior rachischisis olarak da adlandırılmaktadır[3,4]

OLGU

On yaş kadın hasta, altı yaşında yapılan PA akciğer grafisinde yaklaşık 10° sol lomber skolyoz ve eşlik eden T10 kelebek vertebra anomalisi saptandı. Bir yıl sonraki kontrolünde deformitenin ilerlediği görüldü ve sol torakolomber bileşkede yaklaşık 20° skolyoz tespit edildi

Hızlı progresyon beklenmesi nedeniyle hastaya yaklaşık 1,5 yıl süreyle korse tedavisi uygulandı. Korse tedavisi sonlandırıldıktan sonraki takiplerinde skolyozun devam ettiği gözlendi.

TARTIŞMA

Kelebek vertebranın oluşturduğu anormal vertebral geometri, büyüme sırasında yük dağılımının değişmesine ve omurga diziliminin bozulmasına neden olabilir. Özellikle büyüme potansiyelinin yüksek olduğu erken çocukluk döneminde bu yapısal farklılık, mevcut spinal asimetrinin zaman içerisinde belirginleşmesine ve hızlı progresyona sebep olabilir

SONUÇ

Erken başlangıçlı skolyozlu çocuklarda kelebek vertebra gibi vertebral oluşum anomalilerinin tanınması; deformitenin etiyolojik değerlendirilmesi, büyüme sürecinin izlenmesi ve hızlı progresyona sebep olabilmesi nedeniyle ileride ortaya çıkabilecek sorunların önüne geçilmesi açısından önemlidir

ANAHTAR KELİMELER

Erken başlangıçlı skolyoz, kelebek vertebra, vertebral gelişim anomalisi

KAYNAKLAR

1. Studer D, Hasler CC. Diagnostic and therapeutic strategies in early onset scoliosis: A current concept review. J Child Orthop. 2024;18(2):113-123. doi:10.1177/18632521241228141.

2. Johnson AN, Lark RK. Current Concepts in the Treatment of Early Onset Scoliosis. J Clin Med. 2024;13(15):4472. doi:10.3390/jcm13154472.

3. Müller F, O'Rahilly R, Benson DR. The early origin of vertebral anomalies, as illustrated by a "butterfly vertebra". J Anat. 1986;149:157-169.



PS-015 DEVAM

4. Katsuura Y, Kim HJ. Butterfly Vertebrae: A Systematic Review of the Literature and Analysis. Global Spine J. 2019;9(6):666-679.

5. Xie B, Yan T, Ni H, Zhu K, Zhang S, Song P, Xu P, Shen C, Dong F. Butterfly Vertebra: A Retrospective Study of 30 Patients. World Neurosurg. 2024;185:e995-e1003. doi:10.1016/j.wneu.2024.03.009.

6. Ashebo L, Anari JB, Cahill PJ. Update on the Diagnosis and Management of Early-onset Scoliosis. Curr Rev Musculoskelet Med. 2023;16:447-456.

7. Katsuura Y, Kim HJ. Butterfly Vertebrae: A Systematic Review of the Literature and Analysis. Global Spine J. 2019;9(6):666-679. doi:10.1177/2192568218801016.



PS-016

BOYUN AĞRISI İLE PREZENTE OLAN HASTADA THORNWALDT KİSTİ: OLGU SUNUMU

Münevver Serdaroğlu Beyazal[1], Orkun Akay[1], Gül Devrimsel[1], Murat Yıldırım[1]

[1] Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Rize

GIRIŞ

Thornwaldt kistleri, nazofarenks posterior duvarının orta hattında yerleşen benign gelişimsel kistlerdir. Bu olgu sunumunda, boyun ağrısı ile başvuran bir hastada servikal manyetik rezonans görüntülemede (MRG) saptanan Thornwaldt kistini sunmak ve boyun ağrısının değerlendirilmesinde görüntüleme alanına giren komşu anatomik yapıların da dikkate alınmasının önemini vurgulamak amaçlandı.

OLGU

42 yaşında erkek hasta, daha önce de olan ve yaklaşık 1 aydır devam eden boyun ağrısı ve tutukluğu şikayetleriyle başvurdu. Ağrının sol kola yayıldığı, nadiren gece ağrısı da olduğu öğrenildi. Travma öyküsü yoktu. Kilo kaybı, ateş ve gece terlemesi tariflemedi.

Fizik muayenede servikal eklem hareket açıklığı tam, hareket sonu ağrılıydı. Bilateral trapez kaslarında palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Nörolojik muayenede defisit saptanmadı. Özgeçmişinde bilinen sistemik hastalık yoktu.

Kontrastsız servikal MRG'de intervertebral disk dejenerasyonu dışında vertebra ve intervertebral disklerde belirgin patolojik bulgu izlenmedi. Ancak nazofarenks posterior duvarında Thornwaldt kistini düşündüren 23x13 mm boyutunda kistik kitle lezyonu izlendi (Figür 1). İleri değerlendirme amacıyla kulak burun boğaz polikliniğine yönlendirilen hastanın kisti aspire edilerek boşaltıldı ve lezyon duvarından biyopsi alındı. Histopatolojik inceleme lenfoid hiperplazi ile uyumlu bulundu, malignite saptanmadı. Takiplerinde yakınmaları devam eden hasta, servikal disk dejenerasyonuna yönelik fizik tedavi ve rehabilitasyon programına alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Thornwaldt kistleri çoğunlukla asemptomatiktir ve başka nedenlerle yapılan görüntülemeler sırasında insidental olarak saptanırlar. Ancak kistin enfeksiyonu veya büyümesi ile nazal, faringeal ve otolojik yakınmalar ortaya çıkabilir. Boyun ağrısı ve tutukluğu ise nadiren bildirilen semptomlardır.

Bizim olgumuzda kist boşaltılmasına rağmen hastanın boyun yakınmalarının devam etmesi, Thornwaldt kistinin bu hastadaki semptomların tek nedeni olmadığını düşündürdü. Bununla birlikte, boyun ağrısı ile başvuran hastalarda servikal MRG değerlendirilirken yalnızca vertebral kolon ve intervertebral disklerin değil, görüntüleme alanına giren komşu anatomik yapıların da dikkatle incelenmesi önemlidir. Bu yaklaşım, klinik olarak anlamlı olabilecek eşlik eden lezyonların saptanmasını sağlayabilir.

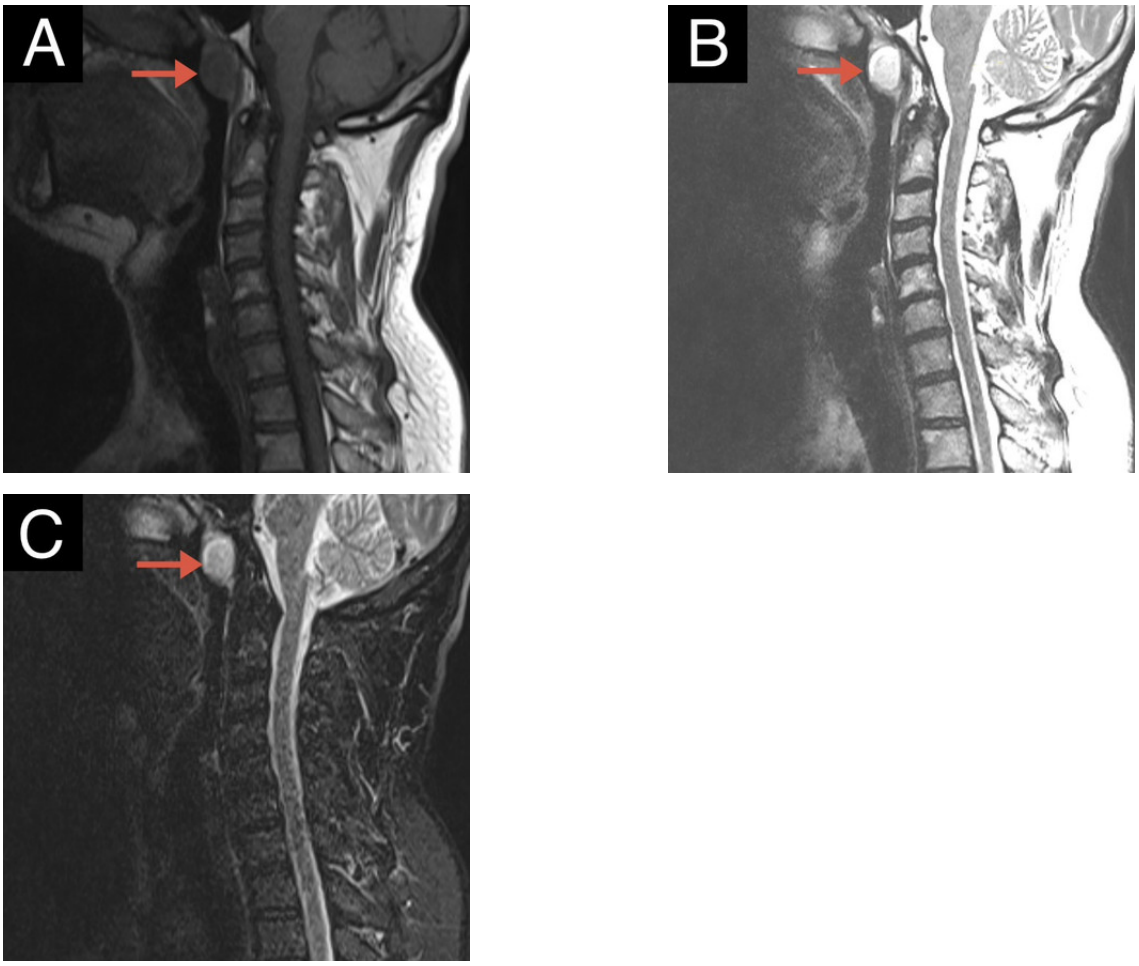
ANAHTAR KELIMELER

Thornwaldt kisti, Boyun ağrısı, MRG

Figür 1: Servikal vertebra manyetik rezonans görüntülemesi sagital kesitlerde nazofarenks posterior duvarında 23×13 mm boyutunda, iyi sınırlı, T1 sekanslarda hipointens (a), T2 (b) ve STIR (c) sekanslarda hiperintens kitle lezyonu



PS-016 DEVAM



KAYNAKÇA

Alshuhayb Z, Alkhamis H, Aldossary M, Almoumen Z, Aldhurais A, Alshuhayb B, Almomen A. Tornwaldt nasopharyngeal cyst: Case series and literature review. Int J Surg Case Rep. 2020;76:166-169.

Baisakhiya N, Deshmukh P, Pawar V. Tornwaldt cyst: a cause of neck pain and stiffness. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Jul;63(Suppl 1):147-8.

Cetinkaya EA. Thornwaldt Cyst. J Craniofac Surg. 2018 Sep;29(6):e560-e562.



PS-017

PATOLOJİK KALÇA FRAKTÜRÜ İLE PREZENTE OLAN MULTİPL MYELOM: OLGU SUNUMU

Münevver SERDAROĞLU BEYAZALI[1], Zehra KÜÇÜKOĞLU[1], Gül DEVRİMSELİ[1] , Murat YILDIRIM[1]

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

GIRIŞ

Multipl myelom (MM), kemik iliğinde monoklonal, malign plazma hücrelerinin neoplastik proliferasyonudur. Hematolojik malignitelerin %10'unu ve tüm kanserlerin %1'ini oluşturur ve lenfomadan sonra en sık görülen ikinci hematolojik malignitedir. Kemik tutulumu hastalığın önemli klinik özelliklerinden biri olup patolojik kırıklar ilk bulgu olabilir. Bu olguda kalça kırığı sonrası rehabilitasyon amacıyla başvuran ve ileri değerlendirme sonucunda MM tanısı alan bir hastanın sunulması amaçlandı.

OLGU

Yetmiş yedi yaşında kadın hasta yürüme güçlüğü, sol kalça ağrısı ve hareket kısıtlılığı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Altı ay önce intertrokanterik kırık nedeniyle sol total kalça artroplastisi uygulanmıştı. Anamnezinde kırık öncesindeki üç ayda bel ve kalça ağrısının giderek arttığı ve geceleri de devam ettiği, son 20 gündür ise boyun ağrısı ve hareket kısıtlılığı geliştiği öğrenildi. Fizik muayenede hasta tek bastonla antaljik yürüyordu; servikal ve sol kalça eklem hareketleri ağrılı ve kısıtlıydı. Kırık öncesinde çekilen ancak sonuçları değerlendirilmemiş kalça MRG'de sol asetabulum tabanında kitle lezyonu izlendi (Figür 1). Boyun ağrısı nedeniyle yapılan servikal MRG'de C2-C3 posterior elemanlarında destrüksiyona neden olan paraspinal kitle saptandı. (Figür 2) Laboratuvar incelemelerinde ESR: 80 mm/h, Hb 8 g/dL, Ca 10,5 mg/dL ve IgG 22,78 g/L bulundu. Serum elektroforezinde IgG lambda tipi monoklonal immünglobulin saptandı. Servikal kitleye yönelik dekompresyon ve eksizyon uygulandı ve histopatolojik inceleme MM ile uyumlu bulundu. Postoperatif dönemde enfeksiyon ve çoklu organ yetmezliği gelişen hasta kemoterapi başlanamadan kaybedildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

MM'de kemik tutulumu sıktır ve kemik ağrısı, litik lezyonlar veya patolojik kırıklarla ortaya çıkabilir. İleri yaşta kalça kırıkları sıklıkla osteoporozla ilişkilendirilse de kırık öncesinde giderek artan veya gece devam eden ağrı, anemi, hiperkalsemi ve litik kemik lezyonları malignite açısından uyarıcı olmalıdır. Rehabilitasyon hastalarında ayrıntılı anamnez, önceki tetkiklerin dikkatle incelenmesi ve klinik-laboratuvar bulgularının birlikte değerlendirilmesi, patolojik kırıkların ve altta yatan malignitelerin erken tanınmasında kritik öneme sahiptir.

ANAHTAR KELIMELER

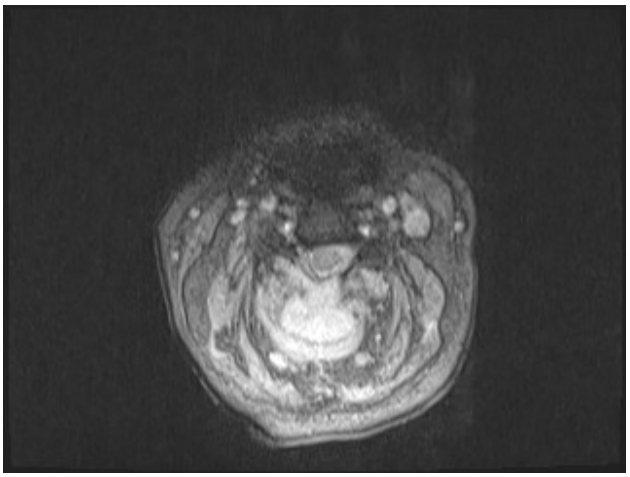
multipl myelom, fraktür, kalça ağrısı, boyun ağrısı

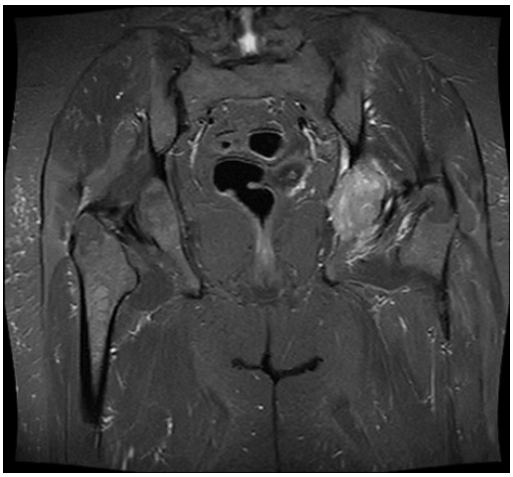
Figür 1: Kalça MRG'de koronal (a) ve aksiyel(b) kesitlerde sol asetabulumda kitle lezyonu

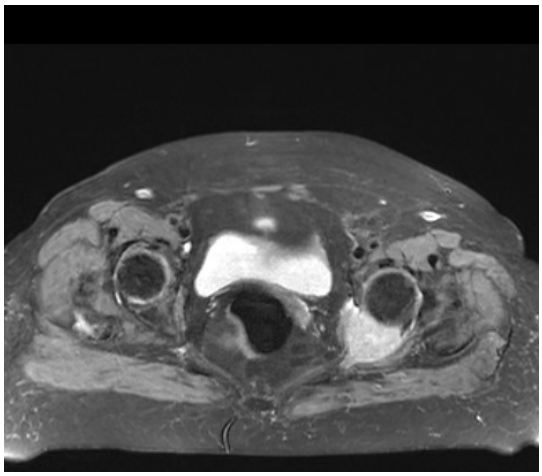
Figür 2: Servikal MRG'de sagittal kesitlerde C2-C4 vertebra düzeyinde T2 (a) sekanslarda hipointens, STIR (b) sekanslarda hiperintens kitle lezyonu. Aksiyel kesitlerde posterior elemanlarda erozyon.



PS-017 DEVAM













PS-017 DEVAM

KAYNAKLAR

Akı ŞZ. Hematolojik hastalıklarda kas-iskelet sistemi tutulumu. In: Gökçe Kutsal Y, Beyazova M (Eds) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Kitapevi, Ankara, 2011, sf: 2041-2045

Morais SA, du Preez HE, Akhtar MR, Cross S, Isenberg DA. Musculoskeletal complications of haematological disease. Rheumatology (Oxford). 2016;55(6):968-981. DOI: https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev360



PS-018

PROGRESİF ALT EKSTREMİTE GÜÇSÜZLÜĞÜ İLE PREZENTE OLAN MULTİPL MYELOM: OLGU SUNUMU

Münevver Serdaroğlu Beyazal[1],Hacer Bayrakcı Kaya[1],Betül Beyza Toprak[1],Murat Yıldırım[1],Gül Devrimsel[1]

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

GIRIŞ

Multipl miyelom (MM), monoklonal plazma hücrelerinin kemik iliğinde klonal proliferasyonu ile karakterize hematolojik bir malignitedir. İskelet sistemi, özellikle vertebral kolon, hastalığın sık tutulum bölgelerindendir. Bu olguda, uzun süredir devam eden sırt ağrısı sonrası progresif nörolojik defisit gelişen ve torakal kitle lezyonlarının saptanmasıyla MM tanısı alan bir hasta sunuldu.

OLGU

Altmış üç yaşında erkek hasta, yeni gelişen alt ekstremite güçsüzlüğü nedeniyle Guillain-Barré sendromu ön tanısıyla nöroloji kliniğine yatırılarak ayırıcı tanı açısından tarafımıza konsülte edildi. Anamnezinde yaklaşık beş aydır devam eden ve geceleri de süren sırt ağrısı mevcuttu. Bu yakınması nedeniyle daha önce göğüs hastalıkları ve kardiyoloji bölümlerince değerlendirildiği, ancak ağrıyı açıklayacak kardiyopulmoner bir patoloji saptanmadığı öğrenildi. Ateş, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi sistemik semptomları yoktu. Nörolojik muayenede üst ekstremite kas güçleri tam; alt ekstremite proksimal kas gücü 3+/5, distal kas gücü 4+/5 idi. Derin tendon refleksleri ve duyu muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemelerinde CRP 8,52 mg/L, IgA 4,86 g/L ve serum serbest lambda hafif zincir düzeyi 149 mg/L saptandı. Protein elektroforezi IgA lambda tipi paraproteinemi ile uyumluydu. Daha önce yapılan lomber MRG normal olarak raporlanmıştı. Torakal MRG'de T4 düzeyinde 35×28 mm ve T9 düzeyinde 55×30 mm boyutlarında kitle lezyonları ile T6 vertebra korpusunda metastaz ile uyumlu sinyal değişikliği saptandı. Dekompresyon amacıyla kitle eksizyonu uygulandı. Histopatolojik inceleme plazma hücreli neoplazm ile uyumlu bulundu. Hematoloji tarafından kemoterapi başlanan hastaya rehabilitasyon programı planlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

MM'de vertebral tutulum sırt ağrısı, patolojik kırık, epidural kitle ve nörolojik defisitlerle ortaya çıkabilir. Bu olguda uzun süredir devam eden gece sırt ağrısına rağmen torakal spinal görüntüleme nörolojik defisit gelişene kadar yapılmamıştır. Persistan, gece devam eden veya tedaviye dirençli sırt ağrısında, sistemik semptomlar bulunmasa dahi malignite olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Uygun spinal görüntülemenin zamanında yapılması, malign vertebral tutulum ve nöral yapı basısının erken saptanarak kalıcı nörolojik kayıpların önlenmesi açısından önemlidir.

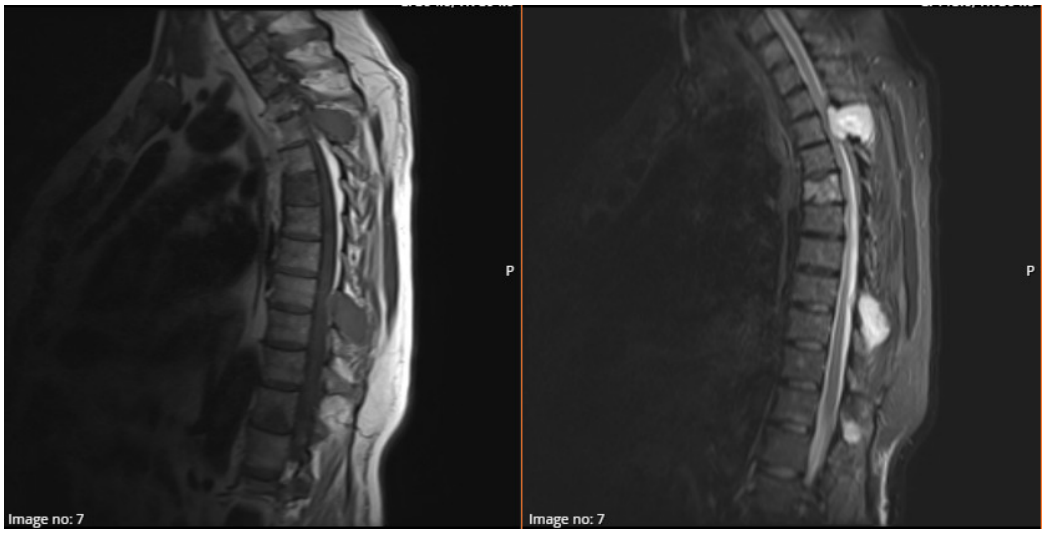
ANAHTAR KELIMELER

Multipl miyelom, sırt ağrısı, spinal tutulum, manyetik rezonans görüntüleme

Figür 1: Torakal MRG'de sagittal kesitlerde T4 vertebra düzeyinde 35x28 mm, T9 vertebra düzeyinde 55x30 mm boyutlarında T1 sekanslarda (A) hipointens, STIR sekanslarda (B) hiperintens kitle lezyonu izlenmektedir. Ayrıca T6 vertebra korpusunda metastazı düşündürecek T1'de hipointens, STIR sekanslarda hiperintens yaygın sinyal değişikliği.



PS-018 DEVAM



KAYNAKÇA

Abduh, M. S. (2024). An overview of multiple myeloma: A monoclonalplasmacellmalignancy'sdiagnosis, management, andtreatmentmodalities. SaudiJournal of BiologicalSciences, 31(2), 103920.

Diaz-delCastillo, M., Chantry, A. D., Lawson, M. A., &Heegaard, A.-M. (2021). Multiple myeloma—A painfuldisease of the bone marrow. Seminars in Cell &DevelopmentalBiology, 112, 49–58.



PS-019

DERİN VEN TROMBOZUNU TAKLİT EDEN BİR OLGU: RÜPTÜRE BAKER KİSTİ

Zeynep Beyza EMİROSMAN, Erhan ÇAPKIN

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

GİRİŞ

Alt ekstremitede şişlik, ağrı ve pozitif Homans bulgusu ile başvuran hastalarda derin ven trombozu (DVT) ilk akla gelen tanıdır. Ancak rüptüre popliteal (Baker) kist, klinik olarak DVT'yi taklit edebilen ve "psödotromboflebit sendromu" olarak adlandırılan önemli bir ayırıcı tanıdır. Bu olgu sunumunda, tekrarlayan diz kitlenme atakları sonrası bacakta ağrı, şişlik ve kızarıklık şikayeti olan ve DVT'den şüphelenilen bir hastada, ayrıntılı görüntüleme ve klinik takip ile doğru tanıya ulaşma sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

45 yaşında erkek hasta, 5 ay önce sol dizde ağrı ve şişlik olan ancak günlük aktivitelerini etkilemeyecek düzeydeyken 2 hafta önce çömelme sonrası şiddetli ağrı, ses ve ekstansiyonda kitlenme; bir hafta sonra tekrar çömelme ile ağrı artışı ve fleksiyonda kitlenme gelişmiş. Alt bacak şişliği, kızarıklığı ve pozitif Homans bulgusu nedeniyle KVC tarafından DVT ön tanısıyla asetilsalisilik asit ve kompresyon çorabı başlanmış, ancak yapılan testlerde alt ekstremite venöz doppler ultrasonografide (USG) DVT destekleyen bir bulgu saptanmamış. Diz manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) tendon, ligament ve bağ yapıları normal görünümde, suprapatellar, derin infrapatellar bursada ve eklemde minimal sıvı, bilateral menisküs gövde kesiminde milimetrik dejeneratif yırtıklar, cilt altı dokularda ödemle uyumlu sinyal artışı saptanmış. Sonrasında polikliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde sol bacakta sağ bacağa göre hafif kızarıklık ve şişlik görüldü. Aktif eklem hareket açıklığında ağrıya bağlı kısıtlılık ve popliteal bölgede palpasyonla hassasiyet saptandı. CRP 4,9 mg/L, ürik asit 5,6 mg/dL olarak normal sınırlarda bulundu. USG ile bakıldığında baker kist bölgesinde lobüle sıvı görüntüsü ve alt bacak posterior hattı boyunca yaygın ciltaltı ödem görüldü. Hasta kompresyon, soğuk uygulama, non-steroid antiinflamatuar ilaç ve elevasyon ile konservatif olarak tedavi edildi. Bir hafta sonraki kontrolde semptomlarda belirgin gerileme, eklem hareket açıklığında artış ve kontrol diz ile kruris MRG görüntülerinde önceki MRG'ye göre sıvı koleksiyonunda azalma saptandı.

TARTIŞMA

Baker kisti, gastrokinemius-semimembranosus bursasının genişlemesiyle oluşur (1). Erişkinlerde genellikle dejeneratif ve inflamatuvar eklem hastalıkları, travmatik olaylar gibi eklem içi sıvı artışına yol açan patolojilerle birlikte görülür (2). Baker kistinin rüptüre olması durumunda bulgular DVT ile oldukça benzerlik göstermektedir (3).

Resim 1

Resim 1 ve 2: USG ile saptanan sol diz ve bacak posteriorundaki sıvı koleksiyonu

Resim 4: İlk çekilen diz MRG STIR görüntüsü

Resim 3

Resim 3: Sol bacağın anterior ve posterior cilt altı yaygın ödemin STIR sekansında MRG görüntüsü

Resim 5: Kontrolde çekilen diz MRG STIR görüntüsü



PS-019 DEVAM

Resim 4 ve 5: Bir hafta arayla çekilen diz MRG'sinde konservatif tedavi ile cilt altı ödemin gerilediği görülmektedir

SONUÇ

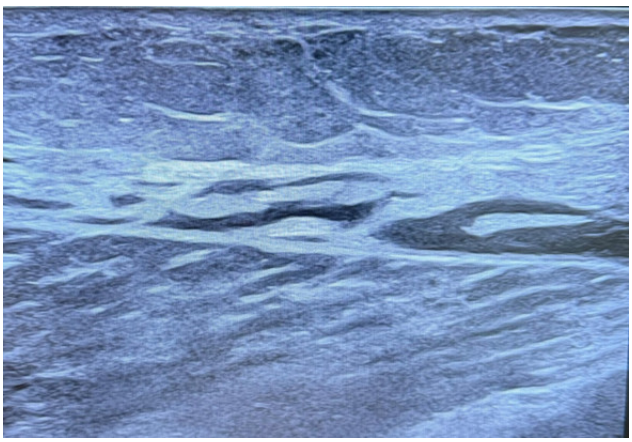
Bu olgu sunumunda sol alt ekstremite şişliği, kızarıklığı ve pozitif Homans bulgusu olan hastalarda Baker kist rüptürünün DVT ile sık karışabilen bir tanı olduğu, venöz doppler USG'nin vazgeçilmez bir tanı aracı olduğu, buradaki bulguların DVT'yi desteklemediği durumda kas-iskelet USG ve MRG değerlendirmelerinin doğru tanıdaki önemini ve konservatif tedavi ile belirgin iyileşme sağlanabildiği gösterilmek istenmiştir.

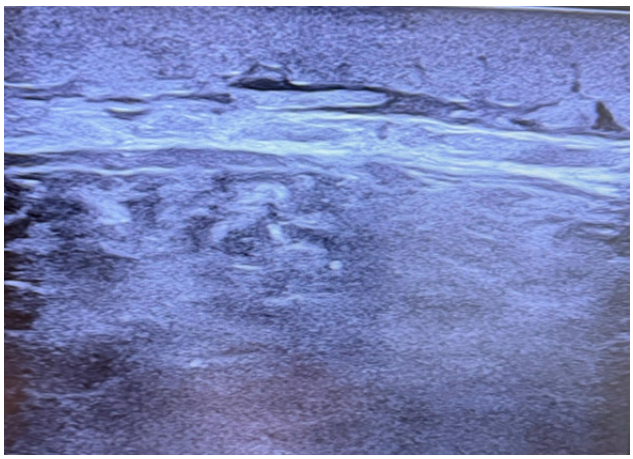
Resim 2

Bansal, K., & Gupta, A. (2021). Ruptured Baker's cyst: a diagnostic dilemma. Cureus, 13(10).

Demir, D. G., Altan, L., & Dıraz, N. (2008). Romatoid Artritli Bir Hastada Derin Ven Trombozunu Taklit Eden Baker Kist Rüptürü. Archives of Rheumatology, 23(2), 063-065.

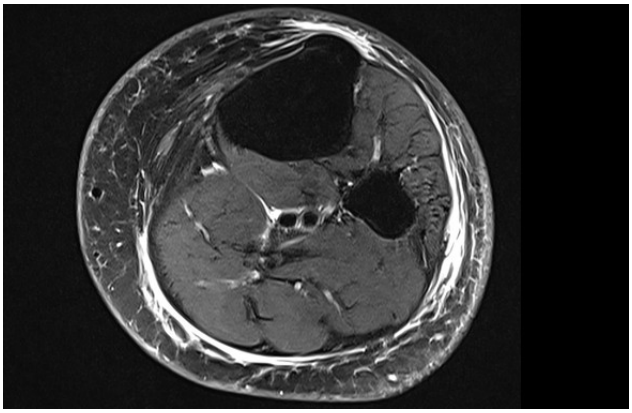
Tejero, S., Fenero-Delgado, B. T., López-Lobato, R., & Carranza-Bencano, A. (2018). Ruptured Baker's cyst: complications due to misdiagnosis. Emergencias: Revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias, 30(6), 412-414.

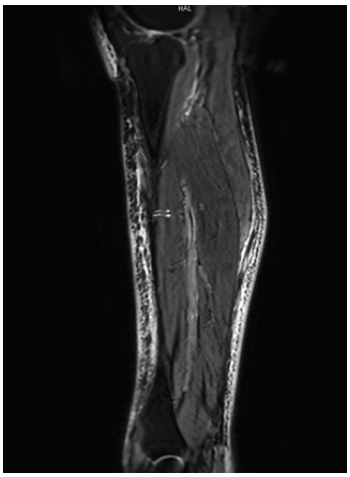


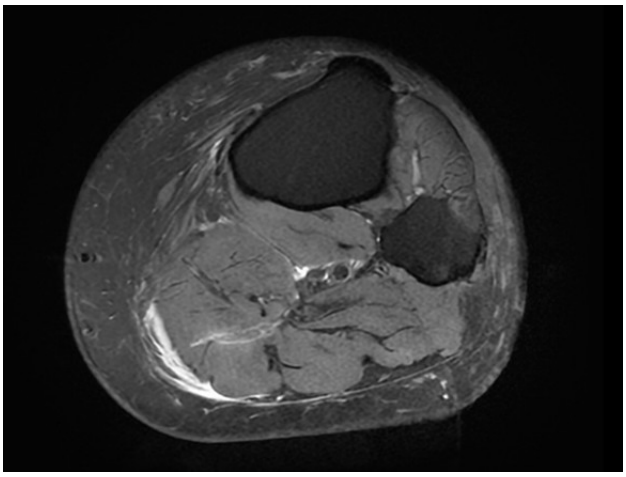




PS-019 DEVAM









PS-020

POSTPARTUM SAKRAL YETERSİZLİK FRAKTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Münevver SERDAROĞLU BEYAZALI[1], Gülnihal HACIOSMANOĞLU[1], Gül DEVRİMSELİ[1] , Murat YILDIRIM[1]

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

GIRIŞ

Sakral yetersizlik fraktürleri, normal fizyolojik yüklerin kemik dayanıklılığının azaldığı durumlarda oluşturduğu stres kırıklarıdır. Sıklıkla osteoporozlu ileri yaş bireylerde görülmekle birlikte, gebelik ve postpartum dönemde de nadiren ortaya çıkabilmektedir. Bu olguda, postpartum dönemde bel ve kalça ağrısı ile başvuran ve sakral yetersizlik kırığı tanısı alan genç bir kadın hastanın klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının sunulması amaçlandı.

OLGU

Otuz yaşında kadın hasta, 10 gündür devam eden sağ kalça ve bel ağrısı yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Dört ay önce sezaryen ile doğum öyküsü bulunan hastanın ağrısı aktiviteyle artmaktaydı. Travma, gece ağrısı ve sabah tutukluğu tariflemiyordu. Fizik muayenede lomber eklem hareket açıklığı tam ve ağrısızken, sağ kalça hareketleri kısıtlı ve ağrılıydı. Sağ FABER, FADIR ve sakroiliak kompresyon testleri pozitifti ve antaljik yürüme mevcuttu. Nörolojik muayene normaldi. Laboratuvar incelemelerinde serum 25-OH vitamin D düzeyi 8,04 ng/mL olup düşük; alkalen fosfataz, CRP ve eritrosit sedimentasyon hızı hafif yüksek saptandı. Direkt pelvis radyografisinde patolojik bulgu izlenmedi. Sakroiliak MRG'de (Figür 1) sağ sakral kanatta kemik iliği ödemi saptandı. DEXA incelemesinde L1-L4 Z skoru -2.7, sağ femur Z skoru -1.1 olarak ölçüldü. Hastaya sakral yetersizlik fraktürü tanısıyla parasetamol ve D vitamini tedavisi başlanarak aktivite kısıtlaması önerildi. Üçüncü ay kontrolünde hastanın semptomlarının gerilediği ve fizik muayene bulgularının normale döndüğü gözlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sakral yetersizlik kırıkları postpartum dönemde bel ve pelvik ağrının nadir görülen ve tanısı gecikebilen nedenlerindendir. Direkt radyografilerin erken dönemde normal olabilmesi nedeniyle klinik şüphe varlığında ileri görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. MRG, kırıkla ilişkili kemik iliği ödeminin gösterilmesinde duyarlı bir yöntemdir. Postpartum dönemde bel, kalça veya pelvik ağrısı bulunan hastalarda sakral yetersizlik kırığı ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

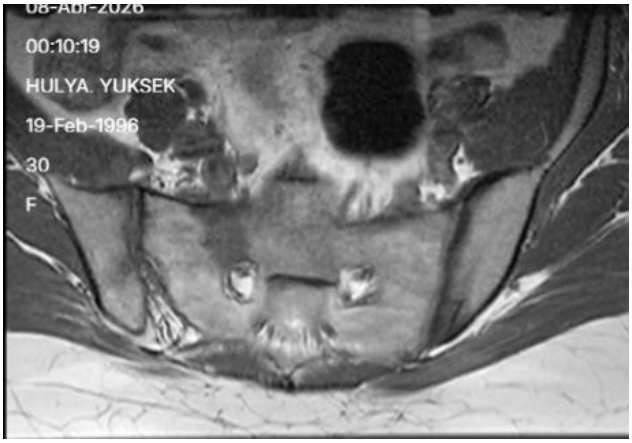
ANAHTAR KELIMELER

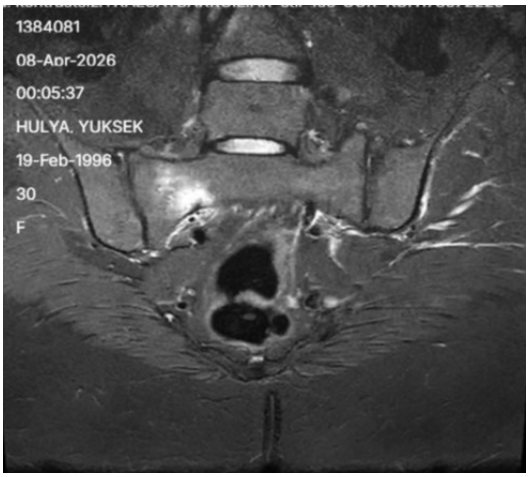
Kalça ağrısı; yetmezlik fraktürü; postpartum dönem; gebelik

Figür 1:Sakroiliak eklem MRG'de koronal oblik kesitlerde sağ sakral kanatta kemik iliği ödemi ile uyumlu T1 ağırlıklı sekansta (a) hipointens, STIR sekansta (b) hiperintens sinyal değişikliği



PS-020 DEVAM





KAYNAKLAR

Onur Ö, Atalar H, Çakırbay H, Gök K. PostpartumSacralStressFracture: Case Report. Türkiye Klinikleri J GynecolObst. 2011;21(1):42-6.

Balaban B, Yaşar E, Tana L, Kalyon TA, Kocaoğlu M. Sakral Yetersizlik Kırığı: Olgu sunumu ve literatür derlemesi. Romatizma. 2005;20(1):33-37.

Bal E, Naderi S. Sakral Yetersizlik Kırıkları. Ekstraartiküler Kalça Ağrıları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022.

Lee YJ, Bong HJ, Kim JT, Chung DS. Sacralinsufficiencyfracture, usuallyoverlookedcause of lumbosacralpain. J KoreanNeurosurgSoc. 2008 Sep;44(3):166-169.



PS-021

BİYOLOJİK TEDAVİ GEREKTİREN AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİNDE UZUN DÖNEM MULTİDİSİPLİNER İZLEM: BİR OLGU SUNUMU

Dr. Furkan Seçil[1], Doç. Dr. Halise Hande Gezer[2], Doç. Dr. Savaş Şencan[3], Prof. Dr. Osman Hakan Gündüz[3], Prof. Dr. Mehmet Tuncay Duruöz[2]

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

[2] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

[3] Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İstanbul

Sorumlu yazar: Dr. Furkan Seçil • drfurkansecil@gmail.com

KLİNİK ZAMAN ÇİZELGESİ

2008

2017

2020

2024

2025

2026

FMF tanısı

Kolşisin

Ayak bileği artriti

Anakinra

Yetersiz yanıt

Kanakinumab

Aralık uzaması

Atak artışı

Kilo kaybı + sitopeni

Portal HT / siroz

Aylık tedavi

Ataklarda azalma

GİRİŞ VE AMAÇ

Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), tekrarlayan inflamatuvar ataklarla seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. Kolşisine yetersiz yanıt veren olgularda biyolojik tedavi gerekebilir (Özen ve ark., 2025). Bu olguda, dirençli FMF'de uzun dönem multidisipliner izlem süreci sunuldu.



PS-021 DEVAM

GEREÇ VE YÖNTEM

FMF tanısıyla 2008 yılından beri izlenen 58 yaşındaki kadın hastanın romatoloji, algoloji ve gastroenteroloji kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

OLGUNUN BAŞLANGICI

• 2008: tekrarlayan ateş, karın ve eklem ağrıları ile FMF tanısı

• Kolşisine rağmen süren ataklar

• 2017: ayak bileği artriti ve sık ataklar nedeniyle anakinra

• 2020: yetersiz yanıt sonrası kanakinumab

ANA ROMATOLOJİK MESAJ

Kanakinumab aralığının uzadığı dönemde atak yükü belirginleşti. Yaklaşık 1,5 ayda bir uygulama döneminde son 3 ayda 8 atağa kadar artış izlendi. Aylık 150 mg uygulamaya dönüş sonrası atak sıklığında azalma kaydedildi (De Benedetti ve ark., 2018).

BİYOLOJİK TEDAVİ VE ATAK SEYRİ

ANAKİNRA

2017

Ayak bileği artriti ve sık ataklar nedeniyle başlandı.

KANAKİNUMAB

2020

Anakinra altında yetersiz hastalık kontrolü nedeniyle kanakinumaba geçildi.

ARALIK UZAMASI

2024

Yaklaşık 1,5 ayda bir uygulama döneminde son 3 ayda 8 atağa kadar artış.

150 mg / AY

2024→

150 mg/ay uygulamaya dönüş sonrası atak sıklığında azalma.

2026 İZLEMİ

• Şubat 2026: son 3 ayda 2 atak

• Nisan 2026: atak yok

• Mayıs 2026: kanakinumab + kolşisin ile takip sürüyor

MULTİSİSTEMİK HASTALIK YÜKÜ



PS-021 DEVAM

KRONİK AĞRI VE OPIOİD KULLANIMI

• Koksiks, bel ve karın ağrısı

• Ganglion impar RF, TFESI, piriformis enjeksiyonu, splanknik blok

• Uzun süreli opioid analjezik kullanımı sonrası opioid kullanım bozukluğu

• Buprenorfin/nalokson tedavisi ve AMATEM takibi

KEMİK SAĞLIĞI

• Osteoporoz: L1–L4 T-skoru −2,8

• Vertebral çökme ve frajilite kırıkları

• Antiresorptif tedavi

KARACİĞER / PORTAL HİPERTANSİYON

• Yaklaşık 5 yıldır dönemsel KCFT yüksekliği

• 2025: belirgin kilo kaybı, anemi, trombositopeni, splenomegali

• Endoskopi: 4 kolon grade 1 özofagus varisi

• Siroz ve portal hipertansiyon tanılarıyla gastroenteroloji takibi

• Viral ve otoimmün etiyolojik incelemeler negatif (Fraisse ve ark., 2020).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu olgu, dirençli FMF'de biyolojik tedavi aralığının bireyselleştirilmesinin yanı sıra kronik ağrı, opioid kullanımı, kemik sağlığı ve yeni gelişen sistemik bulguların birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Uzun dönem takipte yeni yakınmaların yalnızca FMF atağına bağlanmaması ve multidisipliner yaklaşım önemlidir (Kaye ve ark., 2025).

Tedavi aralığını bireyselleştir

Yeni semptomu otomatik "atak" sayma

Romatoloji + Algoloji + Gastroenteroloji

ANAHTAR KELİMELER

Ailevi Akdeniz ateşi • kanakinumab • kronik ağrı • multidisipliner yaklaşım

KAYNAKÇA

1. Özen S, ve ark. EULAR/PReS endorsed recommendations for the management of familial Mediterranean fever (FMF): 2024 update. Ann Rheum Dis. 2025;84:899–909.

2. De Benedetti F, ve ark. Canakinumab for the Treatment of Autoinflammatory Recurrent Fever Syndromes. N Engl J Med. 2018;378:1908–1919.

3. Fraisse T, ve ark. Non-amyloid liver involvement in familial Mediterranean fever: A systematic literature review. Liver Int. 2020;40:1269–1277.



PS-021 DEVAM

4. Kaye AD, ve ark. Familial Mediterranean Fever (FMF): Emerging Concepts in Diagnosis, Pain Management, and Novel Treatment Options. Curr Pain Headache Rep. 2025;29:22.



6. DOĞU KARADENİZ ROMATOLOJİ GÜNLERİ

11-13 EYLÜL 2026 · TRABZON

www.dogukaradenizromatolojigunleri.com

