

5. Temel Romatoloji ve Multidisipliner Yaklaşım Kongresi

31 Mayıs 2 Haziran 2024

Ilıca Hotel Spa & Wellness Thermal Resort, Çeşme- İZMİR
www.temelromatoloji.com

BİLDİRİ KİTABI



Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

0232 446 06 10
info@motto.tc

İÇİNDEKİLER:

	<u>Sayfa</u>
Davet	3
Kurullar	4
Bilimsel Program	5 - 6
Sözel Bildiriler	7 - 13
Poster Bildiriler	14 - 17

Değerli meslektaşlarımız,

5. Temel Romatoloji ve Multidisipliner Yaklaşım Kongresi’nde, romatoloji alanındaki güncel yaklaşımlar ve uygulamalarla birlikte, romatolojik hastalıkların farklı disiplinleri de ilgilendiren yönlerini, bu alanlarda deneyimli akademisyenlerin katkılarıyla bütüncül bir yaklaşım ile aktaracağız. Kongremizde ele alacağımız konular, İç hastalıkları, yetişkin - pediatrik romatoloji uzman ve öğrencilerine, dermatoloji, FTR, aile hekimliği alanlarındaki hekimlerimize hitap etmektedir.

5. Temel Romatoloji ve Multidisipliner Yaklaşım Kongresi 31 Mayıs 2 Haziran 2024 tarihlerinde **Çeşme/ Ilıca Otel**’de düzenlenecektir. Bu amaçla, sizleri İzmir’in güzide ilçesi Çeşme’ye davet etmekten mutluluk duyuyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Ali Taylan



Prof. Dr. İsmail Sarı



Düzenleme Kurulu

Ali Karakaş

Gözde Derviş Hakim

Mehmet Nedim Taş

Sinem Kocaer

Tuba Yüce

Vedat Gerdan

Yeşim Erez

BİLİMSEL PROGRAM
31 MAYIS 2024, CUMA

14:30 - 15:00	AÇILIŞ Ali Taylan
15:00 - 16:00	OTURUM 1 - Akademik yaklaşım -1 Oturum Başkanı: İsmail Sarı
15:00 - 15:30	Romatoloji pratiğinde adli açıdan dikkat edilmesi gereken hususlar Erdem Özkara
15:30 - 16:00	Araştırma Etik Kurulları- Etik kurul dosyası nasıl hazırlanmalı? Mehmet Birhan Yılmaz
16:00 - 16:10	Tartışma
16:10 - 16:30	Kahve Arası
16:30 - 17:30	OTURUM 2 Oturum Başkanları: Şükran Köse, Ali Taylan
16:30 - 16:50	Preop hastaların romatolojik değerlendirmesi Sadettin Uslu
16:50 - 17:10	Romatolojide aşılama önerileri Şükran Erten
17:10 - 17:30	Gebelerde romatizmal ilaçların kullanımı Aydan Köken Avşar
17:40-19:00	Sözel Sunum Oturumu (8 sunum - 7 dk sunum + 3 dk tartışma) Oturum Başkanları: Özgül Soysal, Oktay Bilgir

1 HAZİRAN 2024, CUMARTESİ

08:30 - 09:30	OTURUM 3 - Vakalarla sık görülen romatolojik hastalıklara yaklaşım Oturum Başkanı: İhsan Ertenli
08:30 - 08:45	Kimde FMF düşünülmeli, MEFV analizi bize ne anlatıyor? Serdar Uğurlu
08:45 - 09:00	Kristal artritlere nasıl yaklaşmalıyım? Fatma Başıbüyük
09:00- 09:15	Bel ve sırt ağrısı olan hastaya yaklaşım Gökçe Kenar Artın
09:15 - 09:30	Romatolojik aciller Sinem Burcu Kocaer
09:30 - 09:40	Tartışma
09:40 - 10:00	Kahve Arası
10:00 - 11:00	OTURUM 4 - Romatolojide tanısal testler Oturum Başkanı: Vedat Hamuryudan
10:00 - 10:20	Spesifite ve sensitivite nedir? Her pozitif test tanısal mıdır? Servet Akar
10:20 - 10:40	ANA testi ve ENA panelinin yorumlanması Dilek Solmaz
10:40 - 11:00	Romatolojide akut faz yanıtları ve kullanımları Tuba Demirci Yıldırım
11:00 - 11:10	Tartışma
11:10 - 11:30	Kahve Arası
11:30 - 12:30	OTURUM 5 - Romatolojide tedavi Oturum Başkanı: Sedat Kiraz
11:30 - 11:50	Romatoid artritte Jakinibler Kenan Aksu
11:50 - 12:10	SpA' da Jakinibler Fatoş Önen
12:10 - 12:30	İBH' da İL-17 ve İL-23 hedefleyici tedaviler. Aynı yolak farklı etkinlik Murat Kıyıcı
12:30 - 12:40	Tartışma

12:40 – 13:30	Öğle Yemeği
13:30 – 14:30	OTURUM 6 - Bağ doku hastalıkları <i>Oturum Başkanı: Ali Taylan</i>
13:30 – 13:50	Raynaud fenomeniine yaklaşım Tuba Yüce İnel
13:50 – 14:10	Bağ doku hastalıklarının genel özellikleri Yeşim Erez
14:10 – 14:30	Bağ doku hastalıklarının cilt bulguları ve tedavisi Gökhan Keser
14:30 – 14:40	Tartışma
14:40 – 15:00	Kahve Arası
15:00-16:40	OTURUM 7 - Akademik yaklaşım 2 <i>Oturum Başkanları: Vedat Gerdan, Önay Gercik</i>
15:00 – 15:30	Bilimsel çalışmalarda istatistik, örneklem büyüklüğü, veri girişi yöntemleri Hüseyin Candan
15:30 – 16:00	Literatür tarama, doğru veri kaynağına ulaşma, (WOS) Q1-Q2-Q3-Q4 Dergi araştırma Abdullah Murat Mete
16:00 – 16:30	0 Meta-Analiz: nedir ve nasıl yapılır? Abdullah Murat Mete ve Hüseyin Candan
16:30 – 16:40	Tartışma
16:40 – 17:00	Kahve Arası
17:00 – 18:30	OTURUM 8 - Akademik yaklaşım 3 <i>Oturum Başkanı: Osman Yılmaz</i>
17:00 – 17:30	Romatolojik ve immunolojik hayvan modelleri Semih Güllü
17:30 – 18:00	TÜBİTAK projelerine başvuruda önemli noktalar Sercan Erez
18:00 – 18:30	TÜSEB ve BAP Projelerine başvuruda önemli noktalar Ayşe Koçak
2 HAZİRAN 2024, PAZAR	
09:00 – 10:00	SIK GÖRÜLEN DİĞER ROMATOLOJİK HASTALIKLAR <i>Oturum Başkanları: Taşkın Şentürk, Barış Gündoğdu</i>
09:00 – 09:20	IgG4 kimde düşünülmeli? Tanı ve tedavi süreci Handan Yarkan
09:20 – 09:40	Behçet tedavisi gözden geçirme Emire Seyahi
09:40 – 10:00	Miyozit tanı ve tedavi yaklaşımı Gerçek Şen
10:20 – 11:30	Kahve Arası
10:20 – 11:30	OTURUM 9 <i>Oturum Başkanları: Timur Pırıldar, Gözde Derviş Hakim</i>
10:20 – 10:40	Kılavuzsuz eklem enjeksiyonları: Genel kurallar ve kullanılan ilaçlar Özkan Uruk
10:40 – 11:00	Osteoartritte PRP ve hyaluronik asit enjeksiyonları kanıta dayalı yaklaşım Ali Karakaş
11:00 – 11:20	Sakroiliak eklem ve kalça enjeksiyonu Murat Karkucak
11:20 – 11:30	Tartışma
11:30 – 12:30	Poster Turu <i>Poster Tartışmacıları: Nedim Taş, Berrin Akın</i>
12:30 – 13:30	Öğle Yemeği

- **Sözel Bildiriler**

S-01 Intracranial Arachnoid Cyst Defined After Anti-Tnf- α Treatment in a Patient With Axial Spondyloarthritis: A Case Report

Ebru Yılmaz¹

1 Bezmialem Vakıf Üniversitesi

In the literature, few cases coexisting with arachnoid cyst in the thoracic or lumbosacral regions and axial spondyloarthritis (axSpA) have been reported. This report presents a male patient with axSpA who determined intracranial arachnoid cyst after anti-tumor necrosis factor (TNF)- α treatment. A 39-year-old male patient applied to the Physical Medicine and Rehabilitation department with complaints of back and neck pain for 8 years. He had lower back and neck pain when he got up in the morning and heel pain when he put his feet on the ground. He also had morning stiffness for about 30 minutes. There was no limitation of cervical and lumbar spinal movement. There was no swelling of peripheral joints but tenderness in the bilateral Achilles tendon. The patient was diagnosed with axSpA based on clinical, laboratory (HLA-B27 (-), high ESR and CRP) and radiological (sacroiliitis on X-Ray and MRI, enthesitis in bilateral Achilles tendon on foot X-Ray) findings. He received NSAIDs (indomethacin 25 mg/3 times a day and celecoxib 200 mg/day). Since no adequate clinical and laboratory response could be obtained during the 6-month follow-up, the patient was treated with anti-TNF- α therapy (certolizumab pegol). Although there was a significant improvement in the patient's symptoms with this treatment, numbness in the patient's left arm and tremors and involuntary movements in the left hand at rest occurred in the 6th month of treatment. Therefore, cranial MRI was performed and there was arachnoid cyst at the level of the right frontotemporal lobe. The patient was consulted to the Department of Neurosurgery and no surgery was considered firstly but discontinuation of anti-TNF treatment was recommended. Then, the patient was treated with anti-IL-17 treatment (secukinumab). The patient's symptoms in the left arm improved with this treatment, and no increase in the size of the arachnoid cyst was detected in both the 6-month and 1-year follow-up cranial MRI. Although most arachnoid cysts are asymptomatic and detected incidentally on imaging studies, it is assumed that it became symptomatic after anti-TNF- α treatment in this case. This highlights the importance of careful and regular follow-up in cases with chronic disease as well as treatment choice.

Anahtar Kelimeler: Axial spondyloarthritis, arachnoid cyst, anti-TNF- α therapy

Figure 1. Enthesopathic changes on the bilateral iliac crest and bilateral sacroiliitis, sclerosis and narrowing of joint spaces on lumbosacral X-Ray imaging and a syndesmophyte between both C5-C6 and C6-C7 vertebrae on lateral cervical X-Ray imaging

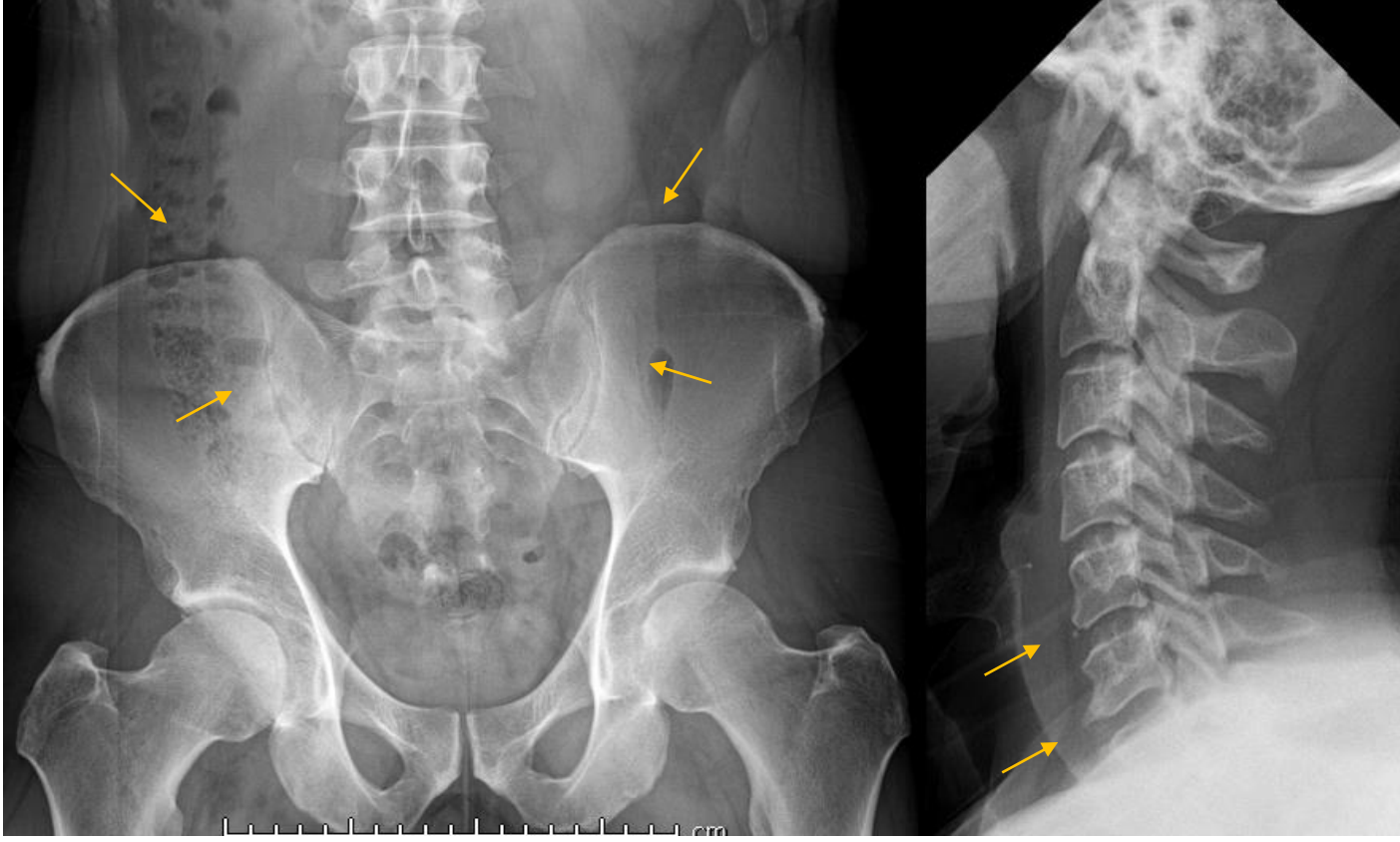


Figure 3. The periarticular lipomato patch-like signal intensity changes in the antero-inferior sections and narrowing of the bilateral inferior sacroiliac joints on sacroiliac magnetic resonance imaging (MRI) (right picture T1-weighted image; left picture T2-weighted image)

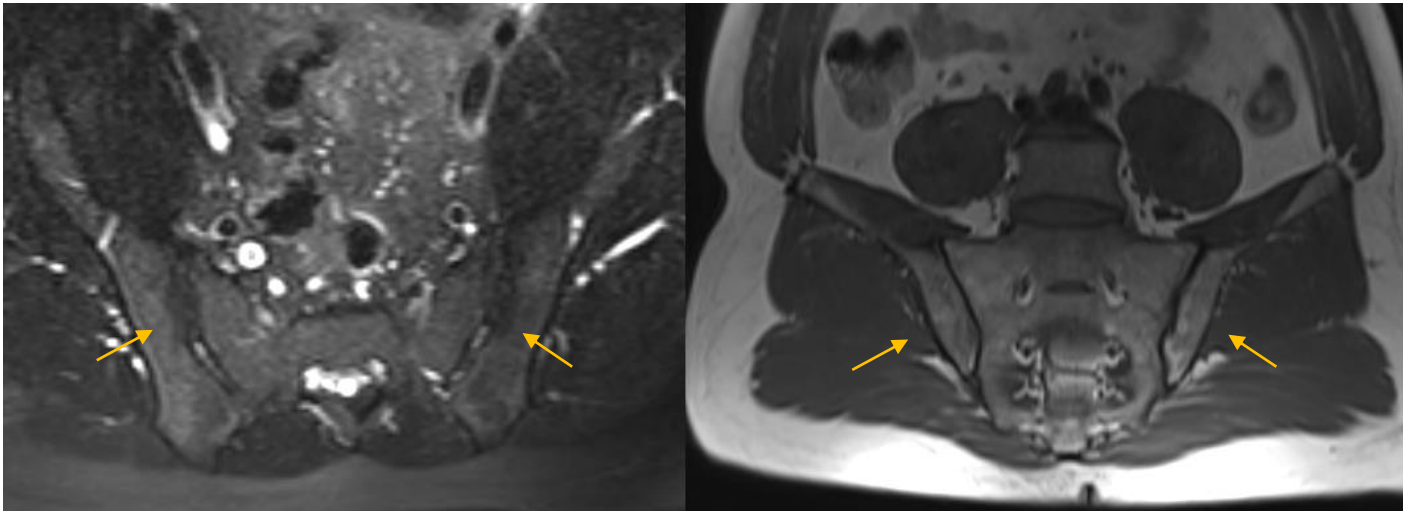
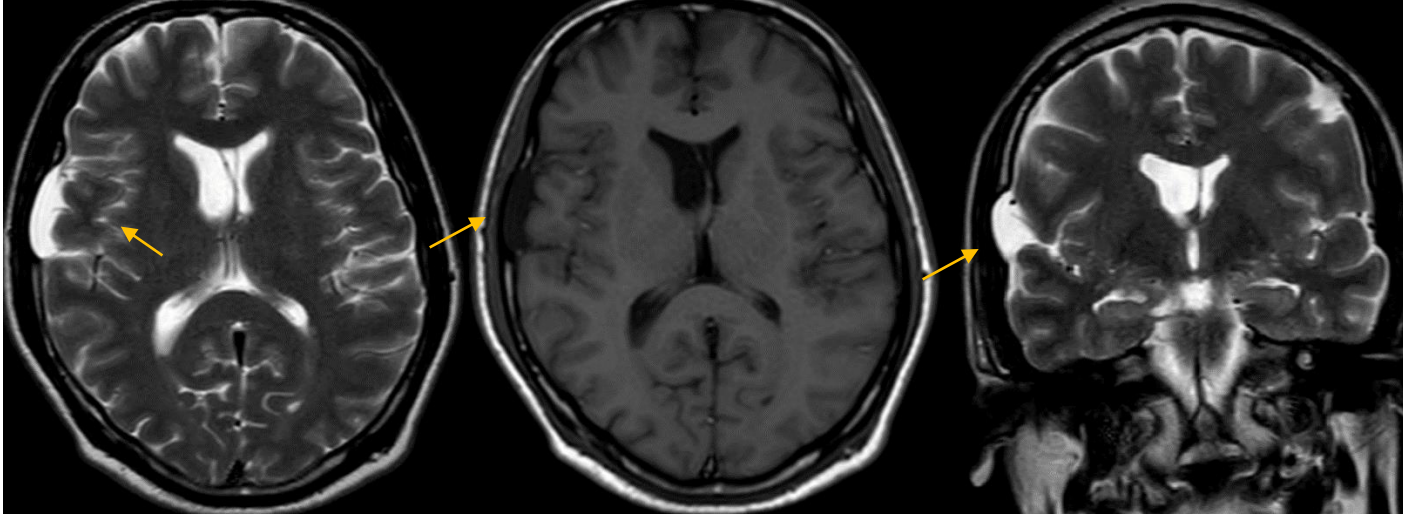


Figure 2. Enthesopathic changes on the localization of the insertion of Achilles tendon in calcaneus posterior bilaterally



Figure 4. The hyperintense area on T2-weighted sequences and hypointense area on T1-weighted sequences (arachnoid cyst) at the level of the right frontotemporal lobe on cranial MRI.



S-02 Ankilozan Spondilit ve Alerjik Hastalıklar Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Klinik Çalışma

Ebru Yılmaz¹, Orhan Eren²

1 Bezmialem Vakıf Üniversitesi

2 Kocaeli Medicalpark Hastanesi

Amaç: Hem Th1 hem de Th2 yolakları, vücudun bağışıklık sistemini kontrol ve dengede tutmak ve düzenlemek için uyum içinde çalışır. Th1 ve Th2, birbirlerinin büyümesini ve aktivitesini çapraz düzenleyen sitokinler üretir ve bu durum Th1/Th2 paradigması olarak adlandırılır. Atopik bozukluklar baskın bir Th2 sitokin modeli ile ilişkili olmasına rağmen, Ankilozan Spondilit (AS)’te Th17 dışında bozulmuş bir Th1 sitokin modeli ve dolaşımdaki Th2 hücrelerinin artan sayısı olarak tanımlanabilir. Th1 / Th2 paradigmasına göre AS ve atopik bozuklukların bir arada olduğu düşünülebilir. Çalışmanın amacı, AS ile atopik bozukluklar arasındaki ilişkiyi Kocaeli ilinde araştırmak ve bunları kontrol grubu ile karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Toplam 563 AS hastası (grup 1), eşleştirilmiş değişkenler olarak cinsiyet ve yaş kullanılarak intervertebral disk prolapsusu nedeniyle kronik bel ağrısı hastaları (grup 2) ile 1: 1 eşleştirildi. Atopik dermatit (AD), alerjik rinit (AR) ve astım gibi alerjik hastalıkların varlığı tüm gruplarda araştırıldı. **Bulgular:** Her iki çalışma grubunda ortalama yaş 42.86 ± 11.04 yılı. Tüm gruplarda %47,1 kadın ve %52,9 erkek idi. AS grubunda ortalama hastalık süresi $10,51 \pm 8,93$ yılı. AS grubundaki hastaların %70,2’sinde HLA-B27 pozitif idi. Kontrollere kıyasla AS’li hastalar için ayarlanmış olasılık oranları, AD için 1.47(1.20-1.80), AR için 1.76(1.60-1.95) ve astım için 1.79(1.57-2.05) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve AS’li hastalarda AD, AR ve astım prevalansı kontrol grubuna göre daha yüksekti ($p < 0.05$). **Sonuç:** Alerjik hastalıklar tipik olarak genç yaşta hastalarda ortaya çıkar ve AS gelişme riski yaşamın ilerleyen dönemlerinde artmaya başlar. Çalışmanın bulgularına göre AS’li hastalarda alerjik hastalık prevalansı artmıştır. Kronik doku hasarını yansıtan kalıcı ve şiddetli alerjik hastalığı olan hastalarda bir otoimmün profil ve otoreaktivite baskın olabilir. Alerjik hastalıklarda, özellikle AR, astım veya birden fazla alerjik hastalıkta düşük dereceli ve kronik inflamasyon, AS gelişimini kolaylaştırabilir. Ayrıca alerjik hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, otoimmünitenin gelişmesinin ve ilerlemesinin engellenmesinde rol oynayabilir. Bu nedenle, klinisyenler otoimmün hastalık ve alerjik hastalıklar arasındaki bağlantıdan haberdar olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, Alerjik hastalıklar, Th1 / Th2 paradigması

S-03 Anti-Nötrofil Sitoplazmik Otoantikorla İlişkili Glomerülonefritte Nadir Görülen Renal Trombotik Mikroanjiyopati

Gülşah Soytürk¹, Hatice Ecem Konak¹, Şükran Erten², Yüksel Maraş³, Ahmet Omma³, Serdar Can Güven¹, Orhan Küçükşahin², Berkan Armağan¹, Hakan Babaoğlu¹, Kevser Orhan², Fatma Algök¹, Esra Kayacan Erdoğan¹

1 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

2 Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

3 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ANCA ile ilişkili vaskülit (AAV), pauci-immün nekrotizan küçük damar vaskülit ve nötrofil sitoplazmik bileşenlere, özellikle proteinaz 3 (PR3) ve miyeloperoksidaza (MPO) karşı dolaşımdaki otoantikorlarla karakterize edilen bir grup sistemik otoimmün hastalıktır. ANCA ile ilişkili glomerülonefritte (GN) böbrek biyopsisinin tanısal ve prognostik değeri yaygın olarak bilinmektedir. Bildiğimiz kadarıyla ANCA ile ilişkili GN 'de Trombotik mikroanjiyopati (TMA) yalnızca izole vakalarda rapor edilmiştir. Burada nöropati etiolojisi nedeniyle araştırılan ANCA ilişkili glomerülonefrit trombotik mikroanjiyopati bir hastayı sunuyoruz. Vaka Sunumu: 60 yaş erkek hasta, 1-2 ay içerisinde istemsiz 7-8 kg kilo kaybı, Ocak 2024 tarihinden itibaren yürüyememe, ellerinde uyuşukluk şikayeti ve kollarda güçsüzlük gelişmesi üzerine hastanemize başvurdu. Difüzyon Manyetik Rezonans (MR) ve Beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT) normal hastanın elektromiyografisinde sensöri-motor aksonal nöropati olarak sonuçlandı. Yaklaşık 40 yıldır 1-2 birim/gün alkol kullanımı ve 40 yıldır yaklaşık 1 paket/gün sigara kullanmaktaydı. Hastaya ön planda alkole bağlı nöropati düşünülerek beheptal-b12 kompleks vitamin tedavisi verildi, şikayetlerinde gerileme olmadı. Torakoabdomen Bilgisayarlı Tomografi(BT) 'de: Perikardda minimal effüzyon, sağ hemitoraksta derinliği 1cm, sol hemitoraksta derinliği 4cm 'ye ulaşan plevral effüzyon izlenmekteydi. Batında sıvama tarzında serbest sıvısı mevcuttu. Yapılan ekokardiyografide ciddi mitral yetmezlik + perikardiyal efüzyon ve ejeksiyon fraksiyonu % 38 olarak saptandı. Nöropati etyoloji açısından lomber ponksiyon, anemi nedeniyle seum protein elektroforezi , periferik kan yayması, immunfiksasyon elektroforezi istendi. Bir patoloji saptanmadı. RF>90 , MPO ANCA elisa >200 olan hastanın 24 saatlik idrar testinde total protein 1460 mg olması üzerine renal biyopsisi yapıldı. Renal biyopsi sonucu *Damar ve glomerüllerde izlenen bulguların başta kronik dönem trombotik mikroanjiyopatik değişiklikler olmak üzere vaskülopatik hastalıklara bağlı olabileceği düşünülmüştür.* şeklinde raporlandı. Pozitron emisyon sintigrafisinde malignite açısından anlamlı bir bulgu yoktu. Hasta mevcut sonuçlarla kardioloji tarafından değerlendirildi ve vaskülitte sekonder kardiyak tutulum olarak yorumlandı. Hasta mevcut sonuçlarla ANCA ilişkili vaskülitte sekonder polinöropati olarak düşünüldü. Hastaya 400 mg/kg/gün, 5 gün IVIG tedavisi verildi. Prednol pulse 3 gün , devamında 1 mg/kg/gün 1 ay kadar devam edildi. Mofecept başlandı ve doz kademeli olarak artırıldı. Hastanın kontrol 24 saat idrar testinde total protein 289 mg olarak görüldü. Kas güçlerinde anlamlı iyileşme saptandı. Hastanın takibi halen devam etmektedir. Tartışma: Sonuç olarak ANCA ilişkili GN 'de renal TMA nadirdir ve daha ciddi

Anahtar Kelimeler: ANCA, vaskülit, tromboz

• **Poster Bildiriler**

P-01 Atopik Dermatit ve Ankilozan Spondilit Tanısı Olan Olguda Upadasitinibin Etkinliği

Umut Bakay¹

1 Denizli Devlet Hastanesi

Giriş : Spondiloartritler , Ortak genetik, epidemiyolojik, klinik ve radyolojik özelliklere sahip, öncelikle sakroiliak eklemleri ve omurgayı tutan, eklem belirtilerinin yanında eklem dışı organ tutulumuna da yol açan heterojen bir hastalık grubudur. Spondiloartritli hastalarda Jak inhibitörlerinin etkinliği hem periferik eklem tutulumunda hem de aksiyal tutulumunda bir çok çalışmada gösterilmiştir. Spondiloartritlerin tedavisinde Jak inhibitörleri Anti-TNF dirençli olgularda ülkemizde endikasyonu ve geri ödemesi bulunmaktadır. Atopik dermatit kronik, bulaşıcı olmayan inflamatuvar bir dermatozudur. AD, kızarıklık, şişlik, ekzoriyasyon, likenifikasyon ve sıklıkla sızıntı/akış ve kseroz gibi klinik belirtilerle karakterize edilir. Bu faktörler fiziksel ve psikososyal hasta yüküne ve yaşam kalitesinin (QoL) bozulmasına katkıda bulunur. Topikal tedaviye dirençli orta ila şiddetli atopik dermatitli (AD) hastalar için uzun süreli oral tedavi seçenekleri sınırlıdır; konvansiyonel oral immünsüpresif tedavilerin çoğu endikasyon dışı kullanılır, sınırlı etkililik verilerine sahiptir ve güvenlik profilleri nedeniyle uzun süreli tedavi için uygun değildir. Upadacitinib, diğer JAK'lara kıyasla JAK1 için seçiciliği artıracak şekilde tasarlanmış bir oral JAK inhibitörüdür. Upadasitinib, JAK1'i seçici olarak inhibe ederek, IL-4, IL-13, IL-22, IL-31 ve TSLP dahil olmak üzere birçok proinflamatuvar aracının sinyalini ortadan kaldırır, böylece AD'de cilt temizliğine ve kaşıntının hafifletilmesine katkıda bulunur (4). Measure Up 1 ve Measure Up 2 çalışmalarının 16. hafta sonuçları , hastalık aktivitesi, kaşıntı, cilt ağrısı ve AD'nin cilt kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirmelerinde upadasitinibin plaseboya göre üstün olduğunu göstermiştir. Bu olguda 10 yıldır atopik dermatit tanısı alan ve son 2 yıldır ankilozan spondillit tanılı hastada upadasitinibin etkinliğini göstermek istiyoruz. Olgu: 10 yıldır egzama öyküsü olan ve 2 yıldır bel ağrısı şikayeti olan atopik dermatit tanılı 36 yaşında kadın hasta, 2 yıl önce başlayan bel ağrısı ,sabah tutukluğu , istirahat ağrıları ,topuk ağrısı ve her iki ayak bileğinde ağrı hassiyet nerdeniyle başvurduğu romatoloji polikliniğinde anamnezinde inflamatuvar karakterde bel ağrısı ve sabah tutukluğunun olması , laboratuvar değerleri; AST=41 U L, ALT=46 U L, LDH=58 U L, CK=211 U L, lökosit=5,14 mK_rL , İGE : 4490 GFR : 124, HGB : 15.6 gr/dL , Trombosit : 182000, Sedimentasyon :41 mm/sa , CRP:18 mg/L ,ANA: negatif, ANA profil(-) RF: 9 IU/mL , CCP:-, 0,5(0-5) idi. Fizik muayenede; entezit bulguları ,fabere ve fadır +/+ ,modifiye schober 4 cm , sakroiliak kompresyon +/+ ve ekstremiteler ve boyun bölgesinde prurigo benzeri tırnak büyüklüğünde eritemli plaklar tespit edildi. Görüntülemelerde sakroiliak grafi evre 2/3 , sakroiliak mr : bilateral aktif sakroileit bulgularının olmasıyla hastaya ankilozan spondillit tanısı konuluyor .Atopik dermatit için şimidiye kadar topikal tedaviler alan hastaya a.spondillit tanısıyla önce indometazin daha sonra diklofenak ve meloksikam maksimum dozda uygulanıyor ,yanıt alınamayınca adalimumab tedavisine geçiliyor ancak 3 ayın sonunda primer direnç geliyor (BASDAİ >6) ve de son 1 aydır süren yaygın eritem, kaşıntı ve uykusuzluk şikayetlerinde artış saptanıyor. Adalimumab tedavisi sonrası primer direnç nedeniyle Ülkemizde a.spondillit endikasyonu ile Anti-Tnf tedavi sonrası geri ödeme alan upadasitinib (15 mg / gün) tedavisine geçtik .3 ay sonraki kontrollerde BASDAİ' de 2 birimden fazla düzelme olduğu(Yeni BASDAİ : 4) , sabah tutukluğunun ve bel ağrısının gerilediği görüldü .3 aylık upadasitinib tedavisinden sonra kaşıntı ve cilt lezyonlarında hızlı bir iyileşme görülürken ,seri-um İgE seviyesinde düşüş görüldü (3250 kIU/L'ye) Sonuç: Sonuç olarak, JAK1 inhibitörü upadasitinib hem A.spondillit hem de Atopik dermatit üzerinde olumlu etkiler

göstererek iki hastalığın bir arada bulunduğu durumlarda tercih edilebilecek bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar Kelimeler: Atopik Dermatit ankilozan spondillit upadasitinib

P-02 A Case of Sarcoidosis Presenting with Systemic Congestive Symptoms

Sevgi Kara¹, Özkan Urak¹, Gökçe Kenar Artın¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

INTRODUCTION

Sarcoidosis is a multisystemic granulomatous disease with bilateral hilar adenopathy, skin, joint and eye involvement. Noncaseating granulomatous infiltration is seen in tissues; therefore, biopsy is important in the diagnosis. Infections, especially tuberculosis, and malignancies are among the differential diagnoses.

CASE PRESENTATION

A 62-year-old male was examined for swelling in the right hand, elbow, knee and a loss of 20 kilograms in the last 3 months. There were nodular subcutaneous lesions about 3x2 cm on the right wrist and about 1x1 cm on both knees and other physical examination findings were normal. Laboratory tests revealed Hb: 12.8 g/dL, CRP: 33 mg/L, corrected calcium: 12.2 mg/dL, phosphorus: 3.8 mg/dL, parathormone: <4.6 pg/mL, uric acid: 4.6 mg/dL, creatinine 1.1 mg/dL, ANA and ANCA negative, Serum angiotensin converting enzyme (ACE): 214 U/L, Immunoglobulin levels and complete urinalysis were normal. In 3 different sputum cultures, no growth of tuberculosis bacilli was observed. Also, PPD: 0 mm was detected.

Thoracic computed tomography was performed with the prediagnoses of malignancy and sarcoidosis. Mediastinal and hilar multiple lymph nodes, the largest of which measured 24x31 mm (Image 1) in the right hilar region and 25x32 mm (Image 2) in the left hilar region and the largest of which measured 2 cm in the mediastinum, and hystertistial fibrosis were detected. Multiple micronodule infiltrations were observed in the parahilar peribronchovascular interstitium and subpleural interstitium in both lungs.



Image 1

Bronchoscopy was performed twice for tuberculosis, sarcoidosis and malignancy. No bacterial growth and malignant cells were detected in bronchoalveolar lavage fluid. Excisional biopsy of the lesion on the right wrist showed granuloma structures consisting of epithelioid histiocytes, langhans-type multinuclear giant cells and lymphocytes, some with areas of necrosis in the center.



Image 2

Sarcoidosis was diagnosed and the patient was followed up with methylprednisolone 24 mg/day and methotrexate 20 mg/day.

CONCLUSION

The course of sarcoidosis is variable as it can damage many organs, which can make it difficult to diagnose. There is no specific diagnostic test. Thorax imaging is a test that should be performed in every suspected patient and is helpful in the diagnosis. All other granulomatous diseases involving the lung, lymphoproliferative diseases and other malignancies should be considered in the differential diagnosis. The gold standard for definitive diagnosis is histopathologic examination of the biopsy specimen. The typical histopathologic finding is well-circumscribed epithelioid type noncaseified granulomas. Corticosteroids and cytotoxic agents may be used in the treatment.

Anahtar Kelimeler: SARCOIDOSIS, THORAX