

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ROMATOLOJİYE KONSÜLTE EDİLEN YATAN
HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Fatma TUNCER**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gonca KARABULUT**

İZMİR 2017

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin başından itibaren güleryüz ve hoşgörüsüyle hep yanımda olan, deneyimleri ile eğitim hayatıma birçok katkısı olan, yetişmemde büyük emeği geçen başta İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Fehmi Akçiçek olmak üzere kliniğimizin çok değerli tüm öğretim üyelerine;

Bilgi ve tecrübeleriyle daha doğru, daha üstün bir bakış açısı kazandıran, tez çalışmamın belirlenmesi ve sonuçlanması sürecinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanı hocam Sayın Doç. Dr. Gonca Karabulut'a;

Bu çalışmanın tüm aşamalarında yardımlarını esirgemeyen Uzm. Dr. Mete Pekdiker'e ve asistanlığım boyunca eğitimime katkıda bulunan diğer uzmanlarıma;

Fikir alışverişinde bulunduğum, sıkıntı ve sevinçleri paylaştığım tüm çalışma arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemi sağlayan, her zaman sabırla yanımda olan, desteklerini hiç esirgemeyen aileme yürekten teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	III
KISALTMALAR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Konsültasyonun Tıp Tarihindeki Yeri	2
2.2. Konsültasyon Tanımı ve Genel Özellikleri.....	3
2.3. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Konsültasyon Hizmetleri Yönergesi	5
2.4. Romatolojik Hastalıklara Genel Bakış.....	10
2.4.1. Bağ Dokusu Hastalıkları.....	10
2.4.2. Spondiloartropatiler.....	16
2.4.3. Vaskülitler	19
2.4.4. Diğerleri	22
2.5. Günlük Pratikte Romatolojik Hastalıklarla İlişkilendirilen Laboratuvar Testleri	24
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	59
7. KAYNAKLAR	61

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1: ACR-EULAR 2010 RA Sınıflama Kriterleri	11
Tablo 2: SLE 2012 Shicc Tanı Kriterleri	12
Tablo 3: SS Sınıflandırma Kriteri	13
Tablo 4: Amerika-Avrupa Uzlaşı Grubu Sjögren Sendromu Sınıflama Kriterler	14
Tablo 5: SpA İçin Sınıflama Kriterleri.....	16
Tablo 6: Ankilozan Spondilit Tanısında Kullanılan Modifiye New York Kriterleri.	17
Tablo 7: CASPAR Kriterleri	18
Tablo 8: Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu Tanı Kriterleri	22
Tablo 9: ANA Pozitifliğiyle İlişkili Hastalıklar	26
Tablo 10: Konsülte Edilen Tüm Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Yaş Dağılımları	32
Tablo 11: Aylara Göre Konsültasyon Sayılarının Dağılımı.....	33
Tablo 12: Romatolojik Tanısı Olan Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Yaş Dağılımı	34
Tablo 13: Tedavi Düzenlenmesi Gerekçesi İle Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı	38
Tablo 14: Preoperatif Gerekçeyle Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı	39
Tablo 15: Romatolojik Patolojinin Bir Diğer Patolojiyle İlişkilendirilmesi Nedeniyle Danışılan Hastaların Dağılımı.....	39
Tablo 16: Diğer Nedenlerle Konsülte Edilen Hastaların Dağılımı	40
Tablo 17: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Yaş Dağılımı	40
Tablo 18: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastaların Ön Tanı Belirtme Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 19: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastaların Konsültasyon Gerekçelerine Göre Dağılımı	42
Tablo 20: Hastalarımızın Romatolojik Tanı Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	44

Tablo 21: Tanı Alan Hastaların Ön Tanı Belirtme Durumlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 22: Ön Tanı Belirtilmesi İle Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	46
Tablo 23: Kliniklere Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı	47
Tablo 24: Semptom ve Klinik Bulgulara Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı ..	48
Tablo 25: Radyolojik Bulgulara Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı	49
Tablo 26: Patolojik Bulgulara Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı	49
Tablo 27: Laboratuvar Bulgularına Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı	50
Şekil 1: Mevsimsel Konsültasyon Sayılarının Dağılımı	34
Şekil 2: Romatolojik Tanısı Olan Hastalarda Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı	35
Şekil 3: Hastaların Romatolojik Tanılarının Dağılımı	36
Şekil 4: Hastalarımızın Konsültasyon Gerekçelerine Göre Dağılımı	37
Şekil 5: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastalardan Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı	41
Şekil 6: Konsültasyonların Danışılma Gerekçelerine Göre Sayı Dağılımı	43
Şekil 7: Hastaların Konsültasyon Gerekçelerine Göre Tanı Alma Oranları	44
Şekil 8: Hastalara Konulan Romatolojik Tanıların Dağılımı	45
Şekil 9: Kliniklere Göre Tanı Alma Dağılımları	47

KISALTMALAR

RF: Romatoid Faktör
RA: Romatoid Artrit
Anti-CCP: Anti Siklik Sitrüline Peptit Antikor
BDH: Bağ Dokusu Hastalığı
GPA: Granülomatoz Polianjiit
AS: Ankilozan Spondilit
SS: Sistemik Skleroz
ANA: Anti Nükleer Antikor
ANCA: Anti Nötrofil Sitoplazmik Antikor
MPA: Mikroskopik Polianjiit
EGPA: Eozinofilik Granülomatoz Polianjiit
MBDH: Mikst Bağ Dokusu Hastalığı
SLE: Sistemik Lupus Eritematozus
PM: Polimiyozit
DM: Dermatomyozit
MPO: Miyeloperoksidaz
PR3: Proteinaz 3
IIF: İndirekt İmmün Floresans
ENA: Ekstrakte Edilebilir Nükleer Antijen
CRP: C Reaktif Protein
ACA: Anti Kardiyolipin Antikor
LA: Lupus Antikoagulanı
AFA: Anti Fosfolipid Antikor
PAN: Poliarteritis Nodosa
PMR: Polimiyaljiya Romatika
HLA: İnsan Lökosit Antijen
Anti-RNP: Anti-ribonükleoprotein
NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç
DIF: Distal Interfalangial
PsA: Psöriatik Artrit
PAH: Pulmoner Arter Hipertansiyonu
ACR: Amerikan Collage of Rheumatology
MTF: Metatarsofalangeal
CPPD: Kalsiyum Pirofosfat Dihidrat
FMF: Ailesel Akdeniz Ateşi
GİS: Gastrointestinal Sistem
FTR: Fizik tedavi ve rehabilitasyon
NRŞ: Nöroşirürji

ÖZET

ROMATOLOJİYE KONSÜLTE EDİLEN YATAN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmamızda 1 Şubat 2015- 31 Ocak 2017 tarihleri arasında E.Ü.T.F Romatoloji Bilim Dalı'na konsülte edilen yatan hastalar değerlendirilmiştir. Hastalar hastane elektronik hasta dosyası sisteminden taranmıştır. Konsültasyon isteyen klinik, hastanede yatış nedeni, yaş, cinsiyet, bilinen romatolojik tanısının olup olmadığı, konsültasyon gerekçesi ve konsültasyon sonucunda romatolojik tanı alıp almadığı verisi kaydedilmiştir.

Toplam 1021 adet konsültasyon incelenmiştir. Toplamda 770 farklı hasta için konsültasyon istenmiştir. Hastalar romatolojik tanılarının olup olmamalarına göre 2 gruba ayrılarak incelenmiştir.

Romatolojik tanısı olan hastalarda konsültasyon amacı preoperatif, tedavi düzenlenmesi, romatolojik patolojinin bir diğer patolojiyle ilişkilendirilmesi ve diğer nedenler olarak 4 alt kategoride incelenmiştir. Hastaların hangi klinikten konsülte edildiği kaydedilmiştir.

Romatolojik tanısı olmayan hastaların konsültasyon gerekçesiye; semptom ve klinik bulgu, radyolojik bulgu, patolojik bulgu, laboratuvar bulgusu olarak 4 alt kategoride incelenmiştir. Konsültasyon isteyen hekimin ön tanı belirtip belirtmediği ve hastanın tanı alıp almadığı değerlendirilmiştir.

Tanısı olmayan 396 hastadan 68'i (%17,2) tanı almıştır. Ön tanı belirtme ile tanı alma arasında %95 doğruluk oranıyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

Çalışmamızda, romatoloji polikliniğine yönlendirilen konsültasyonlar incelenip, konsültasyon nedenleri ve istenen konsültasyonların ne oranda romatolojik hastalıklarla ilişkili olduğu araştırılmıştır. Böylece hangi başvuru nedenleri ve konsültasyon gerekçelerinin daha fazla romatolojik hastalık tanısı ile sonuçlandığı bulunmaya çalışılmıştır.

ABSTRACT

RETROSPECTIVE EVALUATION OF HOSPITALIZED PATIENTS THAT ARE CONSULTED TO RHEUMATOLOGY DEPARTMENT

In our study, the inpatients who were requested consultation from Rheumatology Department from February 1, 2015 to January 31, 2017 were evaluated. Patients were scanned from the hospital electronic patient file system. The clinic requiring consultation, the reason for hospitalization, age, gender, whether or not there is a known rheumatologic diagnosis, the reason for the consultation, and the results of the consultation were recorded as whether or not they were diagnosed as rheumatologic.

A total of 1021 consultations were examined. A total of 770 different patients were requested for consultation. Patients were divided into two groups according to their rheumatologic diagnosis.

Patients with rheumatologic diagnosis were consulted in four subcategories as consultation purpose preoperative, treatment regimen, association of rheumatologic pathology with another pathology and other reasons. It was recorded in which clinic the patients were recruited.

The reasons for the consultation of patients without a rheumatologic disease diagnosis were examined in four subcategories as symptoms and clinical findings, radiological findings, pathologic findings and laboratory findings. It was evaluated whether the physician requesting consultation indicated preliminary diagnosis and whether the patient was diagnosed or not.

Of the 396 untrained patients, 68 (17.2%) were diagnosed. There is a statistically significant relationship between pre-diagnosis and diagnosis with 95% accuracy.

In our study, the consultations directed to the rheumatology polyclinic were investigated and the reasons for the consultation and the desired consultations were investigated in relation to the rheumatologic diseases. Thus, it was tried to find out which of the reasons for referral and reasons for consultation resulted in more rheumatological disease diagnosis.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Konsültasyon, farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin, bir hastanın tanı ve tedavisi için görüş alışverişinde bulunmaları ve bunun sonucunda hastanın tedavisinin planlanmasıdır. Günümüzde tıp alanında gelişen tanı ve tedavi yöntemleri, her alandaki bilgi birikiminin hızla artması, tüm hekimlerin her dalda bilgi sahibi olmasını imkansızlaştırmış, bu nedenle bilimsel danışmanlık niteliği taşıyan “tıbbi konsültasyon” klinik tıp uygulamasının vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Uygun ve zamanında istenmeyen konsültasyonlar tanının tedavinin gecikmesine neden olabileceği gibi, konsültasyon amacının doğru tanımlanmaması, hasta bilgilerinin eksik verilmesi konsültasyon yapıldığı halde istenen sonucun elde edilememesine yol açabilir. Hastaların hangi semptom ve bulguların varlığında, ne amaçla konsülte edileceklerinin bilinmesi hekimler açısından oldukça önemlidir. Çalışmamızda, romatoloji bölümünden istenen konsültasyonlar incelenerek, konsültasyon nedenleri, hastanın önceden romatolojik tanısının olup olmadığı, tanısı olan hastalardan hangi nedenlerle konsültasyon istendiği, yatış nedenlerinin romatolojik tanılarıyla ilişkili olup olmadığı, istenen konsültasyonların ne oranda romatolojik hastalıklarla ilişkili olduğu araştırılmış, hangi başvuru nedenleri ve konsültasyon gerekçelerinin daha fazla romatolojik hastalık tanısı ile sonuçlandığı bulunmaya çalışılmıştır.

Romatolojik hastalığı olan hastaların doğru saptanması, hangi hastalardan, ne zaman konsültasyon istenmesi gerektiğinin bilinmesi bu hastaların prognozunu önemli oranda etkileyebilir.

Hızlı ve etkin bir konsültasyon işleyiş sistemi için romatoloji hekimiyle konsültan hekimin iş birliği gerekli olup gereksiz konsültasyon isteğinden kaçınılmalı ve konsültasyon isteği hızlı bir şekilde yanıtlanmalıdır.

Bu çalışma; aksaklıkların belirlenmesi, konsülte edilen hastaların nitelik ve nicelik yönünden analiz edilmesi ve bu çerçevede saptanan sorunların ve çözüm önerilerinin tartışılması, diğer kliniklerin branşımızı hangi noktada gördüğünün ortaya konması, eksik yanlarımızın tespit edilmesi ve ilgi alanlarımızın yeniden değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Konsültasyonun Tıp Tarihindeki Yeri

Tarihsel bilgilere göre konsültasyonu yorumladığımızda, hekim-hekim arasındaki bu uygulamanın “konsültasyon” terimi ile olmasa da uygulama biçimi olarak oldukça eski dönemlerde de kullanıldığını söyleyebiliriz. Hipokrat Andı'nda gördüğümüz, "Yetkim olmayan müdahaleleri yapmayacağım; bunları ehline bırakacağım" sözünden bunu yorumlayabiliriz. Konsültasyonun eski çağlarda bile yapıldığı ve Eski Mezopotamya, Eski Mısır ya da Eti hekimlerinin sık sık komşu ülkelere çağrıldıkları bilinmektedir (1). Orta çağ döneminde de konsültasyona önem verilmiş olup İran Kralı Nuşirevan-i Adil (531-579) hastalanınca meşhur bir hekim olan Haris Bin Kelede konsültasyon için İran'a çağırılmıştır. Sekizinci yüzyılda müslümanlar arasında büyük tıp ekolü olan Cundişapur Ekolü'nün başları olan Bahtışu (Bakhtishus) ailesinden gerekli durumlarda konsültasyon istendiği bilinmektedir (2).

Ayrıca Orta çağ İslam Aleminde Rey ve Taberistan Emiri Kabus Bin Veşmegir'in (11. yüzyıl) torunu hastalanınca bütün hekimlerin İbn-i Sina'yı konsültan hekim olarak çağırdıkları bilinmektedir. Orta çağ Avrupasının ünlü cerrahlarından Henride Mondeville, hastasının tedavisinde başarı gösteremeyen bir hekimin bu konuda: “İşlerim artık sizi tedaviye imkan bırakmıyor, size başka bir cerrahı çağırmanızı tavsiye ederim” diye konuşması gerektiğini bildirmektedir.

Büyük Selçuklu İmparatorluğu döneminde de tıbbi konsültasyon yaygın bir uygulamadır. Sultan Melikşah'ın (1072-1092) torunu Mesut hastalandığında saray hekimlerinin isteği üzerine Hekim Ebul Berekat konsültasyona davet edilmiştir. Yine Selçuklu devletinin başhekimisi olan hekim Ekmeleddin Müeyyed Al-Nahcivani (XIII.yy) de ölüm sürecinde Mevlana'nın yanında bulunmuş ve diğer hekimlerle konsültasyon yapmıştır. Osmanlı İmparatorluğunda da bazı ünlü hekimlerce konsültasyon yapıldığı bilinmektedir. Kütahyalı olan Hekim Şeyhi (Yusuf Sinaneddin) (1371-1431) konsültasyon için, Osmanlı saray hekimleri tarafından saraya çağırılmış ve Çelebi Mehmet'in sinir krizini tedavi etmiştir. Yine Osmanlı hekimlerinden biri olan ve XV. yüzyılda yaşayan Lari (Abdulhamid Çelebi) de Fatih'i ölüm döşeğinde tedavi eden iki hekimden biri olmuştur (1). 16. yüzyılda İtalya'da yaşayan, ünlü hekim ve popüler bir filozof olan Jerome Cardon da Başpiskopos Anchabald Hamilton'un astımının tedavisi için 1552'de İskoçya'ya bir seyahat yapmıştır.

19. yüzyılda Tabip Hayrullah Efendi, 1843'deyazdığı “Makalat-ı Tıbbiye” adlı yapıtında: “Maraz teşhis edilemeyince şair etibba ile müşavere edilir” diyerek konsültasyona değinmiştir. İkinci Mahmut'un oğlu Abdülmecid'in özel doktoru olan Karateodori Konstantin, sultan kendisini başkasının muayene etmesine izin vermiyor gerekçesiyle, Abdülmecid'in hastalığını gizli tutmuştur. Sonradan sadrazam ve ordu komutanlarının baskısı ile başka doktorların da muayene etmeme kaydıyla Abdülmecid'i görmelerine izin verilmiştir. Bu duruma kızan hekimlerden birinin

“Ciğerleri iyi, iç organları sağlam da öyleyse niye bu kadar halsiz. Böyle konsültasyon olmaz. Önce layikiyla muayene edilmelidir. Bu kadar milyon halkın padişahı olan zatın illeti teşhis olunmamak ayıptır” demesi üzerine, bir başka hekimin padişahı muayene etmesine izin verilmiştir. Muayene sonunda, “Sultanın akciğeri teverrüm ile (verem ile) tüberkül peyda etmiş ve üst tarafı bütün bütün bitmiştir” raporu verilmiştir. Yine 19. yüzyılda Sultan II. Abdülhamid’e Almanya’dan çağrılan iki hekim (Dr. Bergman ve Dr. Bier) konsültasyon yapmıştır. Abdülhamid ölmeden önce göğsünün sol ön kısmında bir ağrı nedeniyle 4 hekimin (Akil Muhtar, Selanikli Rıfat, Atıf ve Aleksiyyadis) kendi aralarında konsültasyon yaptıkları bilinir (3).

Görüldüğü üzere, konsültasyon çok eski çağlardan günümüze kadar hekimler tarafından sık başvurulmuş bir uygulamadır.

2.2 Konsültasyon Tanımı ve Genel Özellikleri

Konsültasyon kelimesi Latince “consultati” kelimesinden türemiş olup hastanın hastalıkları ile ilgili sorunlarda farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin tanı ve tedavisi için bilimsel zeminde görüş alışverişinde bulunmaları ve bunun sonucunda tedavisinin planlanması demektir (4).

Günümüz tıbbında hemen her dalda gelişen tanı ve tedavi yöntemleri uzmanlık alanlarının sayısını arttırmış, her hekimin kendi alanında derinlemesine bilgi sahibi olmasını sağlarken diğer alanlarda akıl yürütmesini güçleştirmiştir. Bu durum branşlar arasında iyi bir iş birliğini zorunlu kılmış, özellikle birden fazla hastalığı olan kişilerde ya da bir hastalığın birçok sistemi etkilediği durumlarda konsültasyon ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Konsültasyon hekim-hekim ve hasta-hekim ilişkilerinde güvene dayalı, uyumlu bir ilişki kurularak hastanın birden fazla hekim tarafından tedavisini sağlar.

Konsültasyon, tanı ve tedavide değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim duyulduğunda; hastanın şifası beklenen zaman sınırlarını aşmışsa, normal seyreden bir hastalıkta bir komplikasyon araya girmiş ve bu tehlikeli bir durum oluşturmuşsa ya da vakanın tedavisi olanaksız hale gelmişse sorumluluğu paylaşmak için istenir. Konsültasyon, hastanın müdavi hekimi, hasta ya da hasta ailesi tarafından istenebilir. Konsültasyona çağrılan hekim, konusunda uzmanlık yapmış, söz sahibi olmuş bir kişi olmalıdır (5,6). Ülkemizde konsültasyonun nasıl yapılması gerektiği Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 24-30. maddelerinde açıklanmıştır (7).

Buna göre:

Madde 24: Hekim konsültasyon isteyebilir, hastanın da konsültasyon isteme hakkı vardır.

Madde 25: Konsültasyonda hekimlerin tartışma ve yorumları hasta ve çevresinin duyamayacakları biçimde yapılmalıdır.

Madde 26: Varılan sonuçlar bir konsültasyon tutanağı ile belirlenmeli, ortaklaşa imzalanmalı, en yaşlı hekim tarafından hasta ve yakınlarının maneviyatlarını bozmadan onlara bildirilmelidir.

Madde 27: Konsültasyona gelen hekim yapılan tedaviyi uygun görmez ise düşüncesini konsültasyon kağıdına yazar ve tedaviye karışmayabilir.

Madde 28: Düşünce farklılığı durumunda, hasta konsültasyona gelen hekimin düşüncelerini yeğlerse, müdavi hekimin o hastayı bırakma hakkı vardır.

Madde 29: Konsültan hekim hastanın sürekli istemi olmadıkça hastayı tedavi etmez

Madde 30: Yapılan konsültasyonlarda her hekim ücretini ayrı ayrı alır.

Konsültasyon Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi'nin Temmuz 2004'te yayınladığı "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" kitapçığında şu maddelerle yer almıştır:

Madde 19: Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

a) Hasta izlemi sırasında değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedavisini yürüten hekim yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b) Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c) Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d) Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e) Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f) Konsültasyon sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g) Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

2.3 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Konsültasyon Hizmetleri Yönergesi (E.Ü. ÜNİVERSİTESİ SENATO KABUL TARİHİ: 1.4.2008)

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam ve Tanımları içerir.

Amaç:

Madde 1: Bu yönergenin amacı: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülen konsültasyon hizmetlerinde standardizasyonun sağlanması, işleyiş prosedürleriyle sorumlulukların belirlenmesi ve iyileştirme yolunda izlemlerin yapılmasıdır.

Kapsam:

Madde 2: Yönerge, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatarak ve ayakta tanı ve tedavi alan hastalara ait bütün konsültasyon hizmetlerini ve bu hizmetlerin sunumunda görev alan tüm personeli kapsamaktadır.

Dayanak:

Madde 3: Bu yönerge Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 6, 13, 19, 24, 25, 26, 27, 28, 29 ve 30. maddelerine, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 16, 19 ve 25. maddelerine ve yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 42, 64 ve 65.maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar:

Madde 4: Bu metinde geçen;

- a. Konsültasyon; Tanı ve tedavi amacı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran hastalardan sorumlu hekimlerin, hastasının tanı/tedavi ve takibinde gerekli gördüğünde diğer anabilim dalları/bilim dalları ile görüş alışverişinde bulunmasını
- b. Sorumlu hekim; Hastanın tanı ve tedavisinden birinci derecede sorumlu olan uzman hekim veya öğretim üyesini
- c. Konsültan hekim; Sorumlu hekim tarafından istenen konsültasyonu yanıtlamakla sorumlu ve alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olan hekimi.
- d. Konsültasyon Formu; Konsültasyon isteği ve sonucu ile ilgili bilgileri içeren hem sorumlu hekim hem de konsültan hekim tarafından açık, net ve okunaklı doldurulması gereken ve yönerge ekinde örneği sunulan formu ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Sorumlu Hekimin Görevlerini, Konsültasyon Formunun Konsültan Hekime Ulaştırılmasını, Konsültan Hekiminin Görevlerini tanımlar.

Sorumlu Hekimin Görevleri

Madde 5: Yatarak ve ayaktan tedavi alan hastalara ilişkin konsültasyon sürecinde konsültasyon isteği, sorumlu hekim dışında hemşire veya diğer sağlık personeli tarafından kesinlikle yapılamaz.

Madde 6: Sorumlu hekimin uygun bulması halinde hastanın isteği ile konsültasyon istenebilir. Ancak konsültasyon ile ilgili hasta isteklerini dikkate alma hususu sorumlu hekimin inisiyatifindedir

Madde 7: Sorumlu hekim gerek gördüğünde hastasını bilgilendirerek konsültasyon isteyebilir.

Madde 8: Sorumlu hekim yazılı bir form (Konsültasyon Formu) ile konsültasyon istemelidir. Konsültasyon istekleri sözlü olarak yapılmamalıdır. Acil durumlarda sözlü konsültasyon isteğinde bulunulabilir, ancak sonrasında sorumlu hekimin konsültasyon formunu doldurması gereklidir. Sorumlu hekim birden fazla olan konsültasyon istemi için ayrı ayrı '**Konsültasyon formu**' doldurulmalıdır. Bir forma iki ayrı uzmanlık dalı için konsültasyon istemi yapılmamalıdır.

Madde 9: Sorumlu hekim Konsültasyon formunda, konsültasyon isteyen birimi, hasta bilgilerini, isteğin tarihi ve saatini, isteme gerekçesini, sorumlu hekimin iletişim bilgilerini, konsültasyon istenen birimi **açık, net ve okunaklı** şekilde belirtilmelidir. Hastane yönetimi tarafından kabul görmüş ve ilan edilmiş kısaltmalar dışında kısaltma kullanılmamalıdır. **Açık ve net** olarak belirtilen konsültasyon gerekçesi, hastanın hastalığı ile ilgili kısa bilgilendirmeyi ve konsültan hekimden **hangi konuda** görüş ve öneri istendiğine ilişkin bilgiyi içermelidir. Gerekçenin açık ve net olarak yazılması konsültan hekimin konsültasyona bilgi ve malzeme bakımından (pansuman seti, biyopsi seti vb) donanımlı gitmesine olanak sağlayacağı için zorunludur. Yeterli bilginin verilmemesinden dolayı konsültan hekimin gerekli hazırlık ile hastanın başına gidemediği durumlarda sorumluluk konsültasyonu isteyen hekime ait olacaktır.

Madde 10: Sorumlu hekim eksiksiz olarak doldurulan Konsültasyon Formunu **imzalayarak**, konsültan hekime ulaştırılmasını sağlamalıdır.

Madde 11: Sorumlu hekim, hastayla ilgili tüm bilgileri konsültan hekime sunmakla yükümlüdür.

Madde 12: Sorumlu hekim, konsültan hekimin konsültasyonu cevaplandırmasıyla ilgili olarak girişim yapması gerektiği hallerde uygun alt yapıyı hazırlamalıdır.

Madde 13: Sorumlu hekim, konsültan hekimin görüşünü hastasının tanı/tedavisine yansıtmada özgürdür, ancak yansıtmadığı noktaları gerekçelendirerek hasta dosyasında belirtmelidir.

Madde 14: Sorumlu hekim konsültasyon sonucu ile ilgili hastayı bilgilendirmelidir. Bilgi verme sırasında saygılı davranmalı, hastanın psikolojik durumunu dikkate almalıdır.

Madde 15: Sorumlu-konsültan hekim arası görüş ayrılığının olması durumunda, hasta konsültan hekimin görüşlerini dikkate alıyorsa sorumlu hekim hastayı bırakabilir. Ancak hastasını bırakmadan önce hastayı bilgilendirmeli, yaşamı tehdit edici durumlar için önlem almalı ve sonra hastaya ait sorumluluğu diğer hekime devretmelidir.

Madde 16: Sorumlu hekim konsültasyonunun zamanında yapılmasını takip etmeli ve konsültan hekimin konsültasyon formuna yazdığı görüş ve önerileri **mutlaka okumalıdır**. Konsültasyon formunda, konsültan hekimin konsültasyonun tamamlanmadığına ilişkin görüşü var ise bu dikkate almalı ve yineleyen konsültasyon istekleri ile konsültasyon sürecinin tamamlanmasını sağlamalıdır.

Konsültasyon Formunun Konsültan Hekime Ulaştırılması

Madde 17: Konsültasyon Formları, konsültasyon istenen kliniğin poliklinik veya klinik sekreterliklerine imza karşılığı teslim edilmelidir.

Madde 18: Konsültan hekimler, poliklinik sekreterlikleri ile çağrı sistemi aracılığıyla iletişim halinde olarak konsültasyon isteklerinden en kısa sürede haberdar olmalı ve konsültasyonu en kısa sürede tamamlamalıdır.

Konsültan Hekimin Görevleri

Madde 19: Klinikler, konsültasyon hizmetlerinin yürütülmesi için iş yoğunluklarına göre konsültan hekimlerini belirlemeli ve aylık listeler halinde iletişim bilgileri ile duyurmalıdırlar.

Madde 20: Her klinik, kendileri tarafından verilen konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi ve olası sorunların çözülmesi amacıyla sorumlu bir öğretim üyesi atmalı ve iletişim bilgileri listesinde duyurmalıdır.

Madde 21: Konsültasyonları ilgili kliniğin belirlediği ve iletişim listesini ayın başlangıcından en az beş gün önce ilan ettiği konsültan hekim (ler) yürütmelidir. Konsültan hekimin acil bir durum nedeni ile konsültasyon hizmetini kısa sürede

yerine getirememesi söz konusu ise ilgili klinik başvurulabilecek diğer konsültan hekimlerin de isimlerini bu listede belirtmelidir.

Madde 22: Uzmanlık eğitimi gören ve en az iki yıllık uzmanlık süresini tamamlamış asistanlar konsültasyondan sorumlu uzman ve/veya öğretim üyesinin sorumluluk ve denetimi altında olmak üzere konsültasyon becerilerini kazanmaları amacıyla konsültasyon hizmetlerinde çalışabilirler. Rotasyonlu asistanlar konsültasyon görev yapamazlar.

Madde 23: Konsültasyon hizmetlerinin aksamaması için konsültan hekimler, klinik içinde konsültasyon hizmetleri dışında mümkün olduğunca başka bir görev verilmemelidir. Konsültan hekimin konsültasyon hizmeti dışında görevi bulunduğu hallerde, aylık iletişim listelerinde yedek hekim isim ve iletişim bilgileri belirtilmelidir.

Madde 24: Konsültan hekim, konsültasyon isteğine en kısa zamanda yanıt vermekle sorumludur. Konsültasyon Formunu, **dikkatlice okunmalı** ve gerekli malzeme donanımı ile konsültasyona gitmelidir.

Madde 25: Konsültan hekim, mesai saatlerinde istenen, **acil konsültasyonları** ve acil servise başvuran hastalar için acil tıp Anabilim Dalı'ndan gelen tüm konsültasyon istekleri en geç **30 dk**, diğer konsültasyonları ise mesai saati bitiminden önce yanıtlamalıdır. Mesai saatlerinde istenen konsültasyon isteklerinin yanıtlanması nöbet saatlerine kaydırılmamalıdır.

Madde 26: Konsültan hekim yatan hastaları mutlaka **yattığı serviste** değerlendirmelidir ancak konsültan hekimin hastayı değerlendirmesi için gerekli tıbbi cihaz donanımına ihtiyaç duyulduğu Anabilim Dalları (Kulak Burun Boğaz, Göz, Kadın Hastalıkları gibi) için hasta konsültan hekim bölümüne gönderilebilir. Ayaktan hastalar ise poliklinik koşullarında, diğer hizmetleri aksatmayacak şekilde öncelik tanınarak değerlendirilmelidir.

Madde 27: Konsültan hekim en az sorumlu hekim kadar hastadan sorumludur. Konsültan hekim konsültasyon sürecini sorumlu hekim ile iletişim halinde yürütmelidir. İletişim, hekimlik mesleği kurallarına uygun olmalıdır.

Madde 28: Konsültan hekimler, değerlendirdikleri hastanın tanı ve tedavisinde kendi anabilim dallarını ilgilendiren tetkik veya tıbbi uygulama veya yatış önerilerinde bulunmaları halinde; bu işlemlerin gerçekleştirilmesine aracılık ederler. Konsültan hekimler Acil servise başvuran ve bu durumda olan hastaların en kısa sürede ilgili anabilim dalına yatışını sağlamak veya başka bir hastaneye sevkine aracılık etmekle yükümlüdürler.

Madde 29: Konsültan hekim görüşünü konsültasyon Formu'na yazarak bildirmekle sorumludur. Konsültasyon notu soruna yönelik, açık, net ve ileriye

dönük planları içerecek şekilde yazılmalıdır. Yazılan notlar, gerektiğinde delil niteliği taşıyacağından okunaklı ve kısaltmasız olmalıdır.

Madde 30: Konsültan hekimler, konsültasyonun tamamlanma durumunu belirterek konsültasyon notunu 2 nüsha şeklinde fotokopili Konsültasyon formuna yazarak imzalamalı ve formun bir kopyasını ilgili klinikte sorumlu hekim, hemşire veya belirlenen personele imza karşılığı teslim etmeli, diğer kopyasını ise kendi anabilim dalı arşivlerinde saklamalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Değerlendirme ve İzlem'i tanımlar.

Konsültasyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi / İzlem

Madde 31: Kliniklerde konsültasyon hizmetlerinden sorumlu öğretim üyeleri, kendi anabilim dalları arşivinde saklamakta oldukları konsültan hekim notlarını belirli aralıklarla (1-3 ay) kontrol etmeli ve sorunları belirlemelidirler.

Madde 32: Hastane yönetimi konsültasyon hizmetlerinin zamanında yapılması için bir çağrı sistemi kuracak ve sistemin sürekliliğini sağlayacaktır.

Madde 33: Hastane yönetimi yıl içerisinde 6 ay aralıklarla kliniklerle konsültasyon hizmetlerinin, olası sorun ve çözüm önerilerinin tartışıldığı düzenli ve gündemli toplantılar yaparak süreci izleyecektir.

Madde 34: Hastane yönetimi tarafından izlenen konsültasyon hizmetlerinde sorun yaşanması durumunda, sorun ilgili anabilim dalı başkanı ve öğretim üyesi ile görüşülecek, gerekli olursa uyarılacaktır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli Hükümleri tanımlar.

Hüküm Bulunmayan Durumlar

Madde 35: Bu yönergede yer almayan durumlarla karşılaşıldığında, genel etik ilkelere, ulusal düzenlemelere, uluslararası düzeydeki bildirge ve sözleşme hükümlerine uyulur.

Disiplin Kovuşturması

Madde 36: Sorumlu ve konsültan hekimler ile ilgili klinik başkanlıkları bu yönerge hükümlerine aykırı davranışlarda bulunduklarında, ilgili yasa ve yönetmelik hükümlerine göre gerekli işlemler yapılır. Hekimlerin disiplin soruşturmasına uğraması, haklarında ayrıca hukuki veya cezai takibat yapılmasına engel değildir.

Yürürlük

Madde 37: bu yönerge Ege Üniversitesi Senatosunca kabul edildiği tarihten bir ay sonra yürürlüğe girer.

Madde 38. Bu yönerge Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği tarafından yürütülür (8).

Hastanemizde Şubat 2015 tarihinden itibaren elektronik hasta dosyası sistemine geçilmiş olup konsültasyon işlemleri bu sistem üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. Konsültasyonlar bu sistem üzerinden cevaplanmakta; yazılı form kullanılmamaktadır. Bu konsültasyonlara elektronik hasta dosyasından her zaman ulaşılabilir.

2.4. Romatolojik Hastalıklara Genel Bakış

Romatoloji eski Yunanca’da akıntı veya akarsu anlamına gelen “*rheuma*” ve bilim anlamına gelen “*logos*” kelimelerinin birleştirilmesi ile elde edilmiş bir sözcüktür.

Romatoloji iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dallarına bağlı olarak hizmet veren; eklem, yumuşak doku, kalıtsal bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler ve otoimmün hastalıklar ile ilgilenen bilim dalıdır (9).

Genel olarak bakıldığında romatolojik hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür ve aile öyküsü romatolojik hastalıklar açısından önem taşımaktadır. Çünkü etyopatogenez kompleks olup genetik ve çevresel faktörler rol oynar (10).

Romatolojik hastalıklar genelde ataklar halinde görülürler. Hastaların bir kısmında ataklar tam olarak iyileşebilmekle beraber, bir kısmında ataklar sonrasında bir miktar sekel kalabilmektedir. Romatolojik hastalıkların önemli bir kısmı, hastanın tıbbi durumunu yavaş yavaş da olsa sürekli kötüye doğru götürmektedir.

Romatolojik hastalıklar tedavi altına alınmadıklarında hastaların yaşam kalitesini ciddi ölçüde kötüleştiren hastalıklar olmasından dolayı düzenli olarak takip edilmelidir. Romatoloji hastalarının çok az kısmı ilaç kullanmaksızın takip edilmekte olup immünsupresif, immünmodülatör, kemoteropatikler veya biyolojik ilaçların kullanımı romatoloji hastaları arasında yaygındır. Bu ilaçların kullanımına bağlı da romatizmal hastalık, enfeksiyon veya malignite gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (11).

2.4.1 Bağ Dokusu Hastalıkları

2.4.1.1 Romatoid Artrit

RA etiyolojisi bilinmeyen fakat birincil olarak sinoviyal dokuları hedef alan kronik sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Engelliliğin önde gelen sebeplerindendir. Erişkin nüfusun yaklaşık %0,5-1’inde görülebilir. Kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülür. Hemen her yaşta görülebilmesine rağmen erkeklerde 45 yaş

altında oldukça nadirdir. Kadınlarda ise 50 yaşına kadar yaş artışına paralellik gösteren bir insidans artışı vardır. Romatoid artrit eklem birincil olarak eklemeleri etkileyen bir hastalıktır fakat eklem dışı bulgular da verebilmektedir (12). 2010 yılında ACR-EULAR iş birliği ile hazırlanan yeni RA sınıflama kriterleri yayınlanmıştır (Tablo 1). Bu kriterlere göre 6 ve üzeri puan alan hastalar RA olarak sınıflandırılır (13).

Tablo 1: ACR-EULAR 2010 RA sınıflama kriterleri

	PUAN
1. Tutulan eklem sayısı 1 orta-büyük eklem 2-10 orta-büyük eklem 1-3 küçük eklem (± büyük eklem) 4-10 küçük eklem (± büyük eklem) >10 eklem (en az 1 küçük eklem)	0 1 2 3 5
2. Seroloji - RF (-), CCP (-) - Düşük titrede (+) RF veya düşük titrede (+) CCP - Yüksek titrede (+) RF veya yüksek titrede (+) CCP	0 2 3
3. AFR - Normal CRP ve normal ESH - Yüksek CRP veya yüksek ESH	0 1
4. Semptomların süresi <6 hafta >6 hafta	0 1

2.4.1.2 Sistemik Lupus Eritematozus

SLE hemen hemen her organı etkileyebilen, nedeni bilinmeyen, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. İmmünolojik anormallikler, özellikle bir takım ANA'ların üretimi, hastalığın diğer önemli bir özelliğidir. Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenirler.

En yaygın görülen model; deri, kas-iskelet sistemi, hafif hematolojik ve serolojik tutulum şikâyetlerinin karışımıdır. Bununla birlikte, bazı hastalarda çoğunlukla hematolojik, böbrek veya santral sinir sistemi bulguları vardır. Hastalığın ilk birkaç yılında baskın olan model, hastalık seyri boyunca hakim olma eğilimindedir. SLE'nin klinik seyri hastalar arasında oldukça değişkendir ve remisyon dönemleri, kronik veya akut relaps dönemleri ile karakterize olabilir. Her olguda hastalığın seyri farklıdır.

Tanı koyabilmeyi kolaylaştırmak için son olarak 2012 yılında Petri ve ark. tarafından yapılan çalışma sonucunda SLICC klasifikasyon kriterleri tekrar düzenlenerek son haliyle yayımlanmıştır (Tablo 2) (14).

Tablo 2: SLE 2012 SLICC tanı kriterleri

Cilt Bulguları	-Akut/subakut kutanöz lupus eritematozus -Kronik kutanöz lupus eritematozus -Oral ülser -Skarsız alopesi
Eklemler	-Sinovit ≥ 2 periferik eklemden (ağrı, hassasiyet, şişlik ya da ≥ 30 dk süren sabah tutukluğu)
Serozit	-Serozit (plörit, plörezi >1 gün, plevral efüzyon hikayesi ve varlığı, perikardit, tipik perikardit ağrısı >1 gün, perikardial efüzyon EKG bulgusu)
Renal Bulgular	- 0.5 gr/gün proteinüri, eritrosit silendirleri
Hematolojik Bulgular	-Hemolitik anemi -Lökopeni ya da lenfopeni ($<4000/\text{mm}^3$, $<1000/\text{mm}^3$ en az 1 kez) -Trombositopeni ($<100.000/\text{mm}^3$ en az 1 kez)
Nörolojik Bulgular	-Nöbet, psikoz, mononöritis multiplex, myelit, akut konsüzyonel durum
İmmünolojik Bozukluk	-Pozitif ANA -Pozitif anti-dsDNA (elisa hariç ≥ 2 kez) -Anti-Sm -Antifosfolipit antikorları (lupus antikoagülan, yanlış pozitif RPR, antikardiyolipin, anti- $\beta 2$ glikoprotein 1) -Düşük kompleman (C3, C4 veya CH50) -Coombs pozitifliği (hemolitik anemi olmadan)
Tanı	4 kriter (1 klinik özellik ve 1 immünolojik özellik olmalı) örneğin; en az 1 immünolojik özellik varlığıyla birlikte lupus nefriti

2.4.1.3 Sistemik Skleroz

Sistemik skleroz (SS), cilt ve iç organların fibrozusu ile karakterize, sebebi bilinmeyen bağ doku hastalığıdır.

SS, cilt tutulumunun yaygınlığı ve dağılımı temelinde yaygın kutanöz SS ve sınırlı kutanöz SS altkümelerine ayrılır. Sınırlı kutanöz SS sıklıkla CREST sendromuyla ilişkilidir.

Cilt tutulumu SS'nin evrensel bir özelliğidir ve cildin değişken kalınlaşması ve sertleşmesi ile karakterizedir. Parmaklar, eller ve yüz genellikle dahil edilen vücudun en eski bölgeleridir. Cildin ödemi ve eritemleri genellikle cilt endurasyonundan önce gelir.

SS'in vasküler disfonksiyonunun en belirgin klinik bulgusu Raynaud fenomenidir (15).

SS'de tanıda katkısı olduğu bilinen en önemli biyobelirteçler otoantikorlardır. SS'de anti-sentromer, anti topoizomeras I ve anti-RNA polimeraz III antikorları tanıda katkı sağlarlar. SS tanısında ön plana çıkan diğer bir tanı yöntemi ise tırnak dibi kapillaroskopisidir (16).

SS konusunda son 30 yılda elde edilen bilgi birikiminin sonucunda 2013 yılında önemli organ tutulumlarının yanında otoantikörler ve kapilleroskopi bulgularının da dikkate alındığı ACR/EULAR sınıflandırma kriterleri yayınlanmıştır (Tablo 3) (17).

Tablo 3: SS sınıflandırma kriteri

Her iki elde parmaklar ve MKF eklemlerin proksimalinde deri kalınlaşması (yeterli kriter)		9
Parmaklarda deri kalınlaşması (yalnızca yüksek olanı skorlayın)	Şiş (puffy) parmaklar Sklerodaktili	2 4
Parmak ucu lezyonları (yalnızca yüksek olanı skorlayın)	Parmak ucu ülserleri Pitting skar	2 3
Telenjektazi		2
Anormal tırnak yatağı kapillerleri		2
PAH ve/veya İnterstisyel Akciğer Hastalığı (maksimum skor 2)	PAH İnterstisyel Akciğer Hastalığı	2 2
Raynaud fenomeni		3
Sistemik skleroz ilişkili otoantikörler (maksimum skor 3)	Anti-sentromer Anti-Scl 70 Anti-RNA polimeraz III	3
Parmakları içermeyen deri kalınlaşması olan hastalarda veya skleroderma benzeri hastalık varlığı ile kliniğin daha iyi açıklandığı durumlarda kullanılması uygun değildir. Sistemik skleroz kalsifikasyonu için toplam skor ≥ 9 olmalı (Sensitivite %91, Spesifite %92)		

2.4.1.4 Sjögren Sendromu

Sjögren sendromu lakrimal ve tükürük bezi fonksiyonlarında azalma ve gözlerde ağız kuruluğu ile karakterize, kronik otoimmün bir inflamatuvar hastalıktır. Ek olarak, çoklu organları ve organ sistemlerini etkileyen çeşitli diğer hastalık bulguları ortaya çıkabilir. Klinik özellikleri ekzokrin bezlerin özellikleri ve ekstraplandüler özellikler olmak üzere iki geniş kategoriye ayrılabilir (18).

Sjögren sendromu tanısı; 6 kriterden 4'ü pozitif ise (histopatoloji ya da seroloji mutlaka olmalı) ya da III, IV, V, VI. kriterden 3'ü varsa konulur. Sekonder Sjögren sendromu tanısı; iyi tanımlanmış başka bir konnektif doku hastalığı ile birlikte iken I veya II'ye; III, IV ve V'den 2 tane ilave olursa konulur.

Tablo 4: Amerika-Avrupa uzlaşısı grubu Sjögren Sendromu sınıflama kriterleri (19)

I. Göz Semptomları: Aşağıdaki sorulardan en azından birisine pozitif cevap
1. En az 3 aydır her gün göz kuruluğunuz olur mu?
2. Sık sık gözünüze çöp veya kum kaçmış hissi oluyor mu?
3. Günde 3'den fazla gözyaşı damlası kullanıyor musunuz?
II. Oral Semptomlar: Aşağıdaki sorulardan en azından birisine pozitif cevap
1. 3 aydan daha fazla süredir her gün ağız kuruluğu hissediyor musunuz?
2. Tekrarlayıcı veya sürekli tükürük bezi şişliği var mı?
3. Kuru gıdaları yutmak için sıklıkla sıvı almak zorunda kalıyor musunuz?
III. Göz Semptomları: Göz tutulumunun objektif kanıtları. İki testten en az birisinin pozitif olması
1. Schirmer testi: Anestezisiz uygulanacak (≤ 5 mm/5 dk)
2. Rose Bengal testi ya da göz kuruluğu skoru
IV. Histopatoloji: Minör tükürük bezlerinde fokal lenfositik sialadenit Fokus skoru ≥ 1: lenfositik fokus olarak tanımlanan normal görünümlü mukozanın asinusları ve 50'den fazla lenfosit içeren her bir 4 mm² 'lik glandüler dokuda Deneyimli bir uzman tarafından değerlendirilmeli
V. Tükürük bezi tutulumu: Aşağıdaki testlerden en az 1 tanesi pozitif olmalı
Uyarılmamış tükürük salgısı ($\leq 1,5$ ml/15 dk)
Parotis sialografisi ile diffüz sialektazi (obstrüksiyon olmadığı kanıtlarır)
Parotis sintigrafisi (gecikmiş uptake, azalmış konsantrasyon)
VI. Otoantikörler
Anti Ro(SS-A), Anti La (SS-B) veya her ikisi

2.4.1.5 İnflamatuvar Miyozitler

İnflamatuvar miyopati, immün aracılı kas hasarının ortak özelliğini paylaşan bir grup hastalıktır. Bu koşullar arasındaki klinik ve histopatolojik farklılıklar, inflamatuvar miyopatilerin her birinin altında farklı patojenik süreçlerin var olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bozuklukların en yaygın olanları; PM ve DM (idiopatik inflamatuvar miyozitler), inklüzyon cisimcikli miyozit, kollajen vasküler hastalıklar ile birlikte miyozit (overlap sendromu), anti-sentetaz sendromu, malignite ilişkili inflamatuvar miyozit, nekrotizan miyopati, eozinofilik miyozit ve granümatöz miyozit bulunur (20). Otoantikörlerin varlığı, inflamatuvar kas patolojisi, diğer otoimmün hastalıklarla ilişkisi, kas dışı tutulumların varlığı ve glukokortikoid tedaviye verilen yanıt altta immünolojik patoloji olabileceğini düşündürmüştür. Günümüzde miyozit tanımlanmasında 1975 Bohan-Peter kriterleri kullanılmakta olup bu kriterler tanımlandığı tarihte inklüzyon cisimcikli miyozit henüz tanımlanmamıştır.

Bohan ve Peter kriterleri:

1- Proksimal kasların genellikle progresif ve simetrik güçsüzlüğü

2- Kas enzimlerinde artış

3- Kas biyopsisinde miyozit kanıtı; tip 1 ve 2 kas liflerinin nekrozu, fagositoz, kas liflerinde dejenerasyon ve rejenerasyon kanıtı ve miyofibril büyüklüğünde değişiklikler. Endomisyal, perimisyal, perivasküler veya interstisyel mononükleer hücreler

4- EMG'de primer kas tutuluş triadı, ufak, kısa, düşük amplitüdlü polifazik motor ünit potansiyeller, istirahatte bile fibrilasyon potansiyeli, yüksek frekanslı tekrarlayan boşalım

5- DM'nin tipik döküntüleri heliotropik raş, gottron papülleri, gottron belirtisi.

Bu kriterler bilinen tüm miyopati nedenleri dışlandığı zaman geçerlidir. İlk 4 kriter bulunduğu zaman kesin, 3 kriter varlığında büyük olasılıkla, 2 kriter varlığında olası idiyopatik inflamatuvar miyopatiden bahsedilir. 5 kriter varlığında aynı yorumlar DM için yapılır (21).

2.4.1.6 Antifosfolipid Antikor Sendromu (AFAS)

AFA'ların kalıcı laboratuvar bulguları varlığında venöz veya arteriyel tromboz ve/veya gebelik morbiditesi ile karakterize edilen sistemik bir otoimmün bozukluktur (22). AFAS birincil bir durum olarak ortaya çıkar veya SLE ya da başka bir sistemik otoimmün hastalık varlığında ortaya çıkabilir.

Özellikle genç hastalarda, bir veya daha fazla açıklanamayan venöz veya arteriyel tromboz olayı meydana gelir.

Gebeliğe ilişkin, gebeliğin 10. haftasından sonra fetal ölüm, şiddetli preeklampsi veya plasental yetmezlik nedeniyle prematüre doğum veya çok sayıda embriyonik kayıp (gestasyonun 10. haftasından sonra) dahil olmak üzere bir veya daha fazla spesifik advers sonuç, açıklanamayan trombositopeni veya aktif kısmi tromboplastin zamanı uzaması olduğunda akla AFAS gelmelidir. Bunların yanında livedo retikularis, kalp kapak hastalığı, kognitif defisitler ve beyaz cevher lezyonları gibi bulgular yer alır. Sistemik bir otoimmün hastalık tanısı, özellikle SLE, uygun klinik semptomlar belirdiğinde AFAS için kuşkuyu artırmalıdır. Sifiliz için yanlış pozitif serolojik test öyküsü antifosfolipid antikorlarının varlığının ipucu olabilir.

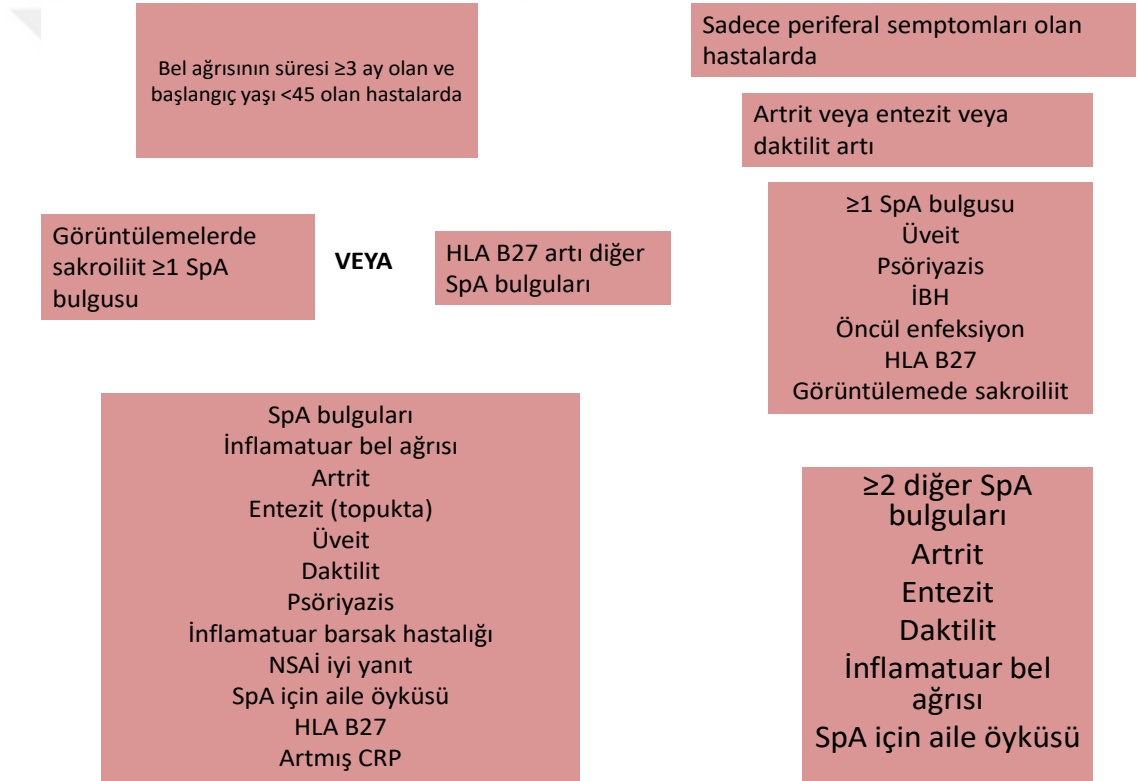
AFAS tanısı için bir klinik bir laboratuvar bulgusu olması gerekmektedir. Klinik bulgular gebelik morbiditesi ve tromboz olarak ikiye ayrılır. Bu iki kriterden birinin olması klinik kriter için yeterlidir. Laboratuvar kriteri ise anti-kardiyolipin, lupus antikoagulan, anti β 2glikoprotein antikorlarından birinin 12 hafta arayla yapılan en az 2 ölçümde IgM ya da IgG izotiplerinden birinin orta yüksek titrede pozitif olmasıdır (23).

2.4.2. Spondiloartropatiler

Spondiloartrit (SpA) terimi; AS, psöriatik artrit (PsA), inflamatuvar bağırsak hastalığına bağlı artrit, reaktif artrit (eski adı Reiter sendromu) ve belirlenemeyen SpA dahil olmak üzere bir hastalık ailesi için kullanılır. Bu farklı formlar bir grup klinik özelliği paylaşmaktadır; sakroiliit, asimetrik oligoartrit (özellikle alt ekstremiteler), daktilit, entezit ve üveit en belirgin özelliklerinden biridir.

Ek özellikler cilt ve genital lezyonlar, göz ve bağırsak iltihabı, önceki veya devam eden bulaşıcı hastalıklarla ilişkisi, pozitif aile öyküsü, artmış akut faz reaktanları (AFR) ve HLA-B27 ile kuvvetli bir ilişki içeriyor olmalarıdır (24).

Tablo 5: SpA için sınıflama kriterleri (25).



2.4.2.1 Ankilozan Spondilit

Erkeklerde kadınlara oranla daha sıktır. Çeşitli kaynaklarda oranlar 2,5/1-5/1 arasında değişmektedir. Erkek cinsiyetin hastalığa daha fazla maruz kalmasının sebebi bilinmemektedir (26). AS tipik olarak genç erişkinlik döneminde başlar. Klasik olarak 3 aydan uzun süre sebat eden bel ağrısı şikayeti görülür. Tanı için modifiye New York kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 6). Bazı araştırmacılar AS ve

mekanik bel ağrısı ayırımı yapmak için NSAİİ yanıtını da kullanırlar (27). AS tanısı için radyolojik değerlendirme önemlidir fakat hastalığın erken dönemlerinde direk grafi bulgusu olmayabilir. Bu durumda şüphe kuvvetli ise MRG tetkiki istenebilir.

Tablo 6: Ankilozan Spondilit tanısında kullanılan Modifiye New York kriterleri

Klinik kriterler	Bel ağrısı ve fiziksel aktiviteyle artan fakat istirahatle düzelmeyen, 2 aydan uzun süren sabah sabah sertliği
	Sagittal ve frontal düzlemde lomber vertebraların hareket kısıtlılığı
	Göğüs ekspansiyonunda kısıtlılık
Radyolojik kriterler	Sakroiliit: Bilateral $\geq$ evre 2 veya tek taraflı evre 3 veya 4
Evreleme	Kesin AS: Radyolojik kriter klinik kriterlerden biriyle birlikte
	Olası AS: 3 klinik vardır Radyolojik kriter vardır fakat klinik kriter eşlik etmez

2.4.2.2. Reaktif Artrit

Reaktif artrit eş zamanlı ya da yakın geçmişte ortaya çıkan ekstraartiküler enfeksiyonla ilişkili bir steril artrit formu olarak tanımlanmıştır. Sadece bazı enterik ve genitoüriner patojenler geleneksel olarak reaktif artrite neden olabilirler. Bunlara Chlamydia trachomatis, Yersinia, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Clostridium difficile ve Chlamydia pneumoniae dahildir (28).

Tanı, artritın diğer sebeplerinin dışlandığı önceki veya devam eden enterik veya genitoüriner enfeksiyonu olan bir hastada karakteristik muskuloskeletal ve diğer klinik özelliklerin varlığına dayanır. Reaktif artritın en sık rastlanan göz komplikasyonu konjunktivitir. Reaktif artrit için kesin bir test yoktur.

2.4.2.3. Psöriatik artrit

Psöriazise bağlı inflamatuvar bir artrittir (29). Başlangıçta RA'nın bir varyantı olarak düşünülmüş, ancak daha sonra ayrı bir klinik olduğu anlaşılmıştır (30). PsA kadınları ve erkekleri eşit olarak etkilemektedir; yılda 100,000'de yaklaşık 6, genel popülasyonda 1000'de yaklaşık 1 ila 2 oranında görülmektedir (31).

PsA, genel popülasyonda göreceli olarak nadir olmakla birlikte, psöriazisli hastaların %30'una kadarında oluşabilen inflamatuvar artrit tipidir. Artrit; periferik, aksiyel veya her ikisi de olabilir. Simetrik bir poliartrit, asimetrik oligoartrit, distal interfalangeal (DIF) eklemlerin artrit, artrit multilans olarak adlandırılan yıkıcı bir artrit veya aksiyel tutulumlu form olarak ortaya çıkabilir (32).

AFR hastaların sadece yaklaşık %40'ında yükselir; PsA'nın diğer inflamatuvar artrit formlarından ayıran hiçbir laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır.

CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis) grubunun 2006 yılında yaptığı çalışma sonrası yeni bir sınıflama geliştirilmiştir. CASPAR kriterlerine göre PsA tanısı için psöriazis varlığı zorunlu değildir. Tablo 7'de CASPAR kriterleri görülmektedir (33).

Tablo 7: CASPAR kriterleri

PUAN	KATEGORİ	AÇIKLAMA
2	Psöriazis varlığı veya öyküsü veya aile öyküsü	Hastanın birinci veya ikinci derece yakınlarında öykü bulunmalıdır
1	Tırnak değişikliği	Onikolizis, pitting veya hiperkeratoz
1	RF negatifliği	ELİSA veya nefolometrik
1	Daktilit varlığı veya öyküsü	Parmağın tamamında şişme
1	Radyografide (el veya ayak) jukstaartiküler yeni kemik oluşumu	Osteofit formasyonu dışlanmalıdır

Bu kriterlere göre PsA sınıflandırması için inflamatuvar artrit yanında yukarıdaki tablodan alınan puan ≥ 3 olmalıdır.

2.4.2.4 Enteropatik Artrit

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan hastaların yaklaşık yüzde 10'unda SpA'nın belirtileri veya semptomları mevcuttur (34). İnflamatuvar bağırsak hastalığının eşlik ettiği artrit periferik ya da aksiyel tutulumla seyredebilir. Periferik artrit crohn hastalığında ülseratif kolitten daha sık görülür. Kadın erkek oranı eşittir. Her iki hastalıkta da asimetrik, oligoartriküler, sıklıkla gezici ve geçici seyredir (35).

2.4.2.5 Belirlenemeyen SpA

1980'lere kadar belirlenemeyen SpA tanımı kullanılmamaktayken şu an için SpA ailesinin çoğu çalışmada en sık bazen de ikinci sıklıkta görülen üyesi olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda AS'den daha sık görülür. Hastaların çoğu erkektir, periferik artrit %60'tan fazla bir kısmını etkiler ve bunun %40'ı poliartrit tipindedir. Sakroiliit %30 sıklıkta görülür. 2 yıllık izlemde %12'si AS'ye, %2'si psöriatik artrite diferansiye olur farklaşıır (36).

2.4.3. Vaskülitler

Vaskülitler, duvar yapılarına reaktif hasar veren damar duvarlarındaki inflamasyonun varlığı ile tanımlanır. Genel olarak, etkilenen damarlar spesifik vaskülit tipi ile bağlantılı olarak boyut, tip ve konum bakımından farklılık gösterir. Vaskülit birincil bir süreç olarak ortaya çıkabilir veya altta yatan başka bir hastalığa sekonder olabilir. Bu hastalıkların altında yatan patogenetik mekanizmalar bilinmemektedir. Etkilenen organların dağılımı, belirli bir vaskülit tipini düşündürebilir.

The International Chapel Hill Consensus Conference (CHCC), birçok vaskülit formunun adlarını ve tanımlarını belirten en yaygın kullanılan isimlendirme sistemlerinden birini geliştirmiştir (37). En son revizyon 2012'de yapılmıştır. Enfeksiyöz olmayan vaskülitlerin sınıflandırılması, tüm bu hastalıklarla ilgili arterlerin boyutlarında bazı örtüşmeler olabileceği halde, öncelikli olarak ilgili damarların baskın büyüklüğüne dayanmaktadır. CHCC, bazı vaskülit biçimlerinin tek bir büyüklükte damar içermediğini de kabul etmektedir (değişken damar vaskülit).

Bu hastalıkların klinik heterojenliği nedeniyle herhangi bir vaskülitte şüphelenilen hastaların değerlendirilmesine yönelik tek bir algoritmanın ana hatlarını çizmek mümkün değildir. Yine de, vaskülitte şüphelenilen bir hastayı teşhis etmeye çalışırken tıbbi öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının birlikte değerlendirilmesi gerekir.

2.4.3.1 Büyük Damar Vaskülit

Takayasu arteriti öncelikli olarak aorta ve başlıca dallarını etkiler. İnflamasyon ve hasar genellikle etkilenen damarların bir bölümüne lokalizedir, ancak neredeyse panaortit gibi yaygın tutulum görülebilir. Olguların %80-90'ında kadınlar görülmekte ve genellikle 10-40 yaş arasında görülmektedir. Semptomların başlangıcı subakut olma eğilimindedir.

Hastalığın tanınmasına yardımcı olan 1990 yılında ACR klasifikasyon kriterleri tanımlanmıştır: 40 yaşından önce başlangıç, ekstremitelerde kladikasyon, brakial arter nabzında azalma, kollar arasında >10mmHg tansiyon farkı, aort veya subklavian arter üzerinde üfürüm. Kriterlerden 3 ya da daha fazlasının varlığıyla tanı konur (38).

Dev hücreli arterit ağırlıklı olarak aortayı ve/veya ekstrakranial dallarını etkileyen granülomatoz inflamasyonla karakterize büyük damar vaskülitidir. Hastalığın başlangıcı genellikle 50 yaşından sonra görülür.

1990 yılında ACR, Dev Hücreli Arterit Klasifikasyon Kriterleri'ni belirlemiştir: 50 yaşın üzerinde olmak, yeni başlamış lokalize baş ağrısı, temporal arter hassasiyeti ve ateroskleroza bağlı olmayan pulsasyonda azalma, ESH'de artma (>50mm/saat), anormal arteriyel biyopsi bulgusu. Tanı için bu 5 kriterden 3'ünün olması gerekir (39).

2.4.3.2. Orta Damar Vaskülit

Poliarteritis nodosa (PAN) tipik olarak orta ve küçük boy arterleri etkileyen sistemik bir nekrotizan vaskülitir. Arterlerinin segmental transmural inflamasyonu ile karakterizedir. En yaygın olarak orta yaş ve üzerindeki erişkinlerde görülür ve insidans yaşla birlikte yükselir. Pek çok vakada idiyopatiktir, ancak hepatit B virüsü enfeksiyonu, hepatit C virüsü enfeksiyonu sekonder PAN olarak adlandırılan bazı vakaların patogeneğinde önemlidir (40). PAN'da pulmoner ve glomerüler kapiller tutulumunun yokluğu, diğer nekrotizan vaskülitlerden ayırt edilmesini sağlamaktadır.

2.4.3.3. Küçük Damar Vaskülit

2.4.3.3.1. ANCA İlişkili Vaskülitler

ANCA ile ilişkili vaskülitler arasında, GPA (granülomatoz polianjiit), MPA (mikroskopik polianjiit), böbrek sınırlı vaskülit ve EGPA (eozinofilik granülomatoz polianjiit) bulunur. Bunların hepsi ANCA ile ilişkilidir ve böbrek histolojisinde benzer özelliklere sahiptir.

MPA esasen nekrotizan glomerulonefrit ve/veya pulmoner kapillerit olarak kendini gösteren venüller veya arteriollerini etkileyen nekrotizan bir vaskülitir. Orta ve küçük ebatlı arterlerin tutulumu da olabilir. Granülomatoz inflamasyon yoktur. ANCA, MPA'lı hastaların %90'ında mevcuttur.

GPA ağırlıklı olarak küçük-orta büyüklükte damarlar içeren nekrotizan granülomatoz vaskülitir. Tipik olarak üst ve alt solunum yollarının tutulumu diğer vaskülitlere oranla belirgin olarak daha fazladır. ANCA, GPA'lı hastaların %80'inde mevcuttur.

MPA ve GPA belirtileri örtüşebilir ve bazen bu iki hastalığın ayırt edilmesi son derece zor olabilir. Ayrıca, ANCA tipi (anti-MPO veya anti-PR3), hastalık tipi (MPA veya GPA) yerine daha prognostik ve klinik anlam taşır ve birçok klinik çalışmada kayıtlar, ANCA türü (MPO veya PR3) ile sınıflandırılmakta ve her alt grup için sonuçlar raporlanmaktadır (41).

EGPA eozinofilik açısından zengin nekrotizan bir vaskülit olup baskın olarak küçük ve orta büyüklükte damarları etkilemektedir. Hastalarda sıklıkla kronik rinosinüzit, astım ve eozinofili vardır. Anti-MPO ANCA olan EGPA'lı hastaların yaklaşık %40'ında mevcuttur. Glomerulonefritli hastalarda ANCA pozitifliği daha sıktır.

2.4.3.3.2 İmmun Kompleks İlişkili Vaskülitler

Anti-glomerüler bazal membran (GBM) hastalığı glomerul bazal membrandaki tip 4 kollajene karşı gelişen antikorlarının bazal membranda birikimi ile karakterize, glomerüler ve/veya pulmoner kapillerleri etkileyen bir vaskülitir (42).

Esansiyel kriyoglobülinemik vaskülit soğukta çökelen ve ısıtıldığında çözünen serum proteinleri olan kriyoglobülinlerin varlığı ile karakterizedir. Hepatit C virüsü enfeksiyonuna bağlı olan bu bozuklukta kriyoglobülin bağışıklık kompleksleri, venül veya arteriollerin duvarlarına bırakılır ve böylece küçük damarlarda inflamasyon meydana gelir.

Henoch-Schönlein purpurası çoğunlukla küçük damarları etkileyen IgA1 baskın immün komplekslerinin doku birikimi ile karakterize edilen sistemik bir vaskülitir. IgA vaskülitisi tipik olarak cildi ve gastrointestinal sistemi etkiler, sıklıkla artrite neden olur. IgA nefropatisi ile ayırt edilemeyen bir glomerulonefrit gözlemlenebilir.

2.4.3.4. Değişken Damar Vaskülit

Behçet hastalığı nüks eden oral aft ve genital ülser, göz hastalıkları, cilt lezyonları, gastrointestinal hastalık, nörolojik hastalık, vasküler hastalık gibi çeşitli sistemik bulgularla karakterize bir hastalıktır. Behçet hastalığının klinik bulgularının çoğunun vaskülitten kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalarda görülen vaskülit, herhangi damarı etkileyebilir. Vasküler tutulumda venöz trombozlar veya arteriyel anevrizmalar görülebilir. Genellikle genç yetişkinleri 20 ila 40 yaş arasında etkiler (43). Behçet hastalığında patognomonik laboratuvar tetkikleri yoktur.

Behçet hastalığı tanısı klinik olarak konulur. Behçet Hastalığı için Uluslararası Çalışma Grubu 1990'da tanı için kriterler yayınlamıştır. 2013'de yayınlanan yeni uluslararası kriterlerde vasküler ve nörolojik tutulum da göz önüne alınmıştır. Bu kriterlerden tekrarlayan oral ülserler ile birlikte diğer kriterlerden en az ikisinin olması tanı için yeterlidir. Oral ülserlerle birlikte diğer bulgulardan birinin varlığı inkomplet Behçet hastalığı olarak değerlendirilir (44).

Tablo 8: Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu Tanı Kriterleri

Tekrarlayan oral aft	1 yıl içerisinde en az üç defa tekrarlayan ve hekim tarafından tespit edilen minör, majör aftöz veya herpetiform lezyonlar
Bununla beraber aşağıdaki bulgulardan herhangi ikisi:	
Tekrarlayan genital ülser	Hekim ya da hasta tarafından gözlenen aftöz ülser ya da skar
Göz lezyonları	Anterior üveit, posterior üveit, yarık lamba ile vitreusta hücre ya da retinal vaskülit
Cilt lezyonları	Hekim ya da hasta tarafından gözlenen eritema nodozum, psödofollikülit ya da papülopüstüler lezyonlar
Paterji pozitifliği	Hekim tarafından 24-48 saatte değerlendirilir

Primer santral sinir sistemi vaskülit beyin, omurilik ve meninkslerin orta ve küçük damarlarını etkileyen, beyin dışı tutulum içermeyen vaskülit anlamına gelir.

Sistemik hastalıkla ilişkili vaskülit SLE, RA, nökseden polikondrit ve diğer sistemik romatizmal hastalıkların alt grupları, ilişkili bir vaskülit geliştirebilir. Bu vaskülitik süreçler en sık küçük arterleri, arterioller ve venülleri tutar.

2.4.4. Diğerleri

2.4.4.1. Buerger Hastalığı

Yaygın olarak ekstremitelerin küçük ila orta büyüklükteki arterlerini ve damarlarını etkileyen nonaterosklerotik, segmental, inflamatuvar bir hastalıktır. Oldukça hücresel ve inflamatuvar oklüziv tromboz ile karakterizedir. Hastalar distal ekstremitte iskemisi, iskemik ülsere ülserler veya basamak kangreni ile başvuran genç sigara içicileridir (45). Hastalık, tütün ürünlerinin kullanımı ile güçlü bir şekilde ilişkilidir ve sigarayı bırakma, amputasyon riskini azaltmak için önemlidir.

Tanı; Sigara öyküsü, 45 yaştan önce ortaya çıkma, distal ekstremitte iskemisi, tipik arteriografik bulguları, sigara haricindeki diğer aterosklerotik risk faktörlerinin yokluğuyla konulur (46).

2.4.4.2. Kristal Artropatiler

Gut hastalığı eklem içinde ve çevre dokuda monosodyum ürat kristallerinin birikmesi sonucu gelişen ve sıklıkla tekrarlayıcı artrit atakları ile karakterize bir hastalıktır. Genellikle orta-ileri yaş erkeklerde ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda görülür ve yaş arttıkça görülme sıklığı da artış gösterir. Gut hastalığının gelişimine zemin hazırlayan en önemli faktör hiperürisemidir. Monosodyum ürat kristallerinin sinovyal membrandan eklem aralığına geçmesi sonucu akut inflamasyon tetiklenir. Hiperüriseminin derecesi ile gut hastalığı arasında bir ilişki

olmasına karşın, hiperürisemisi bulunan sağlıklı bireylerin çoğunda gut hastalığı gelişmez (47).

Kalsiyum pirofosfat dihidrat (CPPD) depo hastalığı CPPD kristallerinin birikimi ile oluşan tabloya denir. CPPD birikimi ile oluşan tablolar asemptomatik radyografik kalsinozisten, akut artrit formuna ve destrüktif artropatiye kadar değişen klinik tabloları içerir. Hiperparatiroidi, hemokromatozis, hipofosfatazya, hipomagnezemi gibi metabolik hastalıklarla birlikte görülebilir (48).

2.4.4.3. Sarkoidoz

Etyolojisi bilinmeyen, ilgili organlarda nonkazeifiye granülomların varlığı ile karakterize sistemik bir granülomatoz hastalıktır. Genellikle genç yetişkinleri etkiler ve başlangıçta bilateral hiler adenopati, akciğer retiküler opasiteleri, cilt, eklem, göz bulgularından bir veya daha fazlasını sunar. Sarkoidoz hastalarının yaklaşık olarak yarısı semptomsuzdur. Olguların bir kısmında başka bir nedenle çekilen akciğer grafisi bulgularıyla tanı konulur. En sık tutulan akciğer olduğu için genellikle akciğer yakınmalarıyla başvururlar (49). Sarkoidozda ekstrapulmoner tutulum genellikle akciğer tutulumuyla birlikte ancak bazı olgularda akciğer tutulumu olmaksızın izole ekstrapulmoner tutulum saptanabilir.

2.4.4.4. Erişkin Still Hastalığı

Erişkin Still hastalığı günlük spike ateş, karakteristik kaybolan somon rengi döküntü, artralji, artrit ve lökositoz gibi bulgularla karakterize inflamatuvar bir hastalıktır. 1971'de "Erişkin Still Hastalığı" terimi, sistemik juvenil idiyopatik artritli çocuklara benzer özelliklere sahip ve klasik RA kriterlerini karşılamayan bir dizi yetişkin hastayı tanımlamak için kullanılmıştır. Hastalık dışlama tanısıdır (50).

Erişkin Still hastalığı çok nadirdir. Retrospektif bir Fransız araştırması, yıllık insidansının 100.000 kişi başına 0.16 vaka olduğunu ve cinsiyetler arasında eşit bir dağılım gösterdiğini belirtmektedir (51). 15 ve 25 yaşları arasında bir pik ve 36 ile 46 yaşları arasında ikinci olmak üzere iki yönlü bir yaş dağılımı vardır. Bununla birlikte, 70 yaşından büyük hastalar bildirilmiştir.

Hastaların %70'inde serum ferritin konsantrasyonlarında belirgin olarak yükselme ile ilişkilendirilmiştir. Uyumlu semptomları olan bir hastada 3000 ng / mL'nin üzerindeki serum ferritin değerleri, bakteri veya viral enfeksiyon yoksa erişkin Still hastalığı şüphesine yol açmalıdır. Genellikle ANA ve RF negatiftir. Bununla birlikte, düşük titre ANA veya RF oluşabilir ve teşhisi dışlamaz (52).

2.4.4.5. Ailesel Akdeniz Ateşi

Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF-familial Mediterranean Fever), tekrarlayan ateş ve serozal inflamasyon ataklarla karakterize kalıtsal bir otoinflamatuvar hastalıktır.

Ataklar bir-üç gün sürer ve spontan olarak sonlanır. Ataklar arasında hastalar asemptomatiktir. FMF'li hastaların çoğu ilk atakları erken çocukluk döneminde yaşar. Diğer bulgularından biri erizipel benzeri bir cilt lezyonudur. Nadir görülen bulgularakut perikardit, akut skrotum inflamasyonu ve ateşli miyaljidir. FMF'nin akut ataklarına AFR yüksekliği, lökositöz eşlik eder. Tedavide kullanılan kolşisin hem atakları hem de renal amiloidoz gelişimini önler. Renal amiloidoz FMF'nin ilk ve tek bulgusu olabilir. Amiloid birikimi, dalak, karaciğer ve gastrointestinal sistemde ve sonrasında kalp, tiroid ve testislerde de görülebilir.

FMF tanısı, klinik semptomlara dayanarak ve etnik köken ve aile öyküsüyle desteklenerek yapılır. FMF tanısı 6 aylık bir kolşisin denemesiyle desteklenebilir (53).

2.5. Romatolojik Hastalıkların Tanısında Kullanılan Laboratuvar Testleri

Romatoid faktör (RF); insan IgG moleküllerinin Fc bölgesi (CH₂, CH₃ bölümleri)'ne karşı gelişen antikorlardır. Genellikle klinik uygulamada ölçülen RF bir IgM RF'dir, ancak IgG ve IgA da dahil olmak üzere diğer immünoglobülin türleri tanımlanmıştır (54). Romatoid artrit (RA) tanısında RF'nin sensitivitesi %50-85 arasında değişirken, spesifitesi %80-90 arasındadır, erken RA'lı hastaların sadece %50'sinde RF pozitifliği gösterilmiştir. RA tanılı hastaların %15'inde ise RF hiçbir zaman pozitifleşmez.

RF, sadece RA'ya spesifik değildir, RA dışında Sjögren sendromu, esansiyel mikst krioglobülinemi, viral hepatitler, bakteriyel endokardit, sitomegalovirus enfeksiyonları, kollajen vasküler hastalıklarda dayüksek titrede bulunabilir (55).

Anti Siklik Sitrüline Peptit Antikor (Anti-CCP); Sitrulin peptidlerine karşı oluşan otoantikorlardır. Anti-CCP testinin RA tanısında spesifitesinin %91,3, sensitivitesinin de %70 olduğu belirtilmiştir (56). Çeşitli çalışmalarda anti-CCP pozitif erken RA hastalarında negatif olanlara göre daha fazla eroziv hastalığın geliştiği gösterilmiştir. Schellekens yaptığı bir çalışmada 2 yıllık takip sonunda anti-CCP pozitif RA hastalarında eroziv hastalık için pozitif prediktif değeri %91 olarak bulunmuştur (57).

Hiçbir şikayeti olmayan kan donörlerinde yapılan hastalık öncesi çalışmalarda, RA klinik semptomlarının ortaya çıkmasından yıllar önce Anti-CCP ve RF'nin her ikisinin de tespit edilebildiği gösterilmiştir. Anti-CCP varlığının saptanması ile yakınmaların başlaması arasında geçen süre ortalama 2,5 yıl olup, bir hastada 9 yıl öncesine kadar uzandığı görülmüştür (58).

RA hastalarında %70, SLE'de hastalarında %16,6, PsA hastalarında %10,6, Sjögren sendrimunda %33,3, MBDH hastalarında %10,7, SS hastalarında %8,3, SpA

hastalarında %5,4, noninflamatuvar hastalıklarda da %2,7 oranında Anti-CCP pozitifliği saptanmıştır (56).

ACR (Amerikan Collage of Rheumatology)/EULAR 2010 RA tanı kriterleri arasına RF ve anti-CCP girmiştir (59).

Anti nükleer antikor (ANA); otoimmün hastalıkların tanısında ve takibinde önemli bir parametredir. Farklı toplumlarda görülme sıklığı değişken olmakla birlikte %5-15 arasında değiştiği ve bu oranın yaşla birlikte arttığı düşünülmektedir. Birçok çalışmada kadınlarda erkeklere göre görülme sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. ANA'lar sistemik otoimmün hastalıklarla beraber bazı organ spesifik otoimmün hastalıklarda ve çeşitli sistemik hastalıklarda tespit edilebilirler. Çeşitli enfeksiyonlarda, malign hastalıklarda ve çeşitli ilaçların yan etkisi olarak ANA pozitiflikleri oluşabilir (Tablo 9). Sağlıklı insanlarda (%10), bağ dokusu hastalığı (BDH) olgularının akrabalarında, ileri yaş kadınlarda ve salazopyrin, izoniazid gibi ilaçları alanlarda, özellikle düşük titrede ANA pozitifliği olabilir (60).

Sitoplazma içerisinde bulunan ribozom ve mitokondri gibi hücre çekirdeği yapısı dışındaki yapılara karşı da ANA gelişebilmektedir. ANA'ların yüksek titrelerde tespit edilmesi daha çok bağ dokusu hastalıklarının varlığını düşündürmektedir. Bu anlatılanlara rağmen sadece ANA pozitifliğinin klinik bulgular olmadan tanısal değeri düşüktür. Steroid veya immünsupressif tedavi ANA titresini değiştirebilir, ancak genellikle hastalık aktivitesinin takibinde ANA titresindeki seri değişikliklere güvenilmez (61).

ANA tayininde altın standart IIF (indirekt immünfloresan)'dır. Sonuçlar pozitif olduğunda boyanma özelliği, boyanma yoğunluğu ve titresini ile birlikte rapor edilir. Boyanma yoğunluğu (+1)'den (+4)'e kadar değerlendirilir. ANA'lar, IIF incelemede 4 tip boyanma özelliği gösterir:

- a. Diffüz boyanma; Antijen deoksiribonükleoprotein ise bu tip boyanma gösterir.
- b. Periferik boyanma; anti-DNA antikorlarının varlığına işaret eder.
- c. Granüler boyanma; ekstrakte edilebilir nükleer antijenlerine (ENA) karşı gelişen antikorların bulunması ile görülür.
- d. Nukleolar boyanma; anti-ribonükleoprotein (anti-RNP) ile oluşur.

Otoimmün hastalığın klinik bulguları ortaya çıkmadan yıllar önce ANA pozitifliği gelişebilir; ancak her ANA pozitifliğinde ilerde klinik bulgular çıkmayabilir. ANA pozitifliğinde titre, boyanma tipi ve kullanılan hücre tipi çok önemlidir; titre arttıkça, altta bir patoloji yatma olasılığı artar. ANA boyanma tipi istenir ve her boyanma tipine neden olan otoantikorlar gözden geçirilir. ANA kabaca DNA ve histonlara, veya ENA'ya karşı otoantikorları içerir. ANA pozitifliğinden, hangi otoantikorların sorumlu olduğu araştırılmalıdır. Özellikle granüler tip ANA pozitifliğinde, ENA paneli istenmesi akılcıdır (63).

Tablo 9: ANA pozitifliğiyle ilişkili hastalıklar (62)

	ANA pozitifliği
Sistemik otoimmün hastalıklar	
SLE	
Aktif	%98-100
Remisyon	%90
Sistemik skleroz	%95
Romatoid artrit	%45
Sjögren sendromu	%60
Mikst bağ dokusu hastalığı	%100
İlaç ilişkili lupus	%80-95
Raynaud fenomeni	%40
Polimiyozit/ Dermatomyozit	%35
Juvenil romatoid artrit	%15-40
Organ spesifik otoimmün hastalıklar	
Hashimoto tiroiditi	%50
Graves hastalığı	%50
Otoimmün hepatit	%70
Primer biliyer siroz	%15-40
Enfeksiyonlar	
Viral	
EBV	
HIV	
HCV	
Parvo virüs B19	
Bakteriyel	
Subakut bakteriyel endokardit	
Sifiliz	
Maligniteler	
Lenfoproliferatif hastalıklar	
Paraneoplastik sendromlar	
Çeşitli hastalıklar	
İnflamatuvar bağırsak hastalıkları	
İnterstisyel pulmoner fibrozis	

Anti-U1 RNP; SLE için duyarlılığı %40-60; ancak özgün değildir; MBDH tanısında kıymetlidir.

Anti-Ro (SS-A) ve anti-La (SS-B); SLE, subakut kutanöz lupus eritematozus ve Sjögren sendromu olgularında pozitiftir. Fotosensitivite ve neonatal lupus sendromu ile ilişkilidir. SS-A antijeni Ro52 ve Ro60 ağırlığında iki polipeptidi kapsar. İzole Ro52'ye yönelen antikorlarının Sjögren sendromu ilişkili olduğu belirtilmiştir (64).

Anti-Sm; SLE için duyarlılığı %10-40; özgüllüğü ise daha yüksektir. Pozitif olması tanıda değerlidir; negatif olması ise tanıyı dışlatmaz.

Anti-dsDNA; SLE için duyarlılığı %70, özgüllüğü %95'tir. Titrede artış, C3 ve C4 düşmesi ile birlikteyse, lupus nefriti aktivasyonu lehine değerlendirilir.

Anti-DFS 70; sağlıklı insanlarda görülebilen ANA pozitifliğinden sıklıkla anti-DFS otoantikorlar sorumludur; otoantikorlar doğal olarak, IIF ANA testinin özgünlüğünü azaltmaktadır.

Anti PM-scl; en sık PM, SS, skleromiyozit hastalarında pozitiftir. Antikor pozitifliği olan hastaların %50'sinde çakışma sendromu, çakışma sendromu olanların %25'inde antikor pozitifliği vardır. Anti PM-Scl antikorları PM'li hastalarda artrit, deri lezyonları, kalsinoz, mekanik el ve egzema ile ilişkili bulunmuştur (65).

Sentromer antikor: SS hastalarının %22-36'sında pozitiftir. Sınırlı skleroderma veya CREST varyantında ise bu oran %98'lere çıkmaktadır. SS'da malignite ile ilişkili olduğunu rapor eden yayınlar da vardır. Hashimoto tiroiditi, primer biliyer siroz, SS ve RA'da pozitiflik saptanabilmektedir (66).

Anti AMA-M2: Primer biliyer siroz (%95 oranında pozitiflik), diğer kronik karaciğer hastalıkları, SLE ve SS'da görülebilir.

Anti-Ribozomal p protein; SLE hastalarının az bir bölümünde bulunur ve bu hastalık için oldukça özeldir. Bazı çalışmalar bu antikorların, merkezi sinir sistemi hastalığı ve hepatit gibi spesifik hastalık belirtileri için belirteçler görevi görebileceğini öne sürmüş ancak diğer çalışmalarda bu doğrulamamıştır (67).

Anti-Scl-70: SS hastalarında %40'a varan pozitifliği mevcuttur. Spesifitesi %100'e yakındır.

Anti nötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA); GPA, MPA ve böbreğe sınırlı vaskülit (ekstrarenal hastalık bulgusu olmayan pauci-immün glomerülonefrit) arasında bir ilişki kurulmuştur. ANCA, EGPA ve belirli ilaca bağlı vaskülit sendromları bulunan hastaların önemli bir alt grubunda pozitiftir. ANCA testi vaskülitlerin tanı ve sınıflandırılmasında kritik bir rol oynamaktadır.

Vaskülitte, ELISA ile saptanan iki ilgili hedef antijen, proteinaz 3 (PR3) ve miyeloperoksidaz (MPO) 'dır. PR3-ANCA ve MPO-ANCA, genellikle karşılık gelen

immüno Floresans modellerine göre (sırasıyla sitoplazmik [C]- ve perinükleer [P] - ANCA), esasen daha yüksek özgüllükler ve pozitif öngörme değerleri ile ilişkilidir.

GPA'lı hastaların yaklaşık %90'ı ANCA pozitifdir. Hastaların %80-90'ında PR3-ANCA var.

MPA hastalarının yaklaşık %90'ı ANCA pozitifdir ve MPA'lı ANCA pozitif hastaların çoğunda MPO-ANCA vardır.

Böbrek sınırlı vaskülitli hastaların çoğunluğunda ANCA pozitifdir ve %75-80'i MPO-ANCA'ya sahiptir.

Hem PR3 hem de MPO, EGPA'lı hastalarda değişken frekanslarla tespit edilmiştir. Bu hastalar arasında büyük çoğunluğun MPO-ANCA var.

Anti-glomerüler bazal membran otoantikor hastalığı olan hastaların %10-40'ı tanı anında ANCA pozitifdir.

Bazı ilaçlar; hidralazin, propiltiourasil, metimazol, karbimazol ve minosiklin gibi ANCA'ya (çoğunlukla MPO) bağlı vaskülit formlarını indükleyebilir (68).

Atipik ANCA (formalin ANCA) indirekt immünfloresan teknikte sitoplazmik ve periferik boyanma örneği arasında kesin ayırım yapılamayan bir örnektir. Katepsin G, elastaz, laktoferrin gibi antijenlere karşı gelişir. RA'da ilaca bağlı vaskülitlerde ve inflamatuvar bağırsak hastalığında, kronik enfeksiyonlarda görülebilir

ANCA pozitifliği inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kistik fibroz, bakteriyemi ve diğer enfeksiyonlarla da görülebilir.

GPA veya MPA'ya sahip ANCA pozitif hastalardan yükselen titre, hastalık aktivitesinin arttığına kesin olarak işaret etmez ve negatif olan bir titre, hastalığın sessiz kalmasını garanti etmez. (69).

C-reaktif protein (CRP), kalsiyum iyonlarının varlığında Streptococcus pneumoniae'nin somatik C-polisakkaridi ile presipitasyon veren bir AFR'dir. Akut enfeksiyonlar, romatolojik hastalıklar, maligniteler ve akut miyokard enfarktüsü gibi doku hasarı olan birçok durumda diğer pozitif AFR'ler gibi CRP'nin de düzeyi artmaktadır. İnflamasyonun duyarlı bir göstergesidir. Akut faz uyarısı takiben 6-10 saat içinde plazmada artmaya başlar ve 48 saatte bu maksimuma çıkar. Yarılanma ömrü kısa olduğu için inflamasyon sonlandıktan sonra hızla normal düzeylerine iner. CRP, çeşitli patojen ve organizmanın hasar gören kısımlarına bağlanarak bunların fagositozunu kolaylaştırır. Romatizmal hastalıkların takibinde CRP düzeylerinin tayin edilmesinin ESH'ye kıyasla bazı üstünlükleri vardır. Fibrinojen, haptogloblin, immünglobülinler, seruloplazmin gibi pek çok proteinler ESH'yi etkiler ve ESH, klinik ile daima paralellik göstermeyebilir. SLE ve SS'de CRP düzeyleri enfeksiyon yoksa genellikle düşük seviyelerde seyreder (70).

ESH westergreen metodu ile, standart bir tüpte antikoagüle kandaki eritrositlerin milimetre üzerinden çökme hızıdır, inflamasyonun değerlendirilmesinde kullanılan bir metottur. ESH'nin artması özellikle fibrinojen, daha az olarak da alfa-2, beta ve gamma globülinlerin serum düzeylerindeki yükselme ile ilgilidir. Bu

asimetrik protein molekülleri eritrositlerin rulo formasyonunu kolaylaştırır ve ESH'nin artmasına neden olur. Eritrosit morfolojisi, monoklonal gamopatiler, kriyoglobülinemi, cinsiyet, ilaçlar ve tokluk ESH'yi etkiler. İnflamatuvar hastalıklarda eritrositler, kısmen fibrinojen seviyelerindeki artış nedeniyle rulo formasyonu yapmaya eğilimlidirler. Bu nedenle inflamatuvar hastalıklarda, ESH'nin değerlendirilmesi hastalığın aktivitesinin takibinde yardımcı olabilir, ancak hiçbir hastalık için spesifitesi yoktur. İnflamasyon sırasında fibrinojen düzeyinin yavaş olarak artması nedeniyle ESH geç olarak yükselir ve inflamasyon sonlandıktan bir süre daha yüksek düzeylerde kalır. ESH kronik inflamatuvar hastalıkların takibinde yararlıdır (71).

Antifosfolipid Antikorlar (AFA); lupus antikoagulanı (LA), anti-kardiyolipin (ACA) ve anti-B2 glikoprotein antikorlar günümüzde romatoloji pratiğinde rutin olarak kullanılan ve standardize edilen testlerdir. AFA'ların arteriyel veya venöz sistemde tromboz ve gebelik morbiditeleri ile birlikte olduğu bildirilmiştir. AFA; idiyopatik, başta SLE olmak üzere otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar, hematolojik ve malign hastalıklar, bazı ilaçların kullanımı sırasında görülebilir. ACA seviyeleri en iyi ELISA ile, LA seviyeleri aktive parsiyel tromboplastin zamanının uzaması ile saptanır. LA ve ACA farklı antikorlar olmasına karşın, hastaların yaklaşık %45-70'inde birlikte bulunur. SLE'li hastalarda LA yaklaşık %34 ve ACA %44 oranında tespit edilir (72).

Kompleman sistemi; birbiriyle, antikorlarla ve hücre membranları ile etkileşime girebilen en az 20 farklı plazma proteinden oluşan bir sistemdir. Vücudun savunmasında önemli fonksiyonlara sahip olup, fagositoz, kemotaktik ve sitolitik olaylara aracılık ederler. Hipokomplementemi; SLE, sistemik vaskülit ve esansiyel mikstip kriyoglobülinemide görülebilir.

Ferritin; Ferritin konsantrasyonu, organizmadaki depo demirini yansıtır. Ancak inflamasyonda ve bazı malignitelerde demir miktarından bağımsız olarak ferritin seviyeleri artar. Erişkin Still hastalığında ve hemofagositozla giden durumlarda ferritin değerleri çok yükselir ve klinik bulgularla birlikte tanıyı destekleyici önemli bir laboratuvar bulgusu olarak kabul edilir.

Serum amiloid A protein (SAA); SAA proteini bir apolipoproteindir. CRP'de olduğu gibi akut faz cevabı olarak çok kısa zamanda yükselmeye başlar ve çok yüksek değerlere çıkar. Sekonder amiloidoz vakalarında biriken amiloid maddesinin öncüsüdür. İnflamasyon durumlarında bazal değere göre 10.000 kat artış gösterebilir. Günlük romatoloji pratiğinde genellikle FMF takibinde kullanılmaktadır.

Nötrofili; steroid tedavisi sırasında, enfeksiyonlarda veya romatolojik hastalık aktivasyonunda (gut, RA, vaskülit vb.) görülebilir.

Nötropeni; ilaçlara bağlı (temel etkili ilaçlar veya immünsupresif tedavi), SLE aktivasyonunda, Felty sendromuna bağlı olarak görülebilir.

Eozinofili; ilaç reaksiyonlarında, ciddi romatoid artrit vakalarında, sarkoidozda, EGPA, eozinofilik fasiitte ve eozinofilik myalji sendromlarında tespit edilebilir.

Trombositopeni; ilaç yan etkisi, enfeksiyonlar, SLE veya AFAS gibi durumlarda görülebilir.

Trombositoz; sistemik nekrotizan vaskülitlerin önemli laboratuvar bulgularından birisidir. RA'lı hastalarda hastalık aktivitesi ile trombosit sayısı arasında paralellik bulunduğunu gösteren çalışmalar vardır (73).



3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırmada 1 Şubat 2015- 31 Ocak 2017 tarihleri arasında E.Ü.T.F Romatoloji polikliniğine konsülte edilen yatan hastalar geriye dönük olarak incelendi. Toplamda 1021 konsültasyon incelendi. Toplam 770 hasta dosyası tarandı. Çalışmaya başlamadan önce yerel etik kurul onayı alındı.

Hastalar hastane elektronik hasta dosyası sisteminden tarandı. Hastaları konsülte eden klinik, hastanede yatış nedeni, yaş, cinsiyet, bilinen romatolojik tanısının olup olmadığı, konsültasyon gerekçesi, konsültasyon sonucunda romatolojik tanı alıp almadığı verisi kaydedildi.

Romatolojik tanısı olan hastada konsültasyon gerekçesi; preoperatif, tedavi düzenlenmesi, romatolojik patolojinin diğer patolojilerle ilişkisinin değerlendirilmesi, diğer nedenler olarak alt başlıkta incelendi.

Tanısı olmayan hastada konsültasyon gerekçesi; semptom ve klinik bulgu, radyolojik bulgu, patolojik tanı, laboratuvar bulgusu olarak 4 alt başlıkta incelendi. İstenen konsültasyonlarda hekimin ön tanısı olup olmadığı, konulan ön tanıların ise ne kadarının doğrulandığı ortaya kondu. Hastaların romatolojik tanı alıp almadığı klinikler arası tanı alma oranları saptandı.

Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS.23.0 istatistik paket program kullanıldı. Ölçümsel değişkenlerimiz ortalama±standart sapma (SD) ile, kategorik değişkenlerimiz sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Değişkenlerin gruplararası karşılaştırılması ki-kare analizi ile yapıldı.

4.BULGULAR

Çalışmamızda 1 Şubat 2015- 31 Ocak 2017 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji polikliniğine yönlendirilen 1021 adet konsültasyon incelenmiştir. Toplamda 770 farklı hastaya konsültasyon istenmiştir.

Hastalar romatolojik tanılarının olup olmamalarına göre 2 gruba ayrılarak incelenmiştir.

Romatolojik tanısı olan hastalarda konsültasyon amacı preoperatif, tedavi düzenlenmesi, romatolojik patolojinin bir diğer patolojiyle ilişkilendirilmesi ve diğer nedenler olarak 4 alt kategoride incelenmiştir. Hangi klinikten konsülte edildiği kaydedilmiştir.

Romatolojik tanısı olmayan hastalardaysa konsültasyon gerekçesi; semptom ve klinik bulgu, radyolojik bulgu, patolojik bulgu, laboratuvar bulgusu olarak 4 alt kategoride incelenmiştir. Konsültasyon isteyen hekim tarafından ön tanı belirtilip belirtilmediği ve hastanın tanı alıp almadığı değerlendirilmiştir.

Tablo 10: Konsülte Edilen Tüm hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Yaş Dağılımları

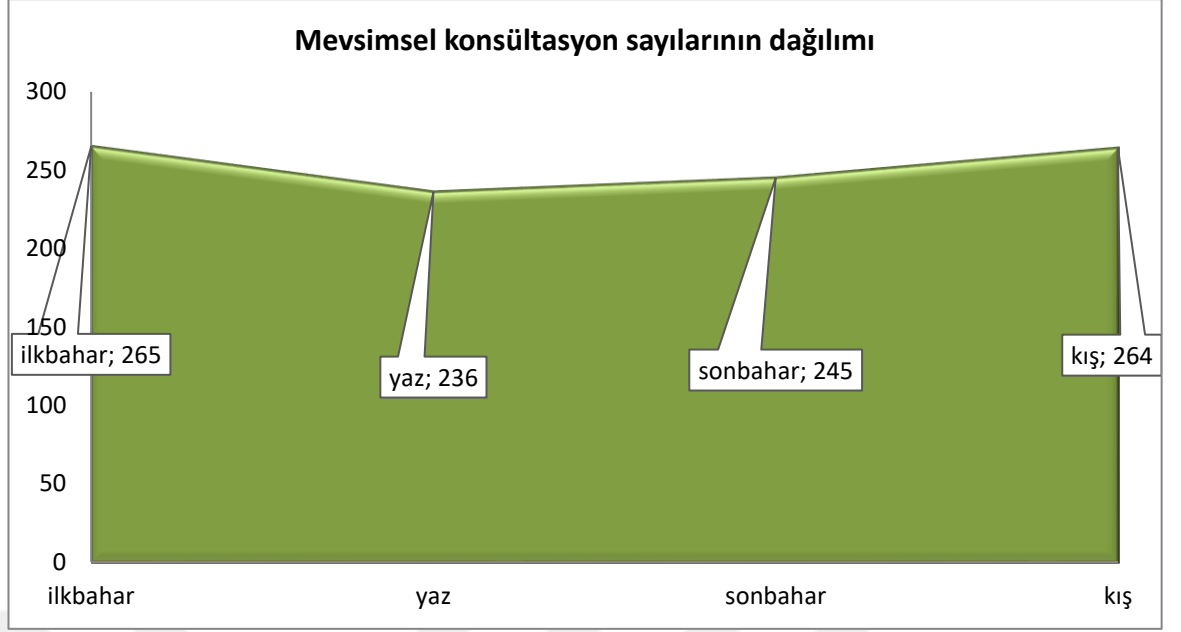
Cinsiyet	Adet (N)	Yüzde (%)	Yaş Ortalaması	Yaş Standart Sapması
Kadın	466	60.5	53.24	16.56
Erkek	304	39.5	51.09	16.11
Toplam	770	100.00	52.39	16.41

Tablo 10’da hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. Hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. Buna göre hastaların %60,5 (466 hasta) kadın iken %39,5’i (304 hasta) erkektir. Kadın hastaların yaşları 53,24 $\pm$ 16,56 arasında iken erkek hastaların yaşları 51,09 $\pm$ 16,11 arasında dağılmaktadır. Ayrıca hastalarımızın genel olarak yaşları 52,39 $\pm$ 16,41 arasında dağılmaktadır.

Tablo 11: Aylara Göre Konsültasyon Sayılarının Dağılımı

Aylar	Konsültasyon Durumu					
	Toplam konsültasyon sayısı	Cevaplandı	Cevaplanmadı	Yerinde yok	Gelmedi	Yanlış
Şubat 2015	21	18	2	0	1	0
Mart 2015	42	30	8	2	2	0
Nisan 2015	33	30	3	0	0	0
Mayıs 2015	29	28	1	0	0	0
Haziran 2015	39	38	1	0	0	0
Temmuz 2015	33	32	0	1	0	0
Ağustos 2015	35	32	2	0	1	0
Eylül 2015	36	30	4	0	0	0
Ekim 2015	36	35	1	0	0	0
Kasım 2015	41	39	0	1	0	1
Aralık 2015	43	43	0	0	0	0
Ocak 2016	41	37	2	0	1	1
Şubat 2016	37	35	2	0	0	0
Mart 2016	66	60	4	0	1	1
Nisan 2016	43	39	4	0	0	0
Mayıs 2016	53	51	2	0	0	0
Haziran 2016	47	41	1	3	1	1
Temmuz 2016	36	35	0	0	0	1
Ağustos 2016	49	43	2	1	2	1
Eylül 2016	22	20	1	0	1	0
Ekim 2016	57	55	1	0	0	1
Kasım 2016	56	49	2	0	4	1
Aralık 2016	55	48	4	0	2	1
Ocak 2017	71	56	9	1	3	2
Toplam	1021	926	56	9	19	11

Tablo 11’de aylara göre konsültasyon sayılarının dağılımı incelenmiştir. Buna göre 24 ayda toplam 1021 konsültasyon istenmiştir. Bunlardan 56 konsültasyon cevaplanmamış, 9 hasta yerinde bulunamamış, 19 hasta konsültasyon için polikliniğe gelmemiş ve 11 konsültasyonun yanlışlıkla yazıldığı görülmüştür.



Şekil 1: Mevsimsel Konsültasyon Sayılarının Dağılımı

Yanılışlıkla istenen konsültasyonlar çıkarılarak konsültasyonların mevsimsel dağılımına bakılmıştır. 2 yıllık taramada ilkbahar mevsiminde 265 (%26,2), yaz mevsiminde 236 (%23,4), sonbahar mevsiminde 245 (%24,3), kış mevsiminde 264 (%26,1) konsültasyon istendiği görülmüştür.

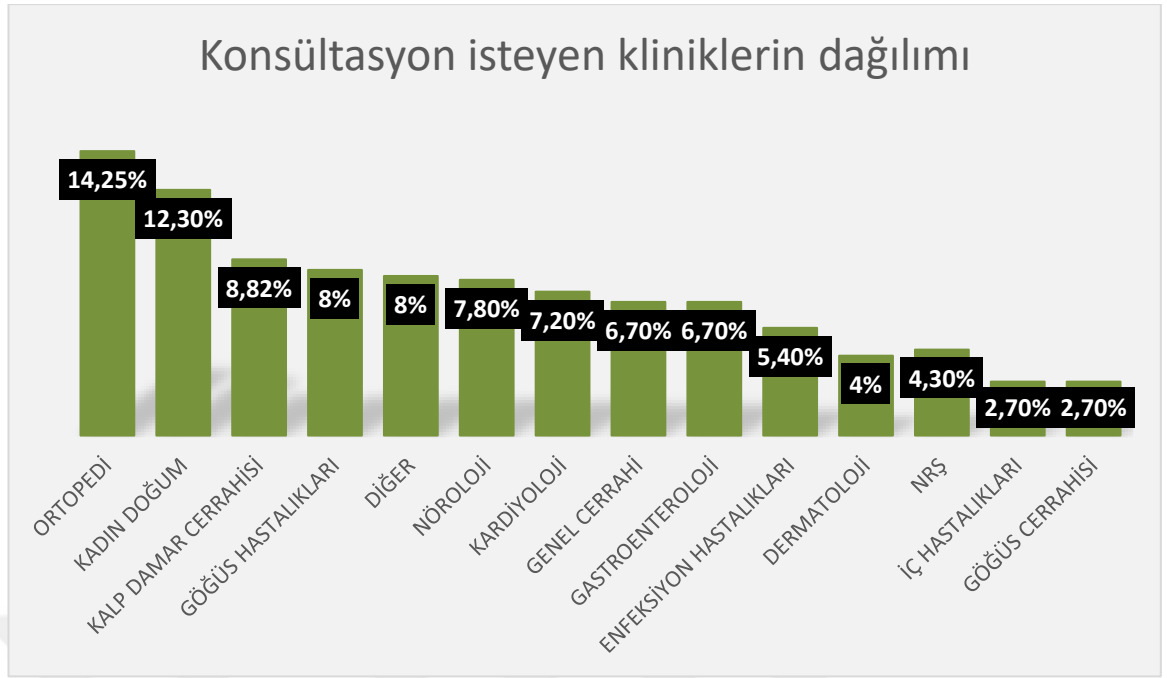
4.1. ROMATOLOJİK TANISI OLAN HASTALARIN VERİLERİ

Toplam 374 hastanın tanımlayıcı istatistikleri aşağıdaki gibi saptanmıştır.

Tablo 12: Romatolojik Tanısı Olan Hastaların Cinsiyet Durumlarına Yaş Göre Dağılımı

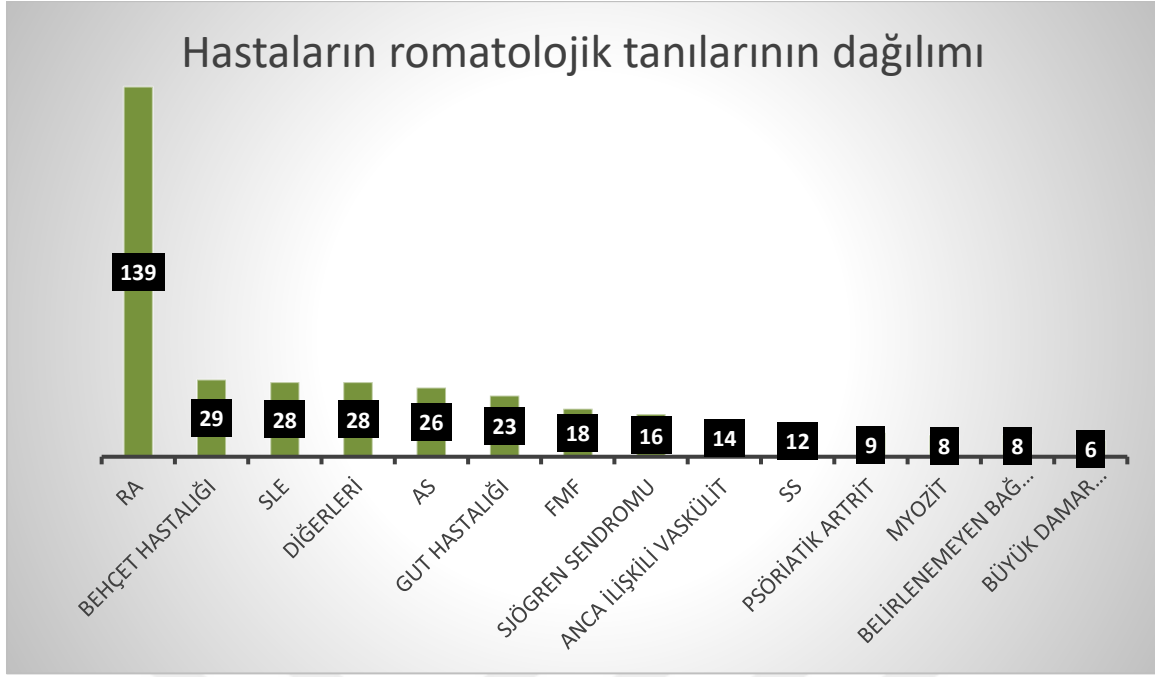
Cinsiyet	Adet (N)	Yüzde (%)	Yaş Ortalama	Yaş Standart Sapma
Kadın	250	66.80	55.0360	16.0787
Erkek	124	33.20	52.9032	15.9289
Toplam	374	100.00	54.3289	16.0394

Tablo 12’de hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre hastalarımızın %66,80’i (250 hasta) kadın iken %33,20’si (124 hasta) erkektir. Kadın hastalarımızın yaşları $55,0360 \pm 16,0787$ arasında iken erkek hastalarımızın yaşları $52,9032 \pm 15,9289$ arasında dağılmaktadır. Ayrıca hastalarımızın genel olarak yaşları $54,3289 \pm 16,0394$ arasında dağılmaktadır.



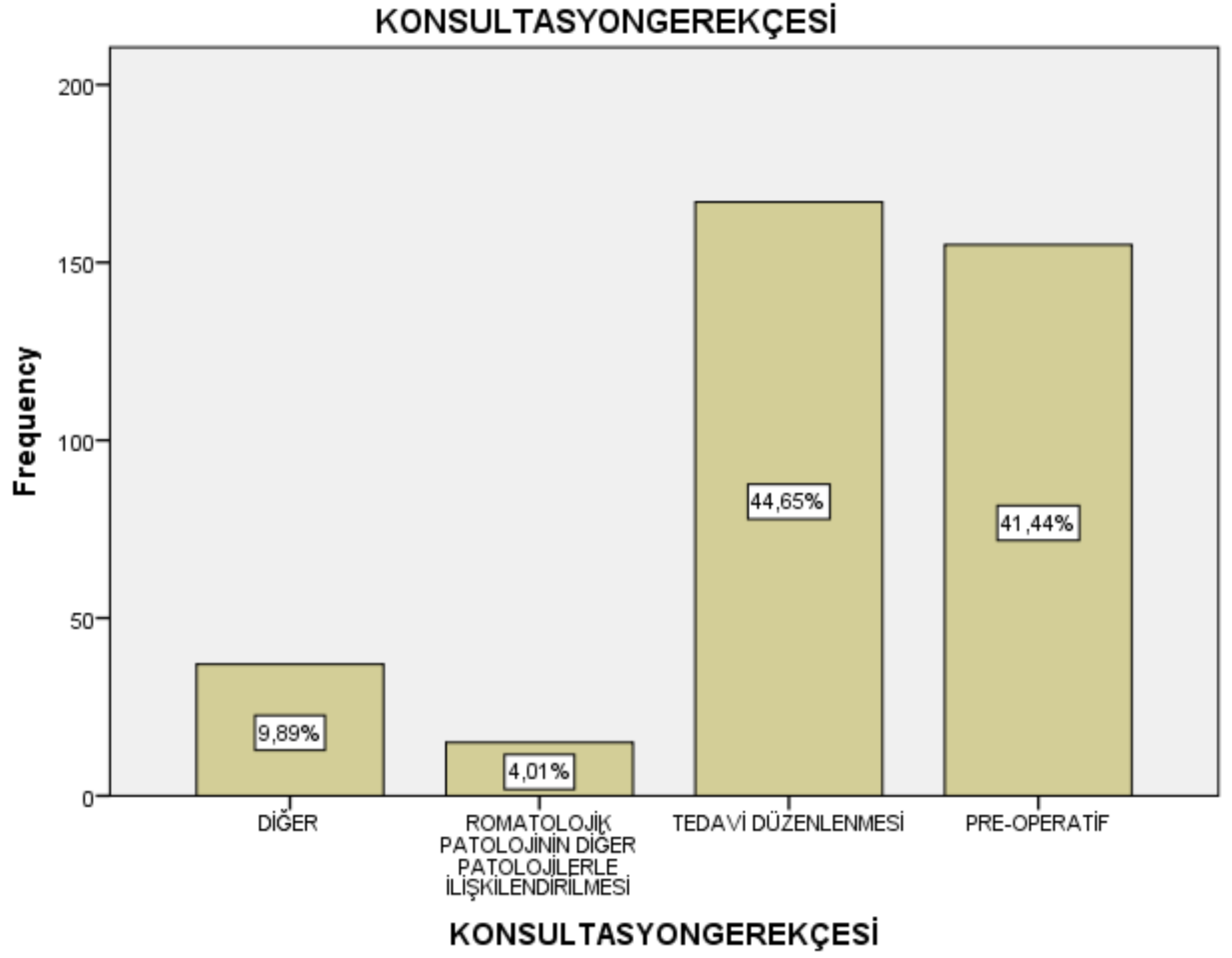
Şekil 2: Romatolojik Tanısı Olan Hastalarda Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

Şekil 2’de konsültasyon isteyen kliniklerin dağılımı incelenmiştir. Romatolojik tanısı olan hastalardan konsültasyon isteyen kliniklerin dağılımı incelenmiştir. Ortopedi kliniğinden 57 (%15,24), kadın hastalıkları ve doğum kliniğinden 45 (12,03), kalp damar cerrahisi kliniğinden 33 (%8,82), göğüs hastalıkları kliniğinden 31 (%8,29), nöroloji kliniğinden 29 (%7,75), kardiyoloji kliniğinden 27 (%7,22), gastroenteroloji kliniğinden 25 (%6,68), genel cerrahi kliniğinden 25 (%6,68), enfeksiyon hastalıkları kliniğinden 20 (%5,35), NRŞ kliniğinden 16 (%4,3), dermatoloji kliniğinden 15 (%4,01), göğüs cerrahisi kliniğinden 10 (%2,67), iç hastalıkları kliniğinden 10 (%2,67), FTR kliniğinden 7, psikiyatri kliniğinden 5, ağrı kliniğinden 4, üroloji kliniğinden 4, göz hastalıkları kliniğinden 4, KBB kliniğinden 3, plastik cerrahisi kliniğinden 2, anestezi kliniğinden 1 adet konsültasyon isteminde bulunulmuştur.



Şekil 3: Hastaların Romatolojik Tanılarının Dağılımı

Şekil 3’de hastalarımızın romatolojik tanılarının dağılımı incelenmiştir. 10 hastada romatolojik hastalık olmadığı görülmüş olup geri kalan 364 hastanın; 139 hasta RA, 29 hasta Behçet, 28 hasta SLE, 26 hasta AS, 23 hasta gut hastalığı, 18 hasta FMF, 16 hasta Sjögren sendromu, 14 hasta ANCA ilişkili vaskülit (9 hasta GPA, 3 hasta MPA, 2 hasta EGPA), 12 hasta sistemik skleroz (2 hasta sınırlı sistemik skleroz), 9 hasta psöriyatik artrit, 8 hasta miyozit (bunlardan 3 hasta DM, 1 hasta PM, 2 hasta anti JO-1 sendromu, 1 hasta malignite ilişkili miyozit, 1 hasta otoimmün nekrozitan miyozit tanılı), 8 hasta belirlenemeyen bağ dokusu hastalığı ve şekilde diğerleri grubunda belirtilen 41 hastanın; 5 hasta polimiyaljiya romatika, 3 hasta lökositoklastik vaskülit, 3 hasta FMF+Behçet, 2 hasta sarkoidoz, 2 hasta ARA, 2 hasta belirlenemeyen SPA, 2 hasta AFAS, 2 hasta SLE+RA, 1 hasta Sjögren sendromu+FMF, 1 hasta Buerger hastalığı, 1 hasta miks bağ dokusu hastalığı, 1 hasta ürtikeryal vaskülit, 1 hasta soğuk aglutinin hastalığı, 1 hasta okronozis, 1 hastanın ilaca bağlı lupus tanılı olduğu görülmüştür.



Şekil 4: Hastalarımızın Konsültasyon Gerekçelerine Göre Dağılımı

Şekil 4'te hastalarımızın konsültasyon gerekçelerine göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre hastalarımızın %44,65'inden (167 hasta) tedavi düzenlenmesi, %41,44'ünden (155 hasta) preoperatif, %4,01'inden (15 hasta) romatolojik patolojinin diğer patolojilerle ilişkilendirilmesi gerekçesi ile istenmişken %9,89'undan (37 hasta) diğer gerekçelerle konsültasyon istenmiştir.

Tablo 13: Tedavi Düzenlenmesi Gerekçesi İle Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

Klinik	Adet (N)	Yüzde (%)
Göğüs Hastalıkları	27	16.20
Kardiyoloji	20	12.00
Gastroenteroloji	18	10.80
Nöroloji	16	9.60
Enfeksiyon Hastalıkları	16	9.60
Dermatoloji	14	8.40
Kadın Doğum	12	7.20
Genel Cerrahi	6	3.60
FTR	6	3.60
İç Hastalıkları	6	3.60
Psikiyatri	5	3.00
Ağrı Kliniği	4	2.40
Kalp Damar Cerrahisi	3	1.80
Ortopedi	3	1.80
Göz Hastalıkları	3	1.80
Üroloji	3	1.80
Beyin Cerrahi	2	1.20
Göğüs Cerrahisi	1	0.60
NRŞ	1	0.60
KBB	1	0.60

Tablo 13'te tedavi düzenlenmesi gerekçesi ile konsültasyon isteyen kliniklerin dağılımı incelenmiştir. Buna göre %16,20 (27 konsültasyon) ile göğüs hastalıkları, %12 (20 konsültasyon) ile kardiyoloji, %10,80 (18 konsültasyon) ile gastroenteroloji, %9,60 (16 konsültasyon) ile enfeksiyon hastalıkları ve nöroloji klinikleri ağırlıklı olarak konsültasyon isteminde bulunmuştur.

Tablo 14: Preoperatif Gerekçeyle Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

Klinik	Adet (N)	Yüzde (%)
Ortopedi	54	34.80
Kadın Doğum	29	18.70
Kalp Damar Cerrahisi	28	18.10
Genel Cerrahi	17	11.00
Beyin Cerrahi	13	8.40
Göğüs Cerrahisi	9	5.80
Enfeksiyon Hastalıkları	1	0.60
Aile Plan. ve Kıs.	1	0.60
Kardiyoloji	1	0.60
Plastik Cerrahi	1	0.60
Üroloji	1	0.60

Tablo 14’te preoperatif nedenle konsültasyon isteyen kliniklerin dağılımı incelenmiştir. Buna göre %34,80 (54 konsültasyon) ile ortopedi, %18,70 (29 konsültasyon) ile kadın doğum, %18,10 (28 konsültasyon) ile kalp damar cerrahisi ve %11 (17 konsültasyon) ile genel cerrahi klinikleri ağırlıklı olarak konsültasyon isteminde bulunmuştur.

Tablo 15: Romatolojik patolojinin bir diğer patolojiyle ilişkilendirilmesi nedeniyle danışılan hastaların dağılımı

	Sayı (N)	Yüzde (%)
Romatolojik patolojiyle ilişkili bulunanlar	2	%13,3
Romatolojik patolojiyle ilişkili bulunmayanlar	13	%86,7

15 hasta romatolojik patolojinin bir diğer patolojiyle ilişkilendirilmesi nedeniyle danışılmıştır.

Tablo 16: Diğer nedenlerle konsülte edilen hastaların dağılımı

Diğer kategorisinde hastalar	danışılan Sayı (N)	Yüzde (%)
2. bir romatolojik hastalık şüphesi	16	43.00
Fmf atağı ayırıcı tanısı	4	10.80
Gut atağı ayırıcı tanısı	4	10.80
Devir açısından	4	10.80
İlaç yan etkisi	4	10.80
Tanı doğruluğu	2	5.40
Lupus aktivasyonu ön tanısı	1	2.70

Diğer kategorisinde 37 hasta konsülte edilmiştir.

Gut atağı açısından danışılan 4 hastanın 3'ünde gut atağı saptanmamıştır. FMF atağı açısından danışılan 4 hastanın hiçbirinde atak düşünülmemiştir. Lupus aktivasyonu ön tanısıyla danışılan 1 hastada aktivasyon düşünülmemiştir. Devir açısından danışılan 4 hastadan 2'ine devir endikasyonu konulmamıştır. 16 hasta ikinci bir romatolojik hastalık şüphesiyle danışılmıştır; 10 hasta tanı almamıştır. RA tanılı hastalardan biri MPA, biri GPA tanısı almıştır. FMF tanısıyla izlenen 1 hasta Behçet hastalığı tanısı almıştır. MBDH'yla takipli 1 hasta SLE tanısı almıştır. Sistemik skleroz tanılı 1 hasta multipl myelom tanısı almıştır. 1 hastanın tanısının belirtildiği gibi RA olmadığı; şüphelenildiği gibi SLE olduğu düşünülmemiştir. Tanı doğruluğu açısından danışılan 2 hastada romatolojik hastalık düşünülmemiştir. 4 hasta kullandığı ilaçların yan etkisi açısından değerlendirilmesi için danışılmıştır. Semptomlar 3 hastada ilaç ilişkili bulunmazken; 1 hastada steroide bağlı miyopati düşünülmüştür.

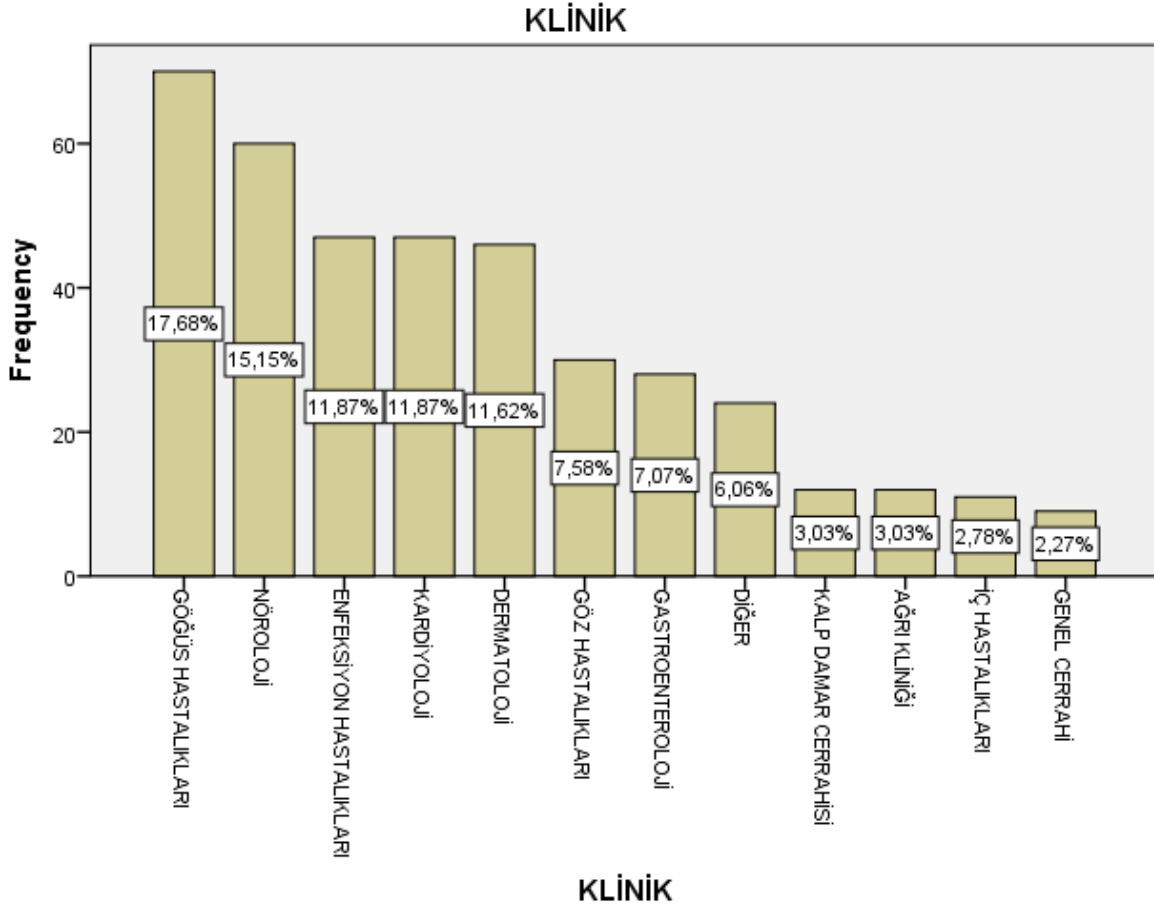
4.2. ROMATOLOJİK TANISI OLMAYAN HASTALARIN VERİLERİ

Tanısı olmayan toplam 396 hastanın tanımlayıcı istatistikleri aşağıdaki gibi saptanmıştır.

Tablo 17: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastaların Cinsiyet Durumlarına Göre Yaş Dağılımı

Cinsiyet	Adet (N)	Yüzde (%)	Yaş Ortalama	Yaş Standart Sapma
Kadın	216	54.50	51.1620	16.8960
Erkek	180	45.50	49.8444	16.1621
Toplam	396	100.00	50.5631	16.5587

Tablo 17’de hastaların cinsiyet durumlarına göre yaş dağılımı incelenmiştir. Buna göre hastalarımızın %54,50’si (216 hasta) kadın iken %45,50’si (180 hasta) erkektir. Ayrıca hastalarımızın cinsiyetlerine göre yaş dağılımları ve toplamda bütün hastalarımızın yaş dağılımı incelenmiştir. Buna göre kadın hastalarımızın yaşları 51.1620 ± 16.8960 arasında iken erkek hastalarımızın yaşları $49,8444 \pm 16,1621$ arasında dağılmaktadır. Ayrıca hastalarımızın genel olarak yaşları $50,5631 \pm 16,5587$ arasında dağılmaktadır. En yaşlı hasta 94, en genç hasta 17 yaşındadır.



Şekil 5: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastalardan Konsültasyon İsteyen Kliniklerin Dağılımı

Şekil 5’te tanısı olmayan hastalardan konsültasyon isteyen kliniklerin dağılımı incelenmiştir. Buna göre; göğüs hastalıklarından 70 (%17,68), nörolojiden 60 (%15,5), enfeksiyon hastalıklarından 47 (%11,87), kardiyolojiden 47 (%11,87), dermatolojiden 46 (11,62), göz hastalıkları kliniğinden 30 (%7,68), gastroenterolojiden 28, ağrı kliniğinden 12, kalp damar cerrahisinden 12, iç hastalıklarından 11, genel cerrahiden 9, şekilde diğerleri grubunda belirtilen psikiyatrden 6, KBB’den 4, ürolojiden 3, kadın hastalıkları ve doğum kliniğinden 3, göğüs cerrahisinden 2, ortopediden 2, beyin cerrahisinden 1, FTR’den 1, plastik cerrahisinden 1, onkolojiden 1 adet konsültasyon isteminde bulunulmuştur.

Tablo 18: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastaların Ön Tanı Belirtme Durumlarına Göre Dağılımı

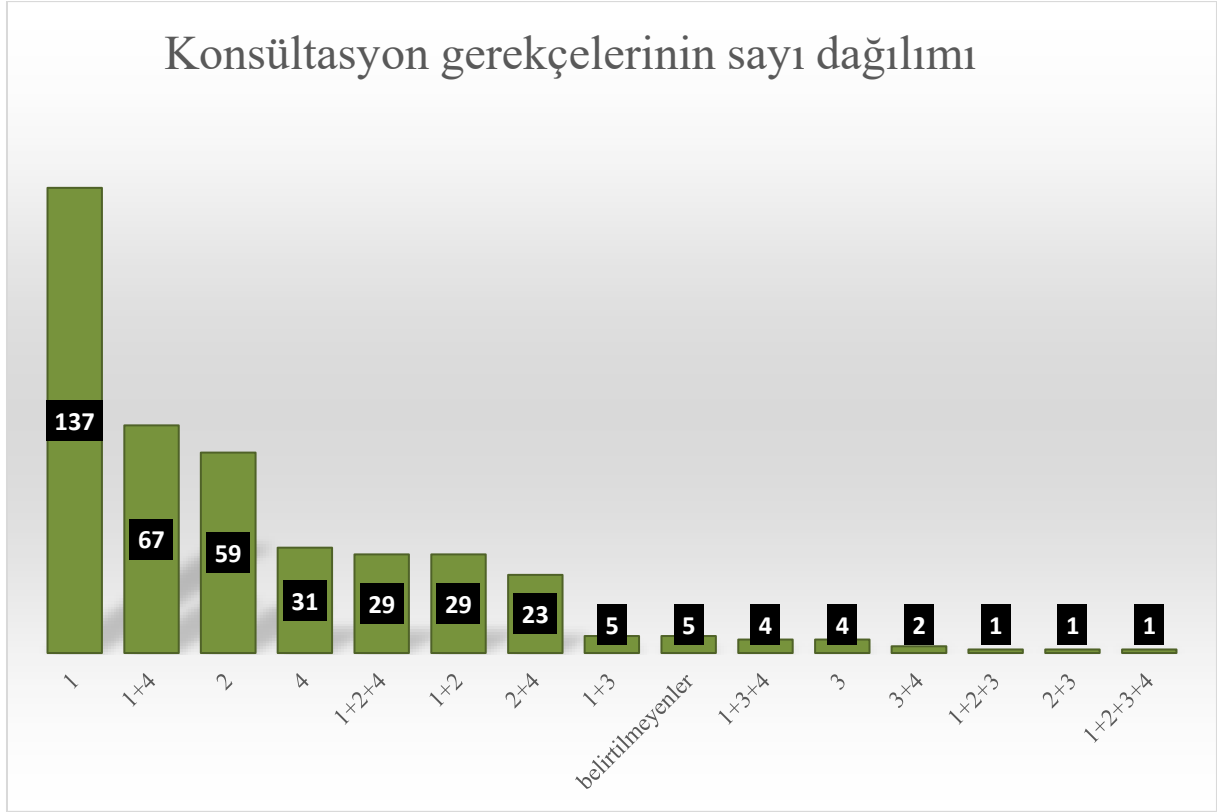
Ön Tanı	Adet (N)	Yüzde (%)
Belirtilmiş	121	30.60
Belirtilmemiş	275	69.40
Toplam	396	100.00

Tablo 18’de hastaların ön tanı belirtilme durumları incelenmiştir. Buna göre hastalarımızın %30,60’ı (121 hasta) ön tanı belirtmişken %69,40’ı (275 hasta) ön tanı belirtmemiştir.

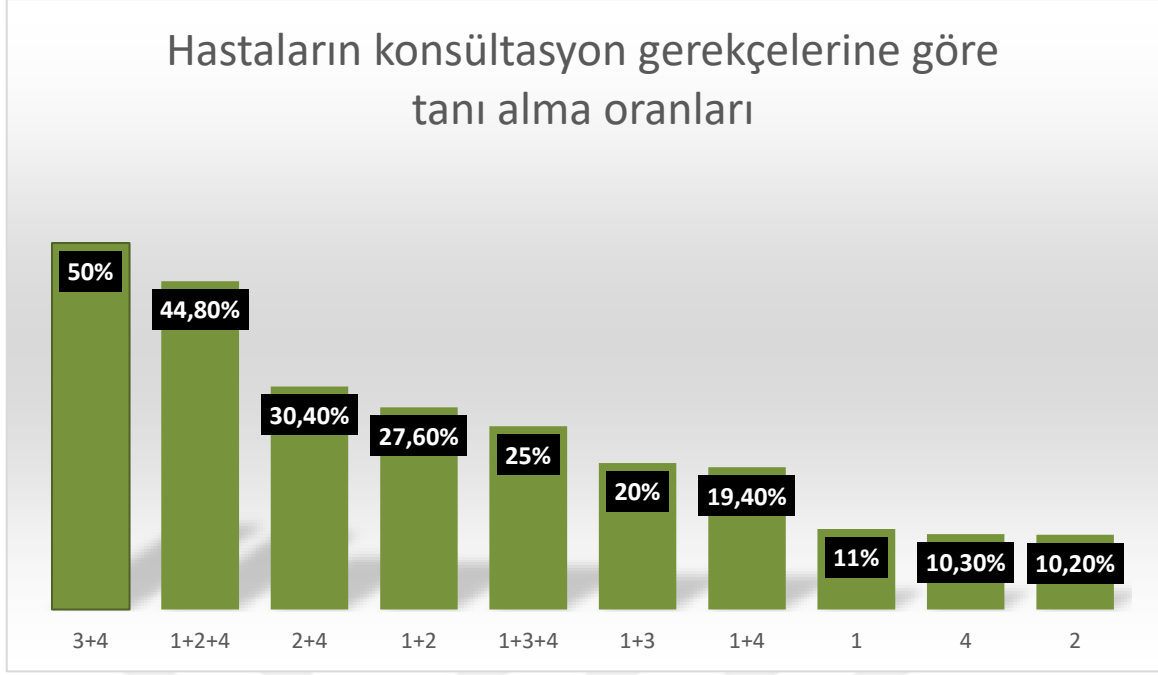
Tablo 19: Romatolojik Tanısı Olmayan Hastaların Konsültasyon Gerekçelerine Göre Dağılımı

Konsültasyon gerekçeleri	Toplam hasta sayısı	Tanı alanların yüzdesi	Tanı almayanlar	Tanı alanlar	Tanı durumu bilinmeyenler
Semptom ve klinik bulgu (1)	137	%11	112	15	13
Semptom ve klinik bulgu+laboratuvar bulgusu (1+4)	67	%19,4	47	13	7
Radyolojik bulgu (2)	59	%10,2	51	6	2
Semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgu (1+2)	29	%27,6	18	8	3
Laboratuvar bulgusu (4)	29	%10,3	22	3	6
Semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgu+laboratuvar bulgusu+ (1+2+4)	29	%44,8	16	13	0
Radyolojik bulgu+laboratuvar bulgusu (2+4)	23	%30,4	16	7	0
Belirtilmeyenler	5	%0	5	0	0
Semptom ve klinik bulgu+patolojik bulgu (1+3)	5	%20	4	1	0
Patolojik bulgu (3)	4	%0	4	0	0
Semptom ve klinik bulgu+patolojik bulgu+laboratuvar bulgusu (1+3+4)	4	%25	2	1	1
Patolojik bulgu+laboratuvar bulgusu (3+4)	2	%50	1	1	0
Radyolojik bulgu+Patolojik bulgu (2+3)	1	%0	1	0	0
Semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgu+patolojik bulgu 1+2+3)	1	%0	1	0	0
Semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgu+patolojik bulgu+laboratuvar bulgusu (1+2+3+4)	1	%0	1	0	0

Tablo 19’da hastalarımızın konsültasyon gerekçe durumları incelenmiştir. Toplam 137(%34,6) hasta sadece semptom ve klinik bulguyla, 67 (%16,9) hasta semptom ve klinik bulgu+laboratuvar bulgusuyla, 59 (%14,9) hasta sadece radyolojik bulguyla danışılmıştır.



Şekil 6: Konsültasyonların Danışılma Gerekçelerine Göre Sayı Dağılımı



Şekil 7: Hastaların Konsültasyon Gerekçelerine Göre Tanı Alma Oranları

En yüksek tanı alma oranı %50'yle patolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikte danışılan hastalarda olmuştur. Semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikteliği olan hastaların %44,8'i, radyolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikteliği olan hastaların %30,4'ü semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgusu birlikteliği olan hastaların %27,6'sı tanı almıştır. Sadece semptom ve klinik bulguyla danışılan 137 hastanın tanı alma oranı %11'dir.

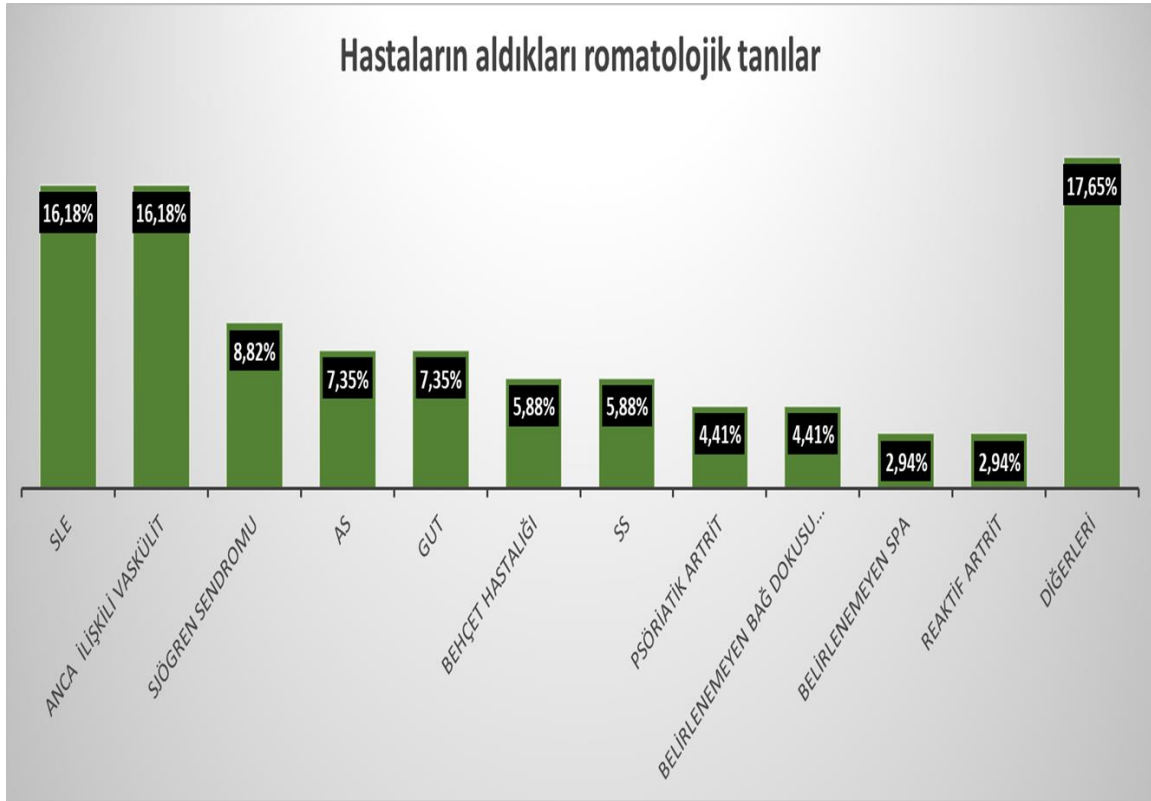
Tablo 20: Hastaların Romatolojik Tanı Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Romatolojik Tanı	Adet (N)	Yüzde (%)
Aldı	68	17.2
Almadı	299	75,5
Bilinmiyor	29	7,3
Toplam	396	100.00

Tablo 20'de hastaların romatolojik tanı alma durumları incelenmiştir. Buna göre hastalarımızın %17,2'si (68 hasta) romatolojik tanı almışken %75,5'ü (298 hasta) romatolojik tanı almamıştır.

Ayrıca hastaların %7,3'ünün (29 hasta) romatolojik tanı alma durumu bilinmemektedir. Bu hastalardan biri tetkiklerinin yapıldığı sırada exitus olmuş, bir diğeri de yaşı nedeniyle tetkik planlanmamış bir hastadır. Diğer 27 hasta da

taburculuk sonrası sonuçlarıyla poliklinik kontrolü önerilmiş ancak başvurmamış olan hastalardır.



Şekil 8: Hastalara Konulan Romatolojik Tanıların Dağılımı

Şekil 8’de hastalara konulan romatolojik tanılar incelenmiştir. Buna göre 11 hastaya SLE, 11 hastaya ANCA ilişkili vaskülit (3 hastaya GPA, 3 hastaya MPA, 3 hastaya EGPA, 2 hastaya ANCA ilişkili vaskülit), 6 hastaya Sjögren sendromu, 5 hastaya AS, 5 hastaya gut, 4 hastaya Behçet hastalığı, 4 hastaya SS, 3 hastaya psöriatik artrit, 3 hastaya belirlenemeyen bağ dokusu hastalığı, 2 hastaya belirlenemeyen SPA, 2 hastaya reaktif artrit, 1 hastaya AFAS, 1 hastaya PAN, 1 hastaya sarkoidoz, 1 hastaya good pasture sendromu, 1 hastaya ilaca bağlı lupus, 1 hastaya FMF, 1 hastaya DM, 1 hastaya nekrozitan miyopati, 1 hastaya erişkin başlangıçlı Still hastalığı, 1 hastaya dev hücreli arterit, 1 hastaya Takayasu arteriti, 1 hastaya RA tanısı konmuştur.

Tablo 21: Tanı Alan Hastaların Ön Tanı Belirtme Durumlarına Göre Dağılımı

Tanı Alan	Ön Tanı	
	Belirtmiş	Belirtmemiş
68	28 (%41,2)	40 (%58,8)

Tablo 21 incelendiğinde tanı alan 68 hastanın %41,2'i (28 hasta) ön tanı belirtmiş iken %58,8'i (40 hasta) ön tanı belirtmemiştir. 28 hastadan ön tanısıyla aynı tanıyı alan 23 (%82,1) hasta vardır.

Tablo 22: Ön Tanı Belirtilmesi İle Tanı Alma Durumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

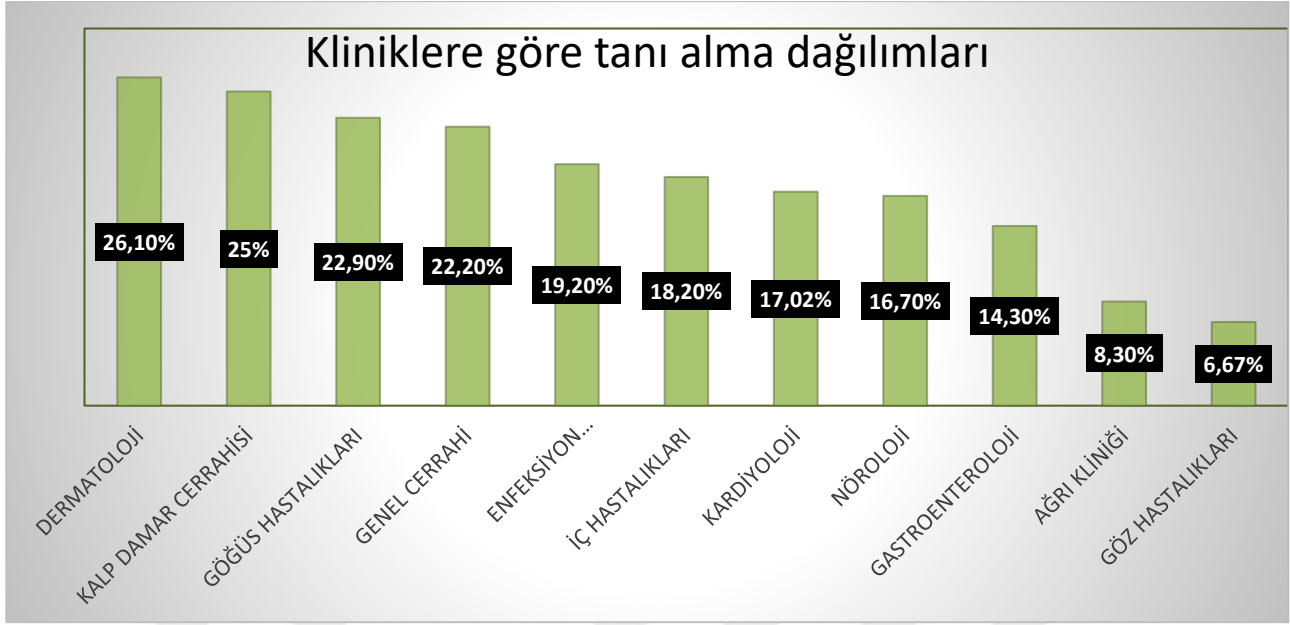
		Ön Tanı		Toplam
		Belirtmiş	Belirtmemiş	
Tanı	Almış	28	40	68
	Almamış	93	235	328
Toplam		121	275	396
χ^2 Test İstatistiği			3.920	

Tablo 22'de ön tanı belirtilmesi ile tanı alma durumları arasındaki ilişki X^2 test istatistiği ile test edilmiştir ve X^2 test istatistiği 3.920 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan test değeri tablo değerinden büyük olduğu için H_0 hipotezi reddedilmiştir.

H_0 : Ön tanı belirtme durumu ile tanı alma durumu arasında ilişki yoktur.

H_1 : Ön tanı belirtme durumu ile tanı alma durumu arasında ilişki vardır.

Yani ön tanı belirtme durumu ile tanı alma durumu arasında %95 güvenle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.



Şekil 9: Kliniklere Göre Tanı Alma Dağılımları

Tablo 23: Kliniklere Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı

Klinik	Konsultasyon İstenen Sayı	Tanı Alan Hasta Sayısı	Yüzde
Göğüs Hastalıkları	70	16	%22,9
Nöroloji	60	10	%16,7
Kardiyoloji	47	8	%17,02
Enfeksiyon Hast.	47	9	%19,2
Dermatoloji	46	12	%26,1
Göz Hastalıkları	30	2	%6,67
Gastroenteroloji	28	4	%14,3
Ağrı Kliniği	12	1	%8,3
Kalp Damar Cerrahisi	12	3	%25
İç Hastalıkları	11	2	%18,2
Genel Cerrahi	9	1	%22,2
Psikiyatri	6	0	%0
KBB	4	0	%0
Kadın Doğum	3	0	%0
Üroloji	3	0	%0
Ortopedi	2	0	%0
Göğüs Cerrahisi	2	0	%0
Plastik Cerrahi	1	0	%0
Onkoloji	1	0	%0
Beyin Cerrahi	1	0	%0
FTR	1	0	%0

Tablo 23 ve şekil 9’de kliniklere göre tanı alma durumlarının dağılımı incelenmiştir. Buna göre konsülte ettikleri hastaların tanı alması açısından en başarılı klinik dermatolojidir (%26,1). Dermatolojiyi sırasıyla; kalp damar cerrahisi (%25), göğüs hastalıkları (%22,9), genel cerrahi (%22,2), enfeksiyon hastalıkları (%19,2) izlemektedir.

Tablo 24: Semptom ve Klinik Bulgulara Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı

Bulgular	Tanı Aldı	Tanı Almadı	Toplam
Ateş	7	29	37
Oral Aft ve Genital Ülser	1	4	5
Ağız Kuruluğu ve Göz Kuruluğu	0	5	5
Fotosensitivite	3	3	6
Karın Ağrısı	3	7	10
Bel Ağrısı	3	8	11
Nöropati	5	8	13
Döküntü	8	20	28
Myalji	1	4	5
Optik Nöropati	1	11	12
Artrit	7	33	40
Psöriazis	4	14	18
Raynaud Fenomeni	3	1	4
Astım	2	3	5
Purpura	2	2	5
Retinal Arter/Ven Tıkanıklığı	0	7	8
Üveit	1	7	8
Görme Kaybı	0	3	3
Ülseratif Keratit	0	3	3

Tablo 24’te semptom ve klinik bulgulara göre tanı alma durumlarının dağılımı incelenmiştir. Buna göre nöropatisi olanların %38,5’i, karın ağrısı olanların %30’u, döküntüsü olanların %28,6’sı, bel ağrısı olanların %27,3’ü, oral aft ve genital ülseri olanların %20’si, fotosensitivitesi olanların %20’si, myaljisi olanların %20’si ve ateşle danışılanların %18,9’u tanı almıştır. Ağız ve göz kuruluğu olan hastalara tanı konmamıştır.

Raynaud fenomeni olanların %75’i, astımı olanların %40’ı, purpurası olanların %40’ı, artraljisi olanların %25’i, psöriazisi olanların %23’ü, artriti olanların %17,5’i, üveiti olanların %12,5’u, optik nöropatisi olanların %8,3’ü tanı almıştır. Retinal arter/ven tıkanıklığı, görme kaybı, ülseratif keratitle danışılan hastaların da hiçbirini tanı almamıştır.

Tablo 25: Radyolojik Bulgulara Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı

Bulgular	Tanı Aldı	Tanı Almadı	Toplam
Plevral Efüzyon	3	9	12
Perikardiyal Efüzyon	1	6	8
Plevral Efüzyon ve Perikardiyal Efüzyon	2	4	6
Pulmoner Emboli	2	9	11
İnterstitiyel Akciğer Hastalığı	3	16	20
Pulmoner HT	3	16	19
Alveolar Hemoraji	3	4	7

Tablo 25'te radyolojik bulgulara göre tanı alma durumları incelenmiştir. Buna göre plevral efüzyonu olanların %33'üne, perikardiyal efüzyonu olanların %36,6'sına, plevral efüzyon ve perikardiyal efüzyon birlikte olanların %40'ına, pulmoner embolisi olanların %18,2'sine, alveolar hemorajisi olanların %28,6'sına tanı konmuştur.

Pulmoner HT nedeniyle danışılan 19 hastadan 3 (%18,6)'ü tanı almıştır. Tanı alan 3 hastada da ANA pozitifliği vardı; 2 hasta Sjögren sendromu, 1 hasta SS tanısı almıştır.

İnterstitiyel akciğer hastalığı nedeniyle danışılan 20 hastadan sadece 3 (%15,8)'ü tanı almıştır. Bu hastalardan 4'ünde ANA pozitifliği mevcut olup hiçbirini tanı almamıştır. 5 hastada pulmoner HT de mevcut olup bu hastalar da tanı almamıştır. Tanı alan 3 hastadan 1 tanesi mikroskopik PAN, biri Sjögren, biri ANCA ilişkili vaskülit tanısı almıştır.

Tablo 26: Patolojik Bulgulara Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı

Bugular	Tanı Aldı	Tanı Almadı	Toplam
Vaskülitte Uyumlu Cilt Biyopsisi	0	5	6

Tablo 26'da patolojik bulgulara göre tanı alma durumları incelenmiştir. Buna göre vaskülitte uyumlu cilt biyopsisi bulgusu olan hastalara tanı almamıştır.

Tablo 27: Laboratuvar Bulgularına Göre Tanı Alma Durumlarının Dağılımı

Bulgular	Tanı Aldı	Tanı Almadı	Toplam
AFR Yüksekliği	9	31	41
Ateş ve AFR Yüksekliği	2	4	6
Ana Pozitifliği	11	25	50
Ana Profil Pozitifliği	2	7	10
Ana Pozitifliği ve Ana Profil Pozitifliği	3	9	15
Ana Pozitifliği ve AFR Yüksekliği	1	1	3
Ana Pozitifliği ve Pansitopeni	2	0	2
C-ANCA+PR3 Pozitifliği	3	1	5
P-ANCA+MPO Pozitifliği	1	2	4
İzole C-ANCA Pozitifliği	0	4	4
İzole P-ANCA Pozitifliği	0	4	4
İzole PR3 Pozitifliği	0	5	5
İzole MPO Pozitifliği	2	0	2
Rf Yüksekliği	3	8	12
Anti-CCP Pozitifliği	0	1	1

Tablo 27’de laboratuvar bulgularına göre tanı alma durumları incelenmiştir.

AFR pozitifliği nedeniyle danışılan hastalarda tanı alma oranı %22’dir. AFR ateş birlikteliğinde tanı oranı %33,3’e yükselmektedir.

ANA pozitifliğiyle konsülte edilenlerde tanı oranı %22, sadece ANA profil pozitifliğiyle danışılanlarda %20, ANA+ANA profil pozitifliğiyle danışılanlarda ise oran yine %20’dir.

ANA pozitifliği pansitopeni birlikteliği olan 2 hastanın 2’si de tanı almıştır.

İzole C-ANCA pozitifliği olan 4 hasta, izole P-ANCA pozitifliği olan 4 hastanın hiçbiri tanı almamıştır.

P-ANCA+MPO pozitif olan hastaların %25’i tanı almıştır. C-ANCA+PR3 pozitif olan hastaların %60’ı tanı almıştır. İzole PR3 pozitifliği olan 5 hastanın hiçbiri tanı almamıştır. İzole MPO pozitifliğiyle danışılan 2 hastanın 2’si de tanı almıştır. Genel ANCA pozitifliği nedeniyle danışılan hastalara bakıldığında 24 hastadan sadece 6 tanesinin (%25) tanı aldığı görülmüştür.

RF pozitifliği nedeniyle danışılan hastalardan %25’i tanı almıştır. Anti-CCP pozitifliği olan 1 hasta tanı almamıştır.

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda hastanemizde 1 Şubat 2015- 31 Ocak 2017 tarihleri arasında romatoloji bilim dalından istenen yatan hasta konsültasyonları incelenmiştir. Konsültasyonlar romatoloji yandal uzmanlığı yapan hekimler tarafından yanıtlanmıştır.

Toplam 1021 adet konsültasyon incelenmiştir. Bunlardan 56 konsültasyon cevaplanmamış, dokuz hasta yerinde bulunamamış, 19 hasta konsültasyon için polikliniğe gelmemiş ve 11 konsültasyonun yanlışlıkla yazıldığı görülmüştür.

Cevaplanmayan konsültasyonların aslında değerlendirildiği; önerilerin yazılı not olarak bırakıldığı epikrizlerden, aynı hasta için tekrar istenen konsültasyonlardan anlaşılmaktadır. Aslında konsültasyon hizmeti alamayan hasta olmamıştır.

Toplamda 770 farklı hastaya konsültasyon istenmiştir. Hasta başına en az bir, en fazla altı konsültasyon istenmiştir. Kişi başına düşen konsültasyon sayısı 1,2'dir. Mükerrer konsültasyonların istenen tetkiklerin sonuçlarıyla tekrar değerlendirilmesi veya devir açısından istendiği görülmüştür.

Yanlış konsültasyonlar çıkartıldığında en fazla konsültasyonun ocak aylarında (toplam 109 konsültasyon), 2. sırada mart aylarında (toplam 107 konsültasyon) istendiği görülmüştür. En az konsültasyonunsa eylül ve şubat aylarında (her iki ayda da toplam 58 konsültasyon) istendiği görülmüştür. Şubat aylarındaki konsültasyon sayılarının az olması elektronik hasta dosyası sistemine Şubat 2015'te geçilmiş olmasına bağlanmıştır. Elektronik hasta dosyasına yeni geçildiği dönemde bir süre daha konsültasyonlar yazılı konsültasyon formuyla istenmiştir. Konsültasyon istenme sayılarının mevsimsel dağılımına bakıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastaların cinsiyet durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %60,5 kadın, %39,5'unun erkek olduğu görülmüştür. Hastaların genel olarak yaşları $52,39 \pm 16,41$ arasında dağılmaktadır. Konsülte edilen hastalardan en genç hasta 17 yaşında, en yaşlı hasta 94 yaşındadır. Bu yüzden yaş standart sapması yüksektir.

Hastalar romatolojik tanılarının olup olmamalarına göre iki gruba ayrılarak incelenmiştir.

Romatolojik hastalık tanısı olan hastalardan konsültasyon isteyen kliniklerin dağılımı incelendiğinde en fazla konsültasyonun sırasıyla ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, kalp damar cerrahisinden istendiği görülmüştür. Cerrahi kliniklerden bu kadar yüksek konsültasyon istenmesi tanıli hastalarda daha çok preoperatif değerlendirme için konsültasyon istenmesine bağlanmıştır.

Tanıli hastalarımızın romatolojik tanılarının dağılımı incelendiğinde 374 hastanın 14'ünde tanı yazılmamış sadece romatolojik hastalığı olduğu belirtilmiştir;

bu 14 hastanın %50'sinde romatolojik bir hastalık saptanmamıştır. Üç hastada da tanı belirtildiği halde romatolojik hastalık olmadığı anlaşılmıştır. Beş hastanın tanısının yanlış belirtildiği görülmüştür. Bu durum çoğu zaman hekimin hastasının tanılarına hakim olmadığı, ya da hastanın romatizmal hastalığı olduğunu belirtmesiyle birlikte hasta yeterince sorgulanmadan, ilaçları incelenmeden konsültasyon istendiğini düşündürmektedir.

ARA (çocukluk çağı akut romatizmal ateşi), okronozis ve soğuk aglütinin hastalığı tanımlı dört hasta romatolojiyi ilgilendiren hastalıklar olduğu düşünülerek bize danışılmıştı.

Tedavi düzenlenmesi gerekçesiyle konsültasyon isteyen kliniklere bakıldığında %16,20 (27 konsültasyon) ile göğüs hastalıkları, %12 (20 konsültasyon) ile kardiyoloji, %10,80 (18 konsültasyon) ile gastroenteroloji, %9,60 (16 konsültasyon) ile enfeksiyon hastalıkları ve nöroloji kliniği ağırlıklı olarak konsültasyon isteminde bulunmuştur. Göğüs hastalıklarından danışılan 10 hastanın RA tanımlı olduğu; %60'ının pnömoni nedeniyle yatmakta olduğu görülmüştür. Romatolojik hastalığı olanlarda gerek aldıkları romatolojik tedavilere bağılı gerekse bu hastalara aşılama programları yeterince anlatılmadığı ve önerilmediği için enfeksiyon tablolarının normal popülasyona göre daha sık görülmesi göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları gibi kliniklerde yatış oranlarını yükselttiği düşünölmektedir.

Preoperatif değerlendirme için en fazla hasta ortopediden danışılmıştır. Danışılan hastaların 35'i (%64,8) RA tanımlıdır; 13 hasta (%37,1) diz protezi, yedi hasta (%20) kalça protezi için, sekiz hasta (%22,9) da fraktür nedeniyle konsölte edilmiştir. Total eklem replasmanı RA tedavisinde önemli bir terapötik tedavi seçeneğidir. RA'lı hastalarda total diz protezinde bildirilen başarı oranı 10 yılda %85'i aşmaktadır (74). 1974-1997 yılları arasında yapılan prospektif bir çalışmada 1600 RA hastasının %25'ine total eklem protezi yapılmıştır (75). 2010'da yapılan bir çalışmada da RA'lı hastalardaki eklem cerrahisi oranlarının 1990'lı yıllarda pik yapıp düştüğünü göstermektedir (76). Bu durum ilaç tedavisindeki değişikliklerin, biyolojik ajanların kullanıma girmesinin yararlı etkilerini yansıtmaktadır.

Tanımlı hastalardan preoperatif konsöltasyon istendiğinde ayrıntılı olarak postoperatif de önerilerde bulunulduğu halde birçok kez tedavi düzenlenmesi için tekrar konsöltasyon istendiği görölmüştür. Konsöltasyonların dikkatli okunmadığı, hekimler arasında hasta devrinde ayrıntılı bilgi verilmediği kanısına varılmıştır. Gereksiz konsöltasyonun gereksiz iş yüküne neden olduğu aşıkardır.

15 hasta romatolojik patolojinin bir diğer patolojiyle ilişkilendirilmesi nedeniyle danışılmıştır. Bunlardan Behçet hastalığı tanımlı; terminal ileit tetkik edilen hastada Behçet hastalığına bağılı GİS tutulumu düşünölmüştür. RA tanımlı hastadaki akciğer fibrozisi RA'yla ilişkilili bulunmuştur. Diğer 13 hastada romatolojik tanılarıyla ilişkilili bir patoloji düşünölmemiştir. Yani konsölte eden hekimin aksine

danışılan %86,7 (13/15) hastada romatolojik hastalığıyla ilişkili bir durum düşünülmemiştir. Romatolojik patolojiye sahip olan olguların dış servislerde yatarken primer hastalığın diğer patolojilerle yüksek oranda yanlış ilişkilendirildiği görülmüştür.

Diğer kategorisinde danışılan hastalara bakıldığında hastalık atağı ayırıcı tanısı için danışılan hastaların %87,5'inde atak saptanmamıştır. İkinci bir romatolojik hastalık şüphesiyle danışılan hastaların %62,5'i tanı almamıştır.

Tanısı olmayan hastalardan konsültasyon isteyen kliniklere bakıldığında en yüksek sayıda konsültasyon sırasıyla göğüs hastalıkları, nöroloji, enfeksiyon hastalıklarından gelmiştir. Beklenildiği gibi bu klinikler multidisipliner çalıştığımız, hastaların birçoğunu birlikte takip ettiğimiz kliniklerdir.

Ön tanı belirtme oranlarına bakıldığında sadece %30 hastada ön tanı belirtildiği görülmüştür. Bu durum primer hekiminin ayırıcı tanı yapmaksızın; “romatoloji görüşü de alınsın” diyerek konsültasyon isteminde bulunduğunu düşündürmektedir.

Tanısı olmayan hastaların romatolojik tanı alma durumları incelendiğinde hastaların %17,2'si (68 hasta) romatolojik tanı almışken %75,5'ü (298 hasta) romatolojik tanı almadığı görülmüştür. Bu oran romatologlar dışında kalan hekimlerin romatoloji konusundaki bilgi ve tecrübe eksikliğini gözler önüne sermektedir. Bu hastalara konulan romatolojik tanılara bakıldığında en fazla SLE ve ANCA ilişkili vaskülit tanısı konulduğu, bunları Sjögren sendromu ve AS'nin takip ettiği görülmüştür.

Kanada'da Gamez-Nava JI ve ark.ları tarafından yapılan çalışmada 1 yıl boyunca pratisyen hekimler tarafından romatologlara yönlendirilen hastalar taramışlar ve 711 hastayı incelemişlerdir. Hastaların %61,2'si kadın %38,8'i erkek yaş ortalamaları 49 bulunmuştur. Yüz yirmi (%16,9) hastaya romatolojik hastalık tanısı konulmuştur. Tanı konulan hastalıklar içinde en fazla RA (45 hasta) vardır. Ön tanıyla konulan tanı uyumu düşük saptanmıştır (77).

Widdifield ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada retrospektif olarak 2000-2013 yılları arasında romatologlara yönlendirilen hastalar taranmıştır. 2430 hastanın %69'u kadın, %31 erkek, yaş ortalaması 53 bulunmuştur. 722 (%30,4) hasta romatolojik hastalık tanısı almıştır. %16,1 RA, %22,4 inflamatuvar artritler, %17,3 sistemik otoimmün romatolojik hastalıklar (MBDH, belirlenemeyen bağ dokusu hastalığı, SLE, SS, diğerleri), %16,4 CPPD depo hastalığı, %10,2 SpA, %5,9 PsA, %8,9 PMR, %2,6 vaskülit tanısı almıştır (78).

Norveç'te Gran JT tarafından yapılan bir çalışmada bir yıllık süre boyunca romatoloji polikliniğine pratisyen hekimler tarafından konsülte edilen hastalar incelenmiştir. Yaş ortalaması 45,5, %73,1 kadın, %26,9'u erkektir. %49,7 sine

romatolojik hastalık tanısı konulmuştur. Sıklık sırasıyla %13,8 hasta RA, %9,1 hasta PsA, %5,3 hasta Sjögren sendromu, %2,8 PMR, %2,2 SLE tanısı almıştır (79).

Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara benzer şekilde, yukarıda yer alan çalışmalarda da konsülte edilen hastaların romatolojik tanı alma oranları düşüktür. Bu çalışmalarda en sık RA tanısı konulduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda en fazla SLE ve ANCA ilişkili vaskülit tanısı konulmuş olup bu durum üçüncü basamak bir hastane olmamız nedeniyle geniş bir hasta popülasyonumuzun olmasından ve hastaların klinik olarak daha ağır olup yatış gerektirecek hastalıklara sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla uyumlu olarak kadınların erkeklere oranı daha fazladır. Ortalama yaş da tüm çalışmalarda birbirine yakındır.

Tanı alan hastalarımızın %41,2'sinde ön tanı belirtilmiştir. %82,1 hasta ön tanısıyla aynı tanıyı almıştır. Ön tanı belirtme durumu ile tanı alma durumu arasında %95 güvenle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Schulpen ve ark.larının yaptığı bir çalışmada pratisyen hekimler tarafından romatologlara yönlendirilen 166 hasta incelenmiştir. Hastaların %27'si, erkek, %73'ü kadın ortalama yaşları 53,7 bulunmuştur. Pratisyen hekimlerin ön tanısıyla romatologlar tarafından konulan tanıda %64 oranında uyuşmazlık bulunmuştur (80).

Tunus'ta yapılan bir çalışmada Nisan-Ekim 2014 tarihleri arasında 3. basamak bir hastaneye yönlendirilen romatoloji konsültasyonları incelenmiştir. Toplamda 302 konsültasyon taranmış. Ortalama yaşları 55,34, kadın/erkek oranı 10/3 bulunmuştur. En yüksek konsültasyon isteyen pratisyen hekimler ve onu sırasıyla ortopedi, gastroenteroloji izlemiştir. Uzman hekimlerin pratisyen hekimlerden daha çok tetkik istediği görülmüş, tanı konulan hastalarda ön tanı uyumluluğu %55 saptanmıştır (81).

Yine Gran JT tarafından yapılan başka bir çalışmada 1 yıl boyunca pratisyen hekimler tarafından romatologlara konsülte edilen 254 hasta analiz edilmiştir. Hastaların %68'i kadın, %32'si erkek yaş ortalamaları 50'dir. %51,6'sında ön tanı belirtilmiştir. Ön tanı ile konulan tanının korelasyonu %44 bulunmuştur. Hastaların %35'i romatolojik tanı almıştır (82).

Yapılan çalışmalara bakıldığında (80-82) ön tanı belirtilme oranı düşük olup genelde ön tanı ile gerçek tanı arasında da uyumsuzluk mevcuttur. Konulan tanıya ön tanı uyumu bizim çalışmamızda oldukça yüksek (%82,1) görülmüştür.

Geriatri merkezinden bir çalışmada, 10 yıl boyunca romatolojiden 474 konsültasyonun istendiği bu grupta en çok gut hastalığı (86 hasta, %45,5) tanısı konduğu, 2. sıradaysa CPPD depo hastalığının (43 hasta %22,75) izlediği belirtildi (83). Bizim çalışmamızdaysa tanı alan hastalardan 15'i (%22) 65 yaş ve üzeriydi. Bu

grupta hastalar sıklık sırasıyla 3 (%20) hasta gut hastalığı, 3 (%20) hasta SS tanısı almıştır.

Kliniklere göre tanı alma durumlarına bakıldığında en başarılı klinik dermatolojidir (%26,1). Dermatoloji kliniğini sırasıyla; kalp damar cerrahisi, göğüs hastalıkları, genel cerrahi klinikleri izlemektedir.

Kalp damar cerrahisi ve genel cerrahinin konsülte ettiği hastalarda romatolojik hastalık saptanma başarısının birçok dahili branştan fazla olması oldukça şaşırtıcıdır. Bu durum birçok dahili branşın gereksiz konsültasyon istediği düşüncesinin doğurmaktadır. Bu durum iç hastalıkları kliniği için de geçerlidir. Her ne kadar klinik içi birçok hastada konsültasyon istenmeyip sözel danışılrsa da iç hastalıkları, gastroenteroloji ve onkolojinin tanı koyma başarısının en yüksek olması gerekirken alt sıralarda kalması klinik içi eğitim eksikliği şüphesi uyandırmaktadır.

Dahili ve cerrahi branşlar olarak iki genel kategoride incelendiğinde dahili branşlardan 329 konsültasyon istenmiş olup toplam 62 (%18,9) hasta tanı almıştır. Cerrahi branşlardan 67 konsültasyon istenmiş olup toplamda altı (%9,7) hasta tanı almıştır. Dahili branşların tanı koyma açısından daha başarılı olduğu görülmüştür.

Hastaların danışılma nedenleri; semptom ve klinik bulgu, radyolojik bulgu, patolojik bulgu ve laboratuvar bulgusu olmak üzere 4 alt grupta incelenmiştir. Genellikle hastalar birden fazla bulguyla danışılmıştır. En yüksek tanı alma oranı %50'yle patolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikte danışılan hastalarda olmuştur. Semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikteliği olan hastaların %44,8'i, radyolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikteliği olan hastaların %30,4'ü, semptom ve klinik bulgu+radyolojik bulgusu birlikteliği olan hastalarinsa %27,6'sı tanı almıştır. Sadece semptom ve klinik bulguyla danışılan 137 hastaninsa tanı alma oranı %11'dir. %50'yle en yüksek tanı koyma başarısı olan patolojik bulgu+laboratuvar bulgusu birlikteliği olan toplamda iki hasta vardır ve biri tanı almıştır. Grupların sayısı homojen olmadığı için danışılma nedenlerine göre tanı koyma başarısını bu yüzdelerle değerlendirmek çok sağlıklı değildir.

Hastaların danışılma gerekçelerine bakıldığında birçok romatolojik hastalık için tipik klinik bulguları olan hastaların tanı alma oranlarının oldukça düşük olduğu görülmüştür. Ağız ve göz kuruluğu olan beş hastaya da tanı konmamış olması hastaların yeterince iyi sorgulanmadığını düşündürmektedir.

Artrit bulgusu olan 40 hastadan sadece yedi (%17,5) tanesine tanı konulmuştur. Ayrıca altı hastanın artrit diye danışıldığı ancak artraljileri olduğu görülmüştür.

Retinal arter tıkanıklığı olan hastaların %2'sinde altta yatan neden dev hücreli arterittir (84). SLE, PAN, GPA'da da görülebilmektedir. Retinal ven tıkanıklığına romatolojik hastalıklar yönünden Behçet hastalığı ve lupus antikoagulanı

pozitifliğiyle ilişkisi olabilir. Bizim çalışmamızda retinal arter/ven tıkanıklığı nedeniyle konsülte edilen sekiz hastanın hiçbirine tanı konulmamıştır.

Bir çalışmada acil servise anterior üveit ile başvuran hastaların %40'ın SpA tanısı aldığı saptanmıştır (85). Sarkoidoz üveitle gelen hastaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Sarkoidoz hastalarının %20'sinde başlangıçta göz tutulumu görülebilmektedir (86). Behçet hastalarında %80 üveit görülebilmektedir (87). Sjögren sendromu, SLE, GPA'da da üveit görülebilmektedir (88-90). Üveitin romatolojik hastalıklarla birlikteliği bu kadar sıkken bize danışılan üveiti olan sekiz hastadan sadece biri AS tanısı almıştır.

Optik nöropatinin romatolojik hastalıklarla ilişkisine bakacak olursak; özellikle >70 yaş üstü hastalarda dev hücreli arterit akla gelmelidir. Optik nöropati, sarkoidozlu hastaların yaklaşık yüzde 5'inde görülür ve başlangıçtaki klinik prezentasyonu olabilir (91). Optik nöropati bağ dokusu hastalıklarının nadir bir bulgusudur. SLE'de optik sinir tutulumu, SLE'li hastaların yaklaşık yüzde 1'inde görülür ve vaskülit veya AFAS'a sekonder tromboza bağlı olabilir (92). Sjögren sendromlu 82 hastanın sekiz yıllık retrospektif bir derlemesinde yüzde 16'sında optik nörit saptanmıştır (93). GPA'da sinüs ve parasinüs bölgelerdeki inflamasyonun uzaması genellikle diğer orbital bulgularla birlikte optik nörit oluşturabilir (94). Behçet hastalığında nadir görülen görülen bir komplikasyondur (95). Bizim hastalarımızdan Optik nöropati bulgusu olan 12 hastadan sadece biri (%8,3) dev hücreli arterit tanısı almıştır.

Ateş tetkik nedeniyle danışılan 37 hastadan yedisi (%19) tanı almıştır. AFR pozitifliği nedeniyle danışılan hastalarda tanı alma oranı %22'dir. AFR ateş birlikteliğinde tanı oranı %33,3'e yükselmektedir. Nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde romatolojik hastalıklar yaklaşık %22 oranında yer almaktadır (96). Danışılan hastaların tanı alma oranlarının bu kadar düşük olması yeterince iyi ayırıcı tanı yapılmadan hastaların danışıldığını düşündürmektedir.

Romatolojik hastalıklarda farklı oranlarda akciğer tutulumu olduğunu bildiren yayınlar vardır. Fujii ve ark.larının yapmış oldukları bir çalışmada HRCT'de akciğer tutulumunun oranını %50 olarak bildirilmektedir (97). Plevral efüzyonlar genelde unilateraldir. HRCT'de plevral efüzyon %5 olguda görülmektedir (98). İnterstisyel akciğer hastalığı birlikteliği görülen hastalıklar arasında SLE, RA, SS, PM, DM, Sjögren sendromu, MBDH, AS bulunmaktadır. Bizim çalışmamızdaysa interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle danışılan 20 hastadan sadece üçü (%15) tanı almıştır. Bu hastalardan dördünde ANA pozitifliği mevcut olup hiçbirisi tanı almamıştır. Beş hastada pulmoner HT da mevcut olup bu hastalar da tanı almamıştır. Buradan da anlaşılacağı üzere hasta etraflıca değerlendirilmeden ANA istemek tanıya yardımcı olmamaktadır. Pozitif testleri olan tüm hastalarda romatolojik hastalıklar gelişmemektedir.

Pulmoner HT bağ dokusu hastalıklarının önemli komplikasyonlarından birisidir. Ön planda SS, MBDH, SLE'de görülür. Yapılan çalışmalar SS'de pulmoner HT gelişme riskinin %10 civarı olduğunu göstermektedir (99). Bizde pulmoner HT nedeniyle danışılan 19 hastadan üçü (%15,8) tanı almıştır. Tanı alan üç hastanın da ANA'sı pozitif.

ANA seroprevalansı ülkeler ve aynı ülke içindeki bölgeler arasında farklılıklar gösterebilmekle beraber %5-15 arasında bildirilmiştir (100). Türkiye'de ANA seroprevalansını belirlemek için yapılan bir tezde toplumdan seçilen 884 kişinin %14,93'ünde ANA pozitif bulunmuştur. ANA pozitif olarak saptanan ve granüler boyanma özelliği gösteren 53 serum örneğinde ANA profili çalışılmıştır. 3 kişide ANA profil negatif bulunmuştur. Diğer 50 örnekte ANA profil pozitifliği saptanmıştır. En sık Ro52 pozitif bulunmuştur (101). Satoh ve ark.larının yaptıkları çalışmaya göre ABD toplumunda en yaygın bulunan ANA profil antikoru Ro52 antijenine yönelik oluşan antikorlar olarak bildirilmektedir (102). Bizim tanı almayan ANA profil pozitifliği olan hastalarımızda da en sık Ro52 pozitifliği mevcuttur.

ANA pozitifliğiyle konsülte edilenlerde tanı alma oranı %22, sadece ANA profil pozitifliğiyle danışılarda %20, ANA+ANA profil pozitifliğiyle danışılarda ise yine %20'dir.

Ardışık biçimde immünfloresan ve ELISA testlerinin kullanılması, bir ANCA testinin pozitif prediktif değerini önemli ölçüde artırır. Üçüncü basamak bir merkezde ardışık olarak test edilen hastaları içeren bir çalışmada, ANCA ile ilişkili vaskülit için ELISA'nın (anti-PR3 ve anti-MPO antikorları için kombine test) pozitif prediktif değeri immünofloresansinkinden (83'e karşı yüzde 45) daha üstündür (103). Hem pozitif immünfloresan testleri hem de pozitif ELISA testi olan hastalar için pozitif prediktif değer yüzde 88'e yükselir.

Bizim çalışmamızda P-ANCA+MPO pozitif olan hastaların %25'i tanı almıştır. C-ANCA+PR3 pozitif olan hastaların %60'ı tanı almıştır. İzole PR3 pozitifliği olan beş hastanın hiçbiri tanı almamıştır. İzole MPO pozitifliğiyle danışılan iki hastanın ikisi de tanı almıştır. Genel ANCA pozitifliği nedeniyle danışılan hastalara bakıldığında 24 hastadan sadece altı tanesinin (%25) tanı aldığı görülmüştür. İzole C-ANCA pozitifliği olan dört hasta, izole P-ANCA pozitifliği olan dört hastanın hiçbiri tanı almamıştır. ANCA test sonuçları klinik bağlamda düşünülmelidir ve vaskülit veya glomerulonefrit tanısı genellikle doku biyopsisi gerektirir. Negatif bir ANCA testi, GPA, MPA veya böbrek sınırlı vaskülit tanısını dışlamaz ve pozitif bir test kesin tanı koydurtmaz. Hastanemizde genel olarak ANCA testi immünfloresan testiyle ya da ANCA profil olarak immünblotla istenmektedir. ELISA dış klinikler tarafından istenilen bir test değildir. Bunun sebebi muhtemel test istem bölümünde anti-PR3, anti-MPO olarak bulunmasındandır.

RF pozitifliği nedeniyle danışılan hastalardan %25'i tanı almıştır. Anti-CCP pozitifliği olan 1 hasta tanı almamıştır. Görüldüğü üzere otoantikör pozitiflikleriyle tanı alma oranları oldukça düşüktür. Tek başına otoantikör pozitifliği tanı koyma açısından yetersizdir.

10 hastada ANA istenmeden ANA profil istendiği, dokuz hastada ANCA istenmeden ANCA profil gönderildiği görülmüştür. Tetkik isterken öncelikle istenmesi gereken tetkik konusunda bilgi eksikliği olduğu, ANA+ANA profil ya da ANCA+ANCA profili birlikte istemenin tanı alma oranlarını arttırmadığı görülmektedir.

Bir hastadan danışılmadan HLA-B51 gönderilmiş ve bu hastanın tanı almamıştır. Böylesi ileri bir tetkikin danışılmadan istenmesi yerine öncesinde konsültasyon istenmesi daha yerinde olacaktır.

Kalp, akciğer transplant hazırlığı yapılan hastalardan rutin ANA, RF, ANCA gönderildiği görülmüştür. Klinik olmaksızın gönderilen antikör pozitifliği nedeniyle iki hasta danışılmıştır. İkisi de tanı almamıştır. Hastanemizde kalp ve akciğer transplantasyonu öncesi rutin olarak istenen testler içinde romatolojik testler de mevcuttur. Akciğer transplantı öncesi rutin istenmesi önerilen tetkikler içinde romatolojik testler bulunmamaktadır (104). Kalp transplantı için de istenmesi gerektiğine dair bir bilgiye literatürde rastlanmamıştır. Bu hastalarda anamnezinde romatolojik patoloji düşündürecek bulgu olmadığı halde tetkik istenmesinin ne kadar doğru olduğu tartışmaya açıktır. Belki de bu hastaların tetkik istenmeden önce romatolog tarafından görülmesi daha uygun olabilir.

6.SONUÇLAR

Romatolojik konsültasyonlarla ilgili çalışmalar yok denecek kadar azdır. Literatürde yatan hastalarla ilgili bizim çalışmamız kadar kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Daha çok romatoloji polikliniğine ayaktan konsülte edilen hastalarla ilgili çalışmalar yapıldığı görülmüştür.

Sonuçlardan da anlaşılacağı üzere tek başına laboratuvar ya da tek başına radyolojik bulguların tanı koyduruculuğu oldukça düşüktür. Romatolojik hastalıklar birden fazla sistemi tutan kompleks hastalıklardır ve çok yönlü değerlendirme gerektirir.

Genel olarak bakıldığında hastalardan tetkik istenirken basamak basamak istek yapılmadığı görülmektedir.

Hastanemizde ANA, ANCA immünfloresan yöntemiyle, ANA profil, ANCA profil immünblot yöntemiyle çalışılmaktadır. Özellikle ANA profil ve ANCA profil oldukça maliyetli testlerdir. Birçok hastada ANA ve ANA profilin birlikte istendiği, bir kısmında ANA istenmeden ilk olarak ANA profil istendiği görülmektedir. Aynı şekilde ANCA profil birçok hastada ANCA istenmeden ilk olarak istenmiştir. Bu durumda hastane için gereksiz maliyete, iş yüküne neden olmaktadır.

Birçok dahili klinikte romatolojik hastalık ayırıcı tanısı yapmak demenin; ANA, ANCA, ANA profil, RF'nin birlikte istenmesinin anlaşıldığı, fizik bakı, anamnezin ve öykünün geri planda kaldığı fark edilmiştir. Hastalardan birden fazla kez bu testlerin önceki yatışında ya da poliklinik başvurusunda gönderildiği görülmüştür. Bu durum hastaların geriye dönük laboratuvar testlerinin incelenmediği, epikrizlerin dikkatli okunmadığı ya da ayrıntılı yazılmadığını göstermektedir.

Gereksiz tetkik isteminin önüne geçmek için romatolojik tetkik isteminin kısıtlanması, bazı ileri tetkiklerin sadece romatoloji bilim dalı tarafından önerilmesi halinde çalışılması şeklinde bir yola gidilmesi uygun olabilir.

İç hastalıkları, gastroenteroloji ve onkolojiden danışılan hastalarda tanı alma oranları oldukça düşüktür. Bu durum dahiliye uzmanlık eğitimi sürecinde romatoloji açısından eksikliklerimizin olduğunu öncelikle kendi anabilim dalımız içerisinde eğitimlere daha fazla eğilmemiz gerektiğini göstermektedir.

Hastanemiz 3. basamak bir kuruluş olup hasta yelpazesi oldukça geniş bir merkezdir. Literatür taramasında daha önce yatan hastalarda bu şekilde bir çalışma yapıldığına rastlanmamıştır. Poliklinik hastalarında yapılan çalışmalara göre tanı koyma oranlarımız oldukça düşüktür. Bu durum gereksiz konsültasyon istemi yapıldığını ortaya koymaktadır.

Günümüzde tıpta uzmanlaşmanın giderek arttığı bir ortamda, konsültasyon kaçınılmazdır. Bu durum gerek uzmanlaşmanın artmasından gerekse de hastalık olgusunun çoğunlukla birden fazla sistemi ilgilendirmesinden kaynaklanmaktadır. Uzmanlaşma hem uzmanlık alanına hakim olmayı, hem de diğer uzmanlık alanlarının sınırlarını zorlamayı gerektirmektedir.

Doğru bir konsültasyon için; konsültasyonu, hastanın tedavisini yürüten hekim yazılı olarak istemelidir. Sözel olarak veya telefonla konsültasyon istenmesi uygun değildir. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedeni ve tedaviyi yürüten hekimin ön tanısı açık olarak belirtilmelidir (5). Hastaların hangi semptom ve bulguların varlığında, ne amaçla konsülte edileceklerinin bilinmesi, uygun ve zamanında istenmeyen konsültasyonlar tanının gecikmesine neden olabileceği gibi, konsültasyon amacının doğru tanımlanmaması, hasta bilgilerinin eksik verilmesi konsültasyon yapıldığı halde istenen sonucun elde edilememesine yol açabilir. Konsültasyonların klinik bilgi açısından oldukça eksik olduğu anamnez ve fizik muayeneden ziyade laboratuvar ve radyolojik sonuçlarla hastaların danışıldığı görülmüştür.

Romatoloji konsültasyonlarının daha etkin ve doğru olarak istenmesi hastaların doğru ve zamanında tanı almasını sağlayacaktır. Bu nedenle tıp eğitiminde semptom ve bulguların değerlendirilmesi konusuna daha çok ağırlık verilmesi yararlı olacaktır. Ayrıca efektif romatoloji konsültasyonu istenmesi romatoloji bilim dalının gereksiz iş yükünü azaltacak dolayısıyla ülkemizde belirgin olarak sayısal açıdan eksik romatologların daha verimli çalışmasını sağlayacaktır.

Çalışmamız romatoloji konsültasyonu ve genel olarak konsültasyon isteme pratiği konusunda eksikliklerin olduğunu, tıp ve asistanlık eğitimi sırasında bu konulara eğilmek gerektiğini ortaya koymaktadır. Doğru zamanda ve uygun şekilde istenilen konsültasyonlar hem hasta prognozunu etkileyecek hem de ilgilenen hekimlerin daha verimli ve etkin çalışmasını sağlayacaktır.

7.KAYNAKLAR

1. Erdemir AD. Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi. Güneş&Nobel Yayınları 1996 s.235, s.68-69.
2. Ertuğrul MB, Gençer P, Öztürk B, Uyar G, Öncü S, Sakarya S. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji konsültasyonları: nereden nereye? XII. Türk klinik mikrobiyoloji ve enfeksiyon hastalıkları kongresi kitabı 2005.
3. Osmanoglu A. Babam Sultanhamid. Hatıralarım. Selçuk yayınları İstanbul 1984.
4. TTB Etik Kurulu'nun konsültasyon ile ilgili görüşü. TTB Etik Kurul Görüşleri,13.05.1998.
5. Şehsuvaroğlu B N. Tıbbi Deontoloji. Geliştirilmiş 2. basıma hazırlayan. A. Terzioğlu. İstanbul; Bayda Basım Yayın, 1986: 150.
6. Atabek E. Tıbbi Deontoloji Konuları. İstanbul; Yenilik Basımevi, 1983: 94 - 100
7. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Karar sa: 4/12578,1960.
8. <http://www.hastane.ege.edu.tr/duyurular/Saglik/konsultasyon%20yonerge.doc>
9. Jeniifer M. What is rheumatologist? <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Health-Care-Team/What-is-a-Rheumatologist>, April 2015.
10. Lenz TL, Deutsch AJ, Han B, Hu X, Okada Y, Eyre S, et al. Widespread non-additive and interaction effects within HLA loci modulate the risk of autoimmune diseases. Nat Genet, 2015.
11. Arend William P, L.G.V. Approach to the patient with rheumatic disease. Goldman's Cecil Medicine, 2012. 24th ed. (Goldman Lee, Schafer Andrew I.): p. 1648-1650.
12. Stolt P, Bengtsson C, Nordmark B, Lindblad S, Lundberg I, Klareskog L, et al; EIRA study group. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. Ann Rheum Dis, 2003. 62 (9): p. 835-41.
13. Kallberg, H, Padyukov L, Plenge RM, Ronnelid J, Gregersen PK, van der Helm-van Mil AH, et al. Gene-gene and gene-environment interactions involving HLA-DRB1, PTPN22, and smoking in two subsets of rheumatoid arthritis. Am J Hum Genet, 2007. 80 (5): p. 867-75.
14. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 2012; 64(8):267-86.
15. Sandusky SB, McGuire L, Smith MT, Wigley FM, Haythornthwaite JA. Fatigue: an overlooked determinant of physical function in scleroderma. Rheumatology (Oxford) 2009; 48(2):165-9.

16. Nikpour M, Hissaria P, Byron J, Sahhar J, Micallef M, Paspaliaris W, et al. Prevalence, correlates and clinical usefulness of antibodies to RNA polymerase III in systemic sclerosis: a cross-sectional analysis of data from an Australian cohort. *Arthritis Res Ther* 2011; 13(6):R211.
17. Hogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*:2013: 65:, 2737–2747
18. Asmussen K, Andersen V, Bendixen G, Schiødt M, Oxholm P. A new model for classification of disease manifestations in primary Sjögren's syndrome: evaluation in a retrospective long-term study. *J Intern Med* 1996; 239:475.
19. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al; European Study Group on Classification Criteria for Sjogren's Syndrome. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis* 2002;61(6):554-8.
20. Hoogendijk JE, Amato AA, Lecky BR, Choy EH, Lundberg IE, Rose MR, et al. 119th ENMC international workshop: trial design in adult idiopathic inflammatory myopathies, with the exception of inclusion body myositis, 10-12 October 2003, Naarden, The Netherlands. *Neuromuscul Disord* 2004; 14:337.
21. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med*. 1975 Feb 20;292(8):403-7.
22. Lim W. Antiphospholipid syndrome. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2013; 2013:675.
23. S. Myakis, M. D. Lockshin, T. Atsumi. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 4:295-306 2006
24. Healy PJ, Helliwell PS. Classification of the spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17:395.
25. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011 Jan;70(1):25-31.
26. Exarchou S, Ulf Lindström, Johan Askling, Jonas K Eriksson, Helena Forsblad-d'Elia, Martin Neovius, et al. The prevalence of clinically diagnosed ankylosing spondylitis and its clinical manifestations: a nationwide register study. *Arthritis Res Ther*, 2015. 17(1): p. 118.
27. Raychaudhuri, S.P. and A. Deodhar. The classification and diagnostic criteria of ankylosing spondylitis. *J Autoimmun*, 2014. 48-49: p. 128-33.
28. Townes JM. Reactive arthritis after enteric infections in the United States: the problem of definition. *Clin Infect Dis* 2010; 50:247.

29. Brockbank J, Gladman D. Diagnosis and management of psoriatic arthritis. *Drugs* 2002; 62:2447.
30. Wright V, Moll JM. Psoriatic arthritis. *Bull Rheum Dis* 1971; 21:627.
31. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA)--an analysis of 220 patients. *Q J Med* 1987; 62:127.
32. Siannis F, V T Farewell, R J Cook, C T Schentag, and D D Gladman. Clinical and radiological damage in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:478.
33. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H; CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*, 2006. 54(8): p. 2665-73.
34. Van Praet L, Jacques P, Van den Bosch F, Elewaut D. The transition of acute to chronic bowel inflammation in spondyloarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2012; 8:288.
35. Veloso FT, Carvalho J, Magro F. Immune-related systemic manifestations of inflammatory bowel disease. A prospective study of 792 patients. *J Clin Gastroenterol* 1996; 23:29.
36. Zochling J, Brandt J, Braun J. The current concept of spondyloarthritis with special emphasis on undifferentiated spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44:1483.
37. Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K, Bacon PA, Churg J, Gross WL, et al. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum* 1994; 37:187.
38. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Calabrese LH, Edworthy SM, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33:1129.
39. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33:1122.
40. Sato O, Cohn DL. Polyarteritis and microscopic polyangiitis. In: *Rheumatology*, Klippel JH, Dieppe PA (Eds), Mosby, St Louis 2003.
41. Seo P, Stone JH. The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. *Am J Med* 2004; 117:39.
42. Kluth DC, Rees AJ. Anti-glomerular basement membrane disease. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10:2446.
43. FEIGENBAUM A. Description of Behçet's syndrome in the Hippocratic third book of endemic diseases. *Br J Ophthalmol* 1956; 40:355.
44. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 1990; 335: 1078-80.
45. Mills JL, Porter JM. Buerger's disease: a review and update. *Semin Vasc Surg* 1993; 6:14.

46. Shionoya S. Diagnostic criteria of Buerger's disease. *Int J Cardiol* 1998; 66 Suppl 1:S243.
47. Kelley W.N, Palella T.D. Gout and other disorders of Purine metabolism. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Volume; 2, International edition, 12th edition, 1991; p1834.
48. McCarty DJ. Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease--1975. *Arthritis Rheum* 1976; 19 Suppl 3:275.
49. Statement on sarcoidosis: joint statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS), and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 736-55.
50. Bywaters EG. Still's disease in the adult. *Ann Rheum Dis* 1971; 30:121.
51. Hoshino T, Ohta A, Yang D, Kawamoto M, Kikuchi M, Inoue Y, et al. Elevated serum interleukin 6, interferon-gamma, and tumor necrosis factor-alpha levels in patients with adult Still's disease. *J Rheumatol* 1998; 25:396.
52. Magadur-Joly G, Billaud E, Barrier JH, Y L Pennec, C Masson, P Renou, et al. Epidemiology of adult Still's disease: Estimate of the incidence by a retrospective study in west France. *Ann Rheum Dis* 1995; 54:587.
53. Sohar E, Gafni J, Pras M, Heller H. Familial Mediterranean fever. A survey of 470 cases and review of the literature. *Am J Med* 1967; 43:227.
54. Chen PP, S. Fong, and Carson DA. Rheumatoid factor. *Rheum Dis Clin N Am* 1987. 13: p. 545-568.
55. Gür A., O. P. Romatoid Artritte Laboratuvar Bulguları, in *Romatoloji*, Y.P. Ataman Ş., Editor. 2012: Ankara. p. 499-505.
56. Payet J, Goulvestre C, Bialé L, Avouac J, Wipff J, Job-Deslandre C, et al. Anticyclic Citrullinated Peptide Antibodies in Rheumatoid and Nonrheumatoid Rheumatic Disorders: Experience with 1162 Patients *The Journal of Rheumatology* 2014; 41:11; doi:10.3899/jrheum.131375.
57. Schellekens, G., B.d. Jong, and F.v.d. Hoogen. Citrulline is an essential constituent of antigenic determinants recognized by rheumatoid arthritis-specific autoantibodies. *J clin invest* 1998. 101: p. 273-281.
58. Rantapaa-Dahlqvist S, de Jong BA, Berglin E, Hallmans G, Wadell G, Stenlund H, et al. Antibodies against cyclic citrullinated peptide and IgA rheumatoid factor predict the development of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 2003. 48 (10): p. 2741-9.
59. Gür A., O. P., Romatoid Artritte Laboratuvar Bulguları, in *Romatoloji*, Y.P. Ataman Ş., Editor. 2012: Ankara. p. 499-505.
60. Yazıcı Y: Role of Laboratory Tests in Rheumatic Disorders. *Hochberg Textbook of Rheumatology*, 2011.

61. Li QZ, Karp DR, Quan J, Branch VK, Zhou J, Chong YLBF, et al. NJ (2011) Risk factors for ANA positivity in healthy persons. *Arthritis Research & Therapy*, 13:R38.
62. Maddison PJ, Stephens C, Briggs D, Welsh KI, Harvey G, Whyte J, McHugh N, Black CM, et al. Connective tissue disease and autoantibodies in the kindreds of 63 patients with systemic sclerosis. The United Kingdom Systemic Sclerosis Study Group. *Medicine (Baltimore)* 1993; 72:103.
63. Pisetsky DS. *Scand J Immunol* 2012; 76(3):223-8
64. Lopez-Longo, Rodríguez-Mahou M, Escalona M, Pérez T, Monteagudo I, Sánchez-Atrio A, et al. Heterogeneity of the anti-Ro (SSA) response in rheumatology, 1994. 21 (8): p. 1450-6.
65. Oddis CV, Okano Y, Rudert WA, Trucco M, Duquesnoy RJ, Medsger TA Jr. Serum autoantibody to the nucleolar antigen PM-scl. Clinical and immunogenetic associations. *Arthritis and rheumatism*, 1992. 35 (10): p. 1211-7.
66. Higuchi M, Horiuchi T, Ishibashi N, Yoshizawa S, Niho Y, Nagasawa K. Anticentromere antibody as a risk factor for cancer in patients with systemic sclerosis. *Clinical rheumatology*, 2000. 19 (2): p. 123-6.
67. Karassa FB, Afeltra A, Ambrozic A, Chang DM, De Keyser F, Doria A, et al. Accuracy of anti-ribosomal P protein antibody testing for the diagnosis of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: an international meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2006; 54:312.
68. Choi HK, Merkel PA, Walker AM, Niles JL. Drug-associated antineutrophil cytoplasmic antibody-positive vasculitis: prevalence among patients with high titers of antimyeloperoxidase antibodies. *Arthritis Rheum* 2000; 43:405.
69. Stinton LM, Fritzler MJ. A clinical approach to autoantibody testing in systemic autoimmune rheumatic disorder. *Autoimmun Rev* 2007; 7:77-84.
70. Kushner I. C-reactive protein in rheumatology. *Arthritis Rheum* 1991; 34:1065
71. Sox HC, Liang MH. The erythrocyte sedimentation rate. Guidelines for rational use. *Ann Intern Med* 1986 104:515
72. Thomas NG. Erythrocyte sedimentation rate, plasma viscosity and C-reactive protein in clinical practice. *British Journal of Hospital Medicine*, 1997, 58: 521-3 (a-30).
73. Arnold WJ, Ike RW. Specialized procedures in the management of patients with rheumatic diseases. Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC (eds): *Textbook of medicine*, 19th edition., W.B. Saunders Company, Philadelphia 1994, s.1503.
74. Chmell MJ, Scott RD. Total knee arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. An overview. *Clin Orthop Relat Res* 1999:54.
75. Wolfe F, Zwillich SH. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: a 23-year prospective, longitudinal study of total joint replacement and its

- predictors in 1,600 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41:1072.
76. Louie GH, Ward MM. Changes in the rates of joint surgery among patients with rheumatoid arthritis in California, 1983-2007. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:868.
 77. Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. *Br J Rheumatol*. 1998 Nov;37(11):1215-9. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians.
 78. Widdifield J, Tu K, Carter Thorne J, Bombardier C, Michael Paterson J, Liisa Jaakkimainen R, et al. Patterns of Care Among Patients Referred to Rheumatologists in Ontario, Canada. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Jan;69(1):104-114. Doi: 10.1002/acr.22910. Epub 2016 Nov 16.
 79. Gran JT, Nordvåg BY. Referrals from General Practice to an Outpatient Rheumatology Clinic: Disease Spectrum and Analysis of Referral Letters *Clinical Rheumatology* November 2000, Volume 19, Issue 6, pp 450–454| Cite as.
 80. Schulpen GJ, Vierhout WP, van der Heijde DM, Landewé RB, van der Linden S, Winkens RA. The value of joint general practitioner and rheumatologist consultations in primary care patients. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2003 Mar 8; 147 (10):447-50.
 81. Asma Bachali, Hana Sahli, Raoudha Tekaya, Ines Mahmoud, Soumaya Hedhili, Leila Abdelmoula. Analysis of referral letters to rheumatology consultation in Tunisia. *The Egyptian Rheumatologist*. Volume 39, Issue 3, July 2017, Pages 179-182.
 82. Gran JT. [Why are patients referred to outpatient clinic of rheumatology?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2001 Aug 20;121(19):2294-6.
 83. Lubart E., leibovitz A., Shapir V., Segal R. On-spot rheumatology consultations in a multilevel geriatric hospital. *Isr Med Assoc J*. 2014 Jan;16(1):33-6.
 84. Mohan K, Gupta A, Jain IS, Banerjee CK. Bilateral central retinal artery occlusion in occult temporal arteritis. *J Clin Neuro ophthalmol* 1989; 9:270.
 85. Haroon M, O'Rourke M, Ramasamy P, Murphy CC, FitzGerald O. A novel evidence-based detection of undiagnosed spondyloarthritis in patients presenting with acute anterior uveitis: the DUET (Dublin Uveitis Evaluation Tool). *Ann Rheum Dis* 2015; 74:1990.
 86. Rothova A, Buitenhuis HJ, Meenken C, Brinkman CJ, Linssen A, Alberts C, et al. Uveitis and systemic disease. *Br J Ophthalmol* 1992; 76:137.
 87. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. *Lancet* 1990; 335:1078.
 88. Rosenbaum JT, Bennett RM. Chronic anterior and posterior uveitis and primary Sjögren's syndrome. *Am J Ophthalmol* 1987; 104:346.

89. Gold DH, Morris DA, Henkind P. Ocular findings in systemic lupus erythematosus. *Br J Ophthalmol* 1972; 56:800.
90. Rosenbaum JT, Roman-Goldstein S, Lindquist GR, Rosenbaum RB. Uveitis and central nervous system vasculitis. *J Rheumatol* 1998; 25:593.
91. Liu GT. Visual loss: optic neuropathies. In: *Neuro-Ophthalmology: Diagnosis and Management*, Liu GT, Volpe NJ, Galetta SL (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2001.
92. Giorgi D, Balacco Gabrieli C. Optic neuropathy in systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome (APS): clinical features, pathogenesis, review of the literature and proposed ophthalmological criteria for APS diagnosis. *Clin Rheumatol* 1999; 18:124.
93. Delalande S, de Seze J, Fauchais AL, Hachulla E, Stojkovic T, Ferriby D, et al. Neurologic manifestations in primary Sjögren syndrome: a study of 82 patients. *Medicine (Baltimore)* 2004; 83:280.
94. Monteiro ML, Borges WI, do Val Ferreira Ramos do C, Lucato LT, Leite CC. Bilateral optic neuritis in Wegener granulomatosis. *J Neuroophthalmol* 2005; 25:25.
95. Kansu T, Kirkali P, Kansu E, Zileli T. Optic neuropathy in Behçet's disease. *J Clin Neuroophthalmol* 1989; 9:277.
96. Kinder BW, Collard HR, Koth L, Daikh DI, Wolters PJ, Elicker B, Jones KD, et al. Idiopathic nonspecific interstitial pneumonia: lung manifestation of undifferentiated connective tissue disease? *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176:691.
97. Fujii M, Adachi S, Shimizu T, Hirota S, Sako M, Kono M. Interstitial lung disease in rheumatoid arthritis: assessment with high-resolution computed tomography. *J Thorac Imaging*. 1993; 8(1):54-62.
98. Stirling RG, Bois RM. Connective Tissue Disorders in *Comprehensive Respiratory Medicine*. Ed's: Albert KR. Mosby 1999. Ch 53, pp: 53-1- 53-14.
99. Pehlivan Ö, İnanç M. Bağ dokusu hastalıklarına bağlı pulmoner arteriyel hipertansiyon. *Anadolu Kardiyol Derg* 2010; 10: Özel Sayı 1; 57-62).
100. Harrison TR, Fauci AS, Langford CA (2006). *Harrison's rheumatology*. McGrawHill Professional çev. ed. Soy M. (2007) nobel tıp kitabevi 59-66
101. Akıneden Altan 2012. "Trabzon ili erişkin yaş gruplarında anti nükleer antikör seroprevalansının belirlenmesi" yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi/ Tıp Fakültesi/ Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
102. Satoh M, Chan EK, Ho LA, Rose KM, Parks CG, Cohn RD, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of antinuclear antibodies in the United States. *Arthritis Rheum*. 64 (7): 2319-27; 2012.
103. Stone JH, Talor M, Stebbing J, Uhlfelder ML, Rose NR, Carson KA, et al. Test characteristics of immunofluorescence and ELISA tests in 856

consecutive patients with possible ANCA-associated conditions, *Arthritis Care Res* 2000; 13:424.

104. Evaluation of potential lung transplant recipients In: ©2017 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/search>

