

9 ANADOLU ROMATOLOJİ GÜNLERİ

TÜRKİYE
ROMATOLOJİ
DERNEĞİ



KONGRE GAZETESİ

13 Mayıs 2016, Cuma

TRD YÖNETİM KURULU BAŞKANININ MESAJI



Değerli katılımcılar ve üyelerimiz,

Derneğimiz ve Hacettepe Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı tarafından düzenlenmekte olan, romatoloji alanında önemli bir yeri olan 9. Anadolu Romatoloji Günleri'ne hoş geldiniz. Bilimsel açıdan özenle hazırlanmış olan bu toplantının

başarılı geçmesini ve meslektaşlarımıza katkıda bulunmasını diliyorum. Yönetim Kurulumuz 24.03.2016 tarihinde görev başlamıştır ve gerek önceki Yönetim Kurulları tarafından başlatılan faaliyetlerin sürmesi, gerekse Derneğimize katkıda bulunacak yeni etkinliklerin organizasyonu konusunda çalışmaktadır. Bu yıl 21-24 Eylül tarihlerinde bizim de desteğimizle ve üyelerimizden Dr. Doruk Erkan başkanlığında İstanbul'da düzenlenecek olan "Uluslararası Antifosfolipid Kongresi" ve Lupus Eğitim Kursu ("Bosphorus Lupus Lectures") konusunda hazırlıklar sürmektedir. Hazırlıkları süren Ulusal Romatoloji Kongremiz ise 24-30 Ekim 2016 tarihlerinde Prof. Dr. Ender Terzioğlu başkanlığında Antalya'da organize edilmektedir. Bu önemli toplantılara katkılarınızı ve katılımınızı bekliyoruz.

Yönetim Kurulumuz ayrıca İstanbul'daki Dernek Merkezimizin toplantılara hazır hale gelmesi ve internet sitemizin üyelerimize daha yararlı olacak şekilde düzenlenmesi konusunda çalışmaktadır. Bu ay içinde "6. Ankara Romatoloji Eğitim Toplantısı" ve 3-4 Haziran tarihlerinde yapılacak olan "Edirne Romatoloji sempozyumu" derneğimizin desteklediği ve üyelerimizin katkıda bulunacağı toplantılardır. Ayrıca Mayıs ayı sonunda Kıbrıs'ta yapılacak olan Akciğer Damar Hastalıkları Derneği (ADHAD) kongresinde de romatoloji alanına giren konular üyelerimiz tarafından anlatılacaktır. Bu yoğun bahar dönemi Haziran başında Londra'da yapılacak olan EULAR kongresi ile sona erecektir.

Üyelerimizin yaz dönemini hakettikleri gibi en iyi şekilde dinlenerek geçirmelerini dileriz. Yaz döneminde gelmekte olan yoğun sonbahar döneminin hazırlıkları da bir yandan yapılacak ve 2017 yılı faaliyetleri planlanacaktır. Üyelerimizin Dernek faaliyetleri ile ilgili görüş ve önerilerini şahsen veya yazılı olarak bildirmelerini, üye bilgilerini gerekiyorsa güncellemelerini ve varsa aidat borçlarını ödemelerini rica ederiz.

Düzenledikleri başarılı 2 ayrı kurs ve bilimsel program nedeniyle bizleri Türkiye'nin en güzel bölgelerinden birinde bir araya getiren Düzenleme Kurulu'ndaki değerli arkadaşlarıma; başta Kongre Başkanları Prof. Dr. İhsan Ertenli ve Prof. Dr. Sedat Kiraz ile kurs koordinatörleri Prof. Dr. Servet Akar ve Doç. Dr. Ali Akdoğan'a ve tüm katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Murat İnanç
TRD Yönetim Kurulu Başkanı



TRD'NİN MAVİSİ, BODRUM'UN MAVİSİ İLE BULUŞTU

Kursların ardından, dün gerçekleşen bilimsel oturumlar ile 9. Anadolu Romatoloji Günleri hızlı bir başlangıç yaptı. Türkbükü'nün nefis doğası, berrak turkuvaz denizinin dayanılmaz çekiciliği ve güzel hava şartlarına rağmen, katılımcılar salonları erken saatlerden itibaren doldurdular. Yoğun katılım ile gerçekleşen oturumlar sonrasında

hekimler ve endüstri çalışanları Hilton sahilinde gerçekleşen Açılış Kokteylinde buluşarak, günün yorgunluğunu atma ve sohbet etme fırsatı yakaladılar. İlerleyen saatlerde Can ve Ceyhun kardeşlerin sahne aldığı kokteylde bir sonraki gün için enerji depolayan katılımcılar etkinlikten mutlu ayrıldılar.



**FOTOĞRAFLARINIZI #2016ARG HASHTAGİ İLE
INSTAGRAM'DA YAYINLAYIN,
KONGREFOTO ALANINDA YER ALAN KİOSKTAN BASKISINI ALIN!**



PSORIATİK ARTRİT TEDAVİSİNDE GÜNCEL KILAVUZLAR



Psoriatik artrit (PsA), spondiloartrit grubu hastalıklar içerisinde yer alan, periferik eklemler, entezis bölgeleri ve omurgayı etkileyen kronik inflamatuvar bir artritir. Toplumdaki görülme sıklığı %0.1-0.2 arasında değişir; her iki cinsiyette eşit sıklıkta rastlanır. Hastalık genellikle 30-50 yaş arasında başlar. Psoriasis tanımlı hastaların %5-30'unda PsA gelişmektedir.

PsA'da hem aksiyel hem de periferik eklemlerde, değişen derecelerde tutulum olabilir; entezit ve daktilit gibi bazen tedaviye oldukça dirençli bulgular ortaya çıkabilir ve deri tutulumu değişik şiddette ve yay-

gınlıkta gelişebilir. Sonuçta; çeşitli hastalık bileşenlerini kontrol altına alabilen, hastalık aktivitesini baskımlarken, aynı zamanda yapısal hasarlanmayı da önleyen ve hastanın fonksiyonlarının bozulmadığı, kaliteli bir yaşam sürmesini hedefleyen tedavi seçeneklerini uygulamak gerekir.

PsA tedavisi için, 2015 yılında güncellenen ve bu yıl yayınlanan iki tedavi kılavuzu bulunmaktadır: Birincisi; EULAR (the European League Against Rheumatism), diğeri de GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) Önerileri... Her ikisi de yukarıda sayılan hedeflere ulaşmaya yönelik, bunun için de hastalığın tüm bileşenlerinin ve komorbiditelerin yakından izlenmesini öneren, tedavi seçeneklerinin sadece etkinlik değil, aynı zamanda istenmeyen etkiler açısından da değerlendirildiği, kanıta dayalı ve katılımcıların üzerinde fikir birliği sağladığı öneriler sunan kılavuzlardır.

EULAR kılavuzu, başlangıçtaki NSAİİ ve lokal tedavi ile yanıt alınamayan aktif hastalıkta konvansiyonel sentetik DMARD (csDMARD), bu tedaviyi izleyerek gerekirse biyolojik DMARD (bDMARD) veya targeted sentetik DMARD (tsDMARD) kullanımını önerir. İlk bDMARD olarak genellikle TNF inhibitörü ilaçların kullanılabilmesi bildirilmiştir. TNF inhibitörlerinin uygun olmadığı hastalarda, IL-12/23 (ustekinumab) veya IL-17 yolağını (secukinumab) hedefleyen bDMARD'lar; bDMARD tedavi uygun olmadığında da, tsDMARD olarak PDE-4 inhibitörü apremilastın kullanımı önerilmiştir. İlk bDMARD tedavisi başarısız olursa, diğeri bir bDMARD veya tsDMARD tedavi gündeme gelmektedir.

GRAPPA, benzer tedavi önerilerini, hastalığın altı ana bileşeni olan artrit, spondilit, daktilit, entezit, deri ve tırnak tutulumunu ayrı gruplar şeklinde değerlendirerek yapmıştır. Tedavi spektrumunda; tek başına NSAİİ ile başlayan ama bDMARD tedaviye kadar uzanan geniş bir ilaç yelpazesi yer almaktadır. Bu kılavuzda, komorbidite durumlarında ilaç kullanımı ile ilgili ayrıntılı öneriler ve olgu bazında tedavi tartışmaları de yer almaktadır.

Tedavi kılavuzları, adı üstünde, hekimlere yol gösterir ama "kesinlikle bu tedaviyi kullanacaksınız, şunu kullanmayacaksınız!" diyemez. Sunulan öneriler, bazen, bazı dış faktörlerden etkilenebilir. Genellikle devletin sağlık politikasının belirlenmesinde, bazen de hukuksal sorunlar olduğunda hekimin korunmasında yardımcı olur, bu kılavuzlar...

Büyük gelişmelerin inanılmaz bir hızla yaşandığı günümüzde, tedavi kılavuzlarının bu çalışmaların hızını yakalayabilmesi oldukça zorlaşmıştır. Şimdilerde, en azından iki yılda bir yapılmış güncellemeleri okurken, "GÜNCEL" kalabilmek adına, altı ayda bir yayınlanmış tedavi kılavuzları görmeye başlarsak şaşırılmamak gerek.

Prof. Dr. Fatoş Önen
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı



ERKEN SİSTEMİK SKLEROZ GERÇEK Mİ?

Çok erken, erken sistemik skleroz derken esasında hedef sistemik sklerozda tanının erken konulmasıdır.

Sistemik skleroz romatolojinin hem öksüz hem de yetim hastalığıdır. Hastalığın inatçı seyri ve tedavilere düşük yanıt oranları nedeniyle, sistemik sklerozu olan bir hasta ile karşılaştığımızda, diğer hastalıklarda olduğu kadar, keyif al(a)mayız. Hasta tarafından bakılacak olursa, uygulanan tüm tedavi yollarına (denenen tüm silahlara) karşın, hasta çoğu zaman tedavilerin etkinliğini gözü ile göremez veya fark edemez diyelim. Bu durum ise hastaların büyük oranda geleceğe dair olumlu beklentilerini azaltır. Keyfini önemli oranlarda kaçıran. Tedavideki başarısızlığın önemli bir nedeni tanı alan hastalarda çoğu zaman geç kalınmış olmasıdır.

Bu olumsuz tablonun tam tersine, son yıllarda sistemik skleroz konusunda yapılan araştırmaların sayısı belirgin olarak arttı. Bu çalışmaların ürünleri ise yavaş yavaş toplanmaya başlanıyor. Artan bu bilgi birikimi üzerine hastalığın patogenezi hakkında önemli ipuçlarına ulaşılmıştır. Artık hastalığın tanısı erken evrelerde konulabilmekte ve hatta daha hastalık başlamadan dahi hastalık konusunda tahminde dahi bulunulabilmektedir.

Sistemik skleroz kliniğinde deri sertliğinin başlangıcı milattır. Bu milattan öncesi 'çok erken sistemik skleroz' olarak kabul edilmektedir. Deri sertliği başladıktan sonraki ilk evre ise 'erken sistemik skleroz' olarak isimlendirilebilir. Bu evrenin yaygın cilt tutulumlu sistemik sklerozda deri sertliği sonrası ilk üç yıl; sınırlı cilt tutulumlu sistemik sklerozda ise ilk 5 yılı işaret etatiği tahmin edilmektedir. Erken sistemik sklerozdan sonra ile sırayla yerleşik ve geç sistemik skleroz evreleri yer almaktadır.

Çok erken sistemik skleroz: Raynaud fenomeni sistemik sklerozda en sık karşılaşılan ve çoğu hastada deri sertliğinden önce başlayan klinik bulgudur. Benzer şekilde, deri sertliği başlamadan önce immün aktivitenin delili olarak ANA ve bir kısım oto-antikolar pozitif olmaktadır. Bir dönem pre-skleroderma olarak bildiğimiz evre ile önemli oranlarda benzerliği vardır. Ne olursa olsun bu evrede sistemik skleroza özgü ve hastalığa adını vermiş olan deri sertliği hala yoktur.

Erken sistemik skleroz: Deri sertliği başladıktan sonraki ilk dönemdir. Bu evrenin 3 ile 5 yıl kadar sürdüğü kabul edilmektedir. Ancak, bu evre bazı hastalarda çok hızlı ilerleyebilir ve bu dönemdeki hastalığın ilerleme hızı hastalığın prognozu hakkında bilgi sunabilmektedir. Deri sertliği daha kısa sürede daha geniş alanlara yayılan hastalar daha kötü prognozludur. Deri sertliğinin yayıldığı alanın genişliğine göre sistemik skleroz sınırlı ve yaygın cilt tutulumlu olarak iki ana alt gruba ayrılmaktadır. Bu alt gruplarda hastalığın prognozu ve etkilediği iç organ tutulumları farklıdır.

Yerleşik evre sistemik skleroza gelindiğinde ise eldeki tedaviler deri sertliğini geriletmede maalesef beklentileri karşılayamamaktadır. Bu aşamada hedef sadece iç organ tutulumları ile mücadeleyi içermektedir. Erken tanı diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklarda olduğu gibi hastaların tedavisinde 'fırsat penceresi' olması beklenilmektedir. Yakın zamanlarda, yapılan ve yapılmakta olan tedaviye yönelik çalışmaların hemen hemen hepsi erken sistemik skleroz üzerinde yürütülmektedir. Her yeni günde erken tanı ve sonucunda erken tedavinin başarıları ortaya konulmaktadır.

Biraz daha geriye gidildiğinde, çok erken evre sistemik skleroz evresinde tedavi uygulamasının daha başarılı olacağı hala kanıtlanmış değildir. Diğer taraftan, bu şekilde sınıflandırılan hastaların hepsinde sistemik skleroz da gelişmemektedir. Durum bu halde olunca, güncel tartışma bu terim yerine eski göz ağrımız olan belirlenememiş (sınıflandırılmamış) bağ dokusu hastalığı adının daha doğru olacağı yönündedir.

Dün ve bugün gibi yarından önce gelen tüm zamanlar yarından erkendir. Her yarının bir erken ve hatta çok erken evresi olacaktır. Sonuçta; erken, çok erken sistemik skleroz kavramları kullanılarak yapılan çalışmalarla hastalığın patogenezi ve daha erken tanısı konusunda bilgilerimiz gelişmektedir. Bu verilerin ise hastalıkla mücadelede elimizi güçlendireceği nettir.

Prof. Dr. Süleyman Serdar Koca
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Romatoloji Bilim Dalı

Kongre mobil uygulamasının
KEYPAD olarak kullanıldığını
biliyor muydunuz?

Oturumlarda konuşmacılarımızın soracağı
sorulara mobil uygulamanız üzerinden
anında cevap verebilirsiniz.



Mobil uygulamayı
indirmek için
cep telefonunuz ile
karekodu okutabilirsiniz.



Kongre Mobil

Konuşmacı sunularından, kongre fotoğraflarına; bildiri özetlerinden, Kongre Gazetesine kadar uzanan geniş medya içeriği, Kongre Mobil Uygulaması ile her an yanınızda...

UROK 2016
MOBİL UYGULAMASI





DÜNYADA HER YARIM SAATTE LİZOZOM DEPO HASTALIĞI OLAN BİR ÇOCUK DÜNYAYA GELMEKTEDİR

Mukopolisakkaridozlar (MPS) adı verilen hastalıklar lizozom depo hastalıkları grubunda bulunan bir hastalık grubudur. MPS hastalarında uzun zincirler halinde bulunan şekerleri parçalayan enzim eksiklikleri vardır ve yeterince parçalanamayan bu mad-

deler hücrelerde birikir. Bu durum hücre ve organ hasarına, hastanın görünümüne yansıyan bir takım bozukluklara yol açar. Pek çok vakada fiziksel görünüm, vücut fonksiyonları ve mental durum etkilenir.

Hastalığın belirtileri esas olarak çocuk yaş grubunda ortaya çıkar. Hastalık kalıtsal olarak geçmektedir. Her yarım saatte bir lizozom hastalığı bulunan bir çocuk dünyaya gelmektedir. Lizozomal depo hastalıklarından olan MPS'nin prevalansı 1/20.000 olarak tahmin edilmektedir.

MPS'nin alt grupları bulunmaktadır. Farklı özellikleri olmakla birlikte birçok ortak yönleri de vardır; gelişme geriliği, kaba yüz görünümü, dudaklarda kalınlaşma, deride kalınlaşma, nörolojik bulgular (nöbetler, hiperaktivite, depresyon, idarr ve gaita inkontinansı), iskelet sistemi bulguları (eklemlerde sertlik, kontraktür, hareket anomalileri, kemik boyları ve şekillerinde bozukluklar), konuşmada bozukluk, işitme problemleri, katarakt, hepatosplenomegali, akciğer ve kalp tutulumu gibi.

Hastalığın şiddeti ilgili enzimin etkilenme derecesi ile ilişkilidir, bu nedenle tüm hastalarda hastalık şiddeti farklı seyreder. İlerleyici bir seyri vardır. Yaşam süresini temel olarak hastalığın tipi ve şiddeti belirler.

Gebe MPS'lerde doğacak çocuğun hasta olup olmadığını saptamak için gebeliğin 14-17. haftalarında amniyosentez yapılabilir. Yine 8-10. haftalarda yapılacak koriyon villus biyopsisi de tanıya yardımcıdır.

Hastalığın tedavisinde önceleri kemik iliği nakli kullanılıyordu. 2003 yılından beri eksik olan enzimin yerine konmasına yönelik ilaçlar üretilmeye başlamıştır. Özellikle akciğer ve iskelet semptomlarına bu tedavinin faydalı olduğu görülmüştür, santral sinir sistemi bulgularında ise etkinliği daha azdır.

Prof. Dr. Mehmet Sayarlıoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı



ROMATOLOJİDE "METABOLOMICS"

Son yıllarda sıkça duyduğumuz 'OMICS' ailesinin son üyesi olan metabolomics, enerji ve metabolit regülasyonun biyokimyasal yollarda yer alan protein ve enzimler üzerine etkisini inceler. Bu etkileşimlerin çeşitli hastalıkların patofizyolojisini

açıklamada, biyomarker saptamada, tedavi yanıtını öngörmeye ve prognozu değerlendirmede rolü olabileceği düşünülmüş ve pek çok araştırmaya konu olmuştur.

Şimdiye kadar koroner arter hastalığı, ülseratif kolit, multiple skleroz ve çeşitli oftalmolojik hastalıkların tanısı ve seyri hakkında yapılan metabolomics çalışmaları yapılmıştır. Yakın zamanda da bu konuyla ilgili pek çok romatizmal hastalıkta benzer çalışmaların sonuçları yayınlanmaktadır.

Çalışmaların önemli bir kısmına konu olan romatoid artrit (RA)'da ilk bulgular artmış inflamasyonun sinoviyada laktat düzeyinde artış ve glukoz düzeylerine azalmaya sebep olduğu göstermiş. Bu noktadan yola çıkılarak yapılan diğer çalışmalarda, RA hastalarında metotreksat ve biyolojik ajanlara yanıt veren ve vermeyen hastalarda farklı metabolit profilleri olduğu saptanmış ve tedaviye yanıtın öngörülebileceği konusunda umut vaat etmiştir.

Tanıya yardımcı herhangi bir otoantikorun olmadığı ankilozan spondilit (AS) hastalarında yapılan bir metabolomic çalışmada ise akut faz yanıtında veya doğal immun sistemde yer alan bazı moleküllerin biyomarker olarak kullanılabilirliği saptanmıştır.

Zaman zaman tanıda güçlük çekilen RA ve periferik eklem tutulumlu psöriatik artrit veya seronegatif artritler ve Behçet hastalığının ayırımında da metabolit analizlerinin faydalı olabileceği belirtilmekte, hatta tek bir hastalığın farklı seyirli alt gruplarının olduğu ve metabolomic çalışmalarıyla bunların da ayırt edilebileceği, bir nevi hastalık yoktur hasta vardır ilkesinin kanıtları olduğu öne sürülmektedir.

Kısaca, metabolit çalışmaları hastalıkların erken tanı, seyri, tedaviye yanıtını öngörmeye non-invaziv bir yöntem olarak gelecekte ön plana çıkmayı vaat etmektedir. Ancak unutulmalıdır ki, mevcut çalışmalar hasta sayılarının az olduğu dar kapsamlı çalışmalar olup daha geniş hasta gruplarının dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Doç. Dr. N.Şule Yaşar Bilge

Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi



BEYİN, STRES VE İMMÜN SİSTEM

Beyin ve immünite, insan bedenini dış etkenlerden korumak üzere evrimleşmiş oldukça karmaşık, dinamik ve interaktif mekanizmalarla işleyen, iki ayrı yaşamsal sistemdir. Santral sinir sistemi (SSS) ve immün sistem arasında, iki yönlü ve yakın bir ilişki ağı bulunmaktadır.

Nöroimmunomodülasyon, özellikle stresli durumlarda santral sinir sistemi ile immünite arasında oluşan fizyolojik, histolojik ve fonksiyonel değişikliklerin incelendiği bir çalışma alanıdır. Beynin stresle başa çıkma kapasitesi, hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aks tarafından kontrol edilir. Strese yanıt sisteminde, HPA aksında hiperaktivite ile kendini gösteren düzen-sizlik, doğal ve adaptif immün sistemde değişikliklere yol açar.

Romatoid artritli (RA) hastalarda yapılan çalışmalarda majör yaşam streslerinin hastalıkta alevlenme veya iyileşme şeklinde farklı etkileri olabileceği gözlenmiştir. Buna karşın minör yaşam streslerinin (bireyi strese sokan günlük iş, aile, sosyal yaşamda karşılaşılan veya ekonomik stresler), RA klinik seyriinde alevlenmelere yol açabildiği saptanmıştır. Stresle bozulan Helper T (Th) ve Regülatör T (T-reg) hücre alt grup oranları, proinflamatuvar sitokinlerde artma sağlıklı bireylerde de immün dengeyi bozarak otoimmüniteyi tetikleyebilir. Romatoid artritte bilişsel davranışçı tedavi (BDT), duygulanım paylaşma, Tai-chi, Yoga ve hastanın egzersiz ve gevşeme konusunda eğitimi gibi değişik yöntemler ağrı ve depresyonda azalma, kas gücünde artma ve hastanın özyeterliliği geliştirmede faydalı olmaktadır (1).

Duyguların hissedilmesi, ifade edilmesi ve algılanması evrimsel bir süreçtir. Duygular; davranışları ve SSS tarafından belirlenen çeşitli fizyolojik ve immün reaksiyonları etkilemek üzere tasarlanmıştır. Optimist(iyimser) bireylerin genel duygudurumunun iyi olması yanında daha yüksek helper T hücreleri ve natural killer hücre sitotoksitesi olduğu saptanmıştır. Kişisel gelişme ve anlamlı yaşam hedeflerini içeren eudaimonic iyilik halinde, daha dengeli bir sistem konfigürasyonunu yansıtan immün biyomarkerlar gözlenmektedir (2).

Sonuç olarak, bilimsel araştırmalar ışığında stresle başa çıkma ve gevşeme terapileri akılcı ve etkin yardımcı tedavi yöntemleridir.

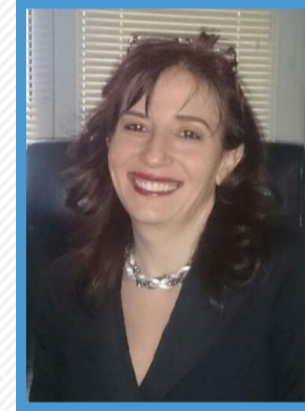
Yararlı ve verimli bir kongre diliyorum.

Prof. Dr. Şeminur Haznedaroğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları-Romatoloji Bilim Dalı

Kaynaklar:

1. McCray CJ, Agarwal SK. Stress and autoimmunity. Immunol Allergy Clin N Am. 2011 (31): 1-18.
2. Barak Y. The immune system and happiness. Autoimmunity Reviews 2006 (5): 523-27



EGZERSİZ BİR ANTIİNFLAMATUVAR İLAÇ OLABİLİR Mİ?

İnflamasyon dış ve iç etkenlere karşı vaskülerize dokunun dinamik yanıtıdır. Koruyucu bir yanıtıdır ve onarım sürecini başlatır. Ancak zaman zaman kontrolden çıkar ve rahatsızlık verici sonuçları olur. Ankilozan spondilit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, idiopatik inflamatuvar myopatiler gibi otoimmün hastalıklarda ağrı, kronik yorgunluk, depresyon gibi semptomlar fiziksel fonksiyonlarda, aktivitede ve sonuçta yaşam kalitesinde azalmaya neden olurlar ki bu süreçte temel aktör inflamasyondur. Bahsi geçen romatizmal hastalıklarda inflamasyonu baskılamak temel hedefdir. Bu amaçla nonsterooid antiinflamatuvar ilaçlardan biyolojik tedavilere uzanan ilaçlar kullanılmaktadır. Egzersizin romatizmal hastalıklarda klinik ve fonksiyonel duruma olumlu etkileri çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

Romatoid artrit ve ankilozan spondilit egzersizin üzerinde çalışıldığı en sık hastalıklar olmakla birlikte, eskiden egzersizin semptomları şiddetlendireceği düşünülen idiopatik inflamatuvar myopatilerde bile faydalı etkiler gözlenmiştir. Egzersizin bu faydasının antiinflamatuvar etkisine bağlanıp bağlanmayacağı, yani egzersizin antiinflamatuvar bir ilaç olup olmadığı son yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. Düzenli egzersizin mortaliteye yol açan tüm nedenlere karşı koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. En sık mortaliteye yol açan kardiyovasküler hastalıklar ve Tip2 diyabette hatta kolon ve meme Ca gibi malinitelerde düşük dereceli kronik inflamasyon olduğu bilinmektedir. "Egzersizin bu hastalıklardaki koruyucu etkisi egzersizin antiinflamatuar mekanizmadan kaynaklanabilir mi?" sorusu çeşitli çalışmalara konu olmuştur. Egzersiz sonrası özellikle IL6 da 50-100 kata varan bir artış olmaktadır. Bu artışla birlikte antiinflamatuar sitokinlerden IL10, IL1 reseptör antagonisti (IL1ra), soluble TNF reseptörlerinde de artma gözlenmektedir. Yapılan çalışmalar bu sitokinlerin kaynağının kandaki immün sistem hücreleri değil bizzat iskelet kası olduğunu işaret etmektedir. İskelet kasından salınan bu sitokinlere "miyokin" adı verilmiş ve miyokinlerin endokrin ve parakrin etkilere sahip olduğu gösterilmiştir. İntramusküler kaynaklı IL6'nın bilinen proinflamatuvar etkisinden çok antiinflamatuar etki gösterdiği, TNF alfa'yı azaltıp antiinflamatuar sitokinleri arttırdığı bilinmektedir.

Sonuç olarak şu anki bilgilerle egzersizin bir antiinflamatuvar ilaç tedavisinin yerine geçebilecek kadar güçlü olmasa da hafif derecede inflamasyonda faydalı etkileri olduğu ve romatizmal hastalıklarda klinik parametrelerde düzelmeye neden olduğu açıktır.

Prof. Dr. Lale Altan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD.

