

BÖLÜM 18

POLİSERÖZİT AYIRICI TANISINDA SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS

Abdüsselam ŞEKERCİ ¹
Canberk TABAKOĞLU ²
Nilüfer Alpay KANİTEZ ³

GİRİŞ

SLE, heterojen klinik bulgularla seyreden, otoimmün kökenli kronik bir hastalıktır. Deri, eklem, hematolojik sistem, böbrek, santral sinir sistemi ve seröz zarlar başta olmak üzere birçok organı tutabilir. ACR/EULAR 2019 sınıflandırma kriterlerinde serozit, tanısallık kriterleri arasında yer almaktadır (1). Seröz tutulum genellikle plevral veya perikardiyal efüzyon ile prezente olur; klinik olarak dispne ve göğüs ağrısı tablolarıyla karşımıza çıkabilir (2).

Literatürde SLE'nin plevral efüzyona ek olarak nadiren kardiyak tamponadla da başlayabildiği bildirilmiştir (3). Bu nedenle serozit, yalnızca tanı kriteri değil, aynı zamanda erken mortalite ve morbiditeyi belirleyebilecek kritik bir bulgudur. Enfeksiyon ve malignite gibi daha sık nedenlerden ayırt edilmesi güç olduğundan, klinisyenlerin serozit bulgularını dikkatle değerlendirmesi gerekir. Çeşitli çalışmalarda, nedeni açıklanamayan seröz efüzyon varlığında bağ dokusu hastalıklarının – özellikle de SLE'nin – ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır. Çünkü serozit, SLE'nin ilk klinik bulgusu olabilir ve erken dönemde fark edilmediğinde tanıda gecikmeye yol açarak organ hasarı ve mortalite riskini artırabilmektedir (2,4). Ayrıca, SLE sınıflandırma kriterlerinde

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD., dr.asekerici@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-5849-7545

² Arş. Gör. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD., dr.berko5@gmail.com, ORCID iD: 0009-0006-0781-9192

³ Prof. Dr. Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD., Romatoloji BD., nkanitez@ku.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-1185-5816

lenmesi eşlik ediyorsa glukokortikoid dozu 0,5–1 mg/kg/gün düzeylerine çıkarılabilir; ağır olgularda kısa süreli IV metilprednizolon pulsaları (250–1000 mg/gün, 1–3 gün) uygulanabilir. Steroid-bağımlı veya rekürren serozitte, metotrekstat (MTX), azatiyoprin veya mikofenolat mofetil (MMF) gibi immünsüpresanlar, glukokortikoid dozunu azaltmak amacıyla önerilir (9,10). Bizim vakamızda HCQ ve kolşisine karşın rekürrensler görüldüğünden MTX + pulse steroid + MMF eklenmiş ve remisyon sağlanmıştır. Hastamızın yönetimi ve uygulanan tedavi stratejisi, SLE’de tedaviye yanıtın yakın takiplerle değerlendirilmesinin ve gerektiğinde ileri basamak tedavilere geçilmesinin önemini vurgulamaktadır.

SONUÇ

Serozit, SLE’nin nadir fakat klinik açıdan önemli prezantasyonlarından biridir. Plevral ve perikardiyal efüzyon ile başvuran olgularda enfeksiyon ve malignite dışlanmalı, immünolojik testlerle bağ dokusu hastalıkları araştırılmalıdır. ANA pozitif bulunan hastalarda ENA profili ile spesifik antikorların tespiti tanıya yardımcı olabilir. Erken tanı ve uygun tedavi, morbidite ve mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

Sonuç olarak, bizim olgumuz SLE’de serozit tablosunun klinik yaklaşımını ortaya koymaktadır. Anti-Ku pozitifliği gibi nadir immünolojik bulguların değerlendirilmesi, kas tutulumu ve overlap sendromları açısından dikkatli olunması, tedavi basamaklarının uygun şekilde ve zaman kaybetmeden uygulanması gerektiği anlaşılmaktadır. Literatürdeki benzer vakalarla kıyaslandığında, erken tanı ve bireyselleştirilmiş tedavi stratejilerinin morbiditeyi azalttığı ve hastalık remisyonunu sağladığı görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aringer M, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(9):1400-1412.
2. Cojocaru, Manole et al. “Manifestations of systemic lupus erythematosus.” *Maedica vol. 6,4* (2011): 330-6.
3. Amro, Alhareth M et al. “Systemic Lupus Erythematosus Presenting as Cardiac Tamponade and Pleural Effusion: A Case Report.” *Cureus vol. 16,1* (2024).
4. Liang, Yan et al. “The prevalence and risk factors for serositis in patients with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study.” *Rheumatology international vol. 37,2* (2017): 305-311.
5. Ryu, Seungwon et al. “Associates and predictors of pleurisy or pericarditis in SLE.” *Lupus science &*

- medicine vol. 4,1 e000221. 23 Oct. 2017, doi:10.1136/lupus-2017-000221
6. Franceschini, Franco et al. "Anti-Ku antibodies in connective tissue diseases: clinical and serological evaluation of 14 patients." *The Journal of rheumatology* vol. 29,7 (2002): 1393-7
 7. Mimori, Tsuneyo. "Clinical significance of anti-Ku autoantibodies--a serologic marker of overlap syndrome?" *Internal medicine (Tokyo, Japan)* vol. 41,12 (2002): 1096-8
 8. La, Céline et al. "Anti-Ku Antibodies: Clinical Associations, Organ Damage, and Prognostic Implications in Connective Tissue Diseases." *International journal of molecular sciences* vol. 26,15 (2025): 7433
 9. Fanouriakis A, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(1):15–27
 10. You, Yijun et al. "Mycophenolate Mofetil and New-Onset Systemic Lupus Erythematosus: A Randomized Clinical Trial." *JAMA network open* vol. 7,9 e2432131. 3 Sep. 2024