

# **Romatolojik Hastalıklarda Tedavi Öncesi Değerlendirme**

**Dr. Mehmet Engin Tezcan  
28.4.23**

- 1) Biyokimyasal parametreler
- 2) Tam kan sayımı
- 3) İdrar tetkiki
- 4) Akciğer grafisi
- 5) Komorbiditeler
- 6) Hepatit
- 7) Enfeksiyon
- 8) Kemik sağlığı
- 9) Konsepsiyon önerileri

# Biyokimyasal parametreler

**GFR** ilaç ve doz seçiminde etkili olabilir.

# Biyokimyasal parametreler

Metotreksat GFR < 60 ml/dk doz ayarlanmalı

*GFR:15-60 ml/dk %50*

*GFR < 15 ml/dk %30*

*Pratikte 60 ml/dk altında dikkatli ve 10 mg/hafta (4 tablet) geçmeyecek şekilde başlanması uygun*

# Biyokimyasal parametreler

Sülfosalazin GFR < 60 ml/dk dikkat

*Titre ederek başladığımız için yakın takip*

Hidroksiklorokin GFR ile paralel daha yakın göz takibi

Glukokortikoid tedavileri enfeksiyon risk açısından

# Biyokimyasal parametreler

Leflunamid tedavisi ile doz ayarlaması gerekmez

*Yine de daha sık takip*

Azatiopurine GFR<30 ml/dk'a kadar aynı dozda verilebilir

Mikofenolat mofetil < 60 ml/dk sonrası dikat. 2 gr/gün dozuna aşmamalı

Biyolojik ilaçlar, enfeksiyon riski artış

# Biyokimyasal parametreler

**Transaminazlar ilaç ve doz seçiminde etkili**

# Biyokimyasal parametreler

Metotreksat karaciğer fibrozisi ile ilişkili ve hepatosteatoz varlığında artmış risk

*Düşük doz veya alternatif*

*Kronik karaciğer kaçınmak lazım*

*NASH ancak transminazlar normal ise düşük doz*



# Biyokimyasal parametreler

Leflunamide kronik karaciğer problemleri ve transaminaz  $> \times 2$  kat dikkat

*Kontrolde yükselirse doz azaltılabilir. (20 mg > 10 mg)*

Mikofenolat mofetil

*Yakın takip, etkili formu artabilir.*

# Tam Kan Sayımı

Kemik iliği rezervi düşük özellikle yaşı hastalarda daha yakın takip

Metotreksat, sitopeni riski yanlış kullanma ve TMP-SX ile dikkat

Leflunamid

Sülfosalazin ilk dönem

Hidroksiklorokin, steroid güvenli

Azatiopürine>>> Thiopurine S-methyltransferase (TPMT) eksikliđinde

# Tam Kan Sayımı

Siklofosamid 10-15. günde

JAK inhibitörleri

Mikofenolat mofetil dikkat (ilk 6 ay içinde)

# İdrar tetkiki

Proteinüri ve hematüri varlığı dikkat

Böbrek tutulumu açısından uyarıcı olabilir

RTA açısından tanı

# Akciğer grafisi

Hastalıklar tanı anı veya seyrinde akciğer tutulumu gelişebilir. Bazal akciğer grafisi

Tbc ve enfeksiyon varlığı

# Komorbiditeler ve ilaç etkileşimleri

Mutlaka etkileşimlere bakılmalı

İlaç seçiminde etkili olabiliyor. Multiple komorbidite immunsupressif dikkat

HT, hiperlipidemi, DM özellikle dikkat.  
İnflamatuvar hastalıklar en sık ölüm nedeni  
kardiyovasküler hastalıklar

# Komorbiditeler ve ilaç etkileşimleri

Siklosporine  $\leftrightarrow$  Kolşisin

Warfarin  $\leftrightarrow$  Azatiopurine

Kolşisin  $\leftrightarrow$  Statin

Kolşisin  $\leftrightarrow$  Klaritromisin

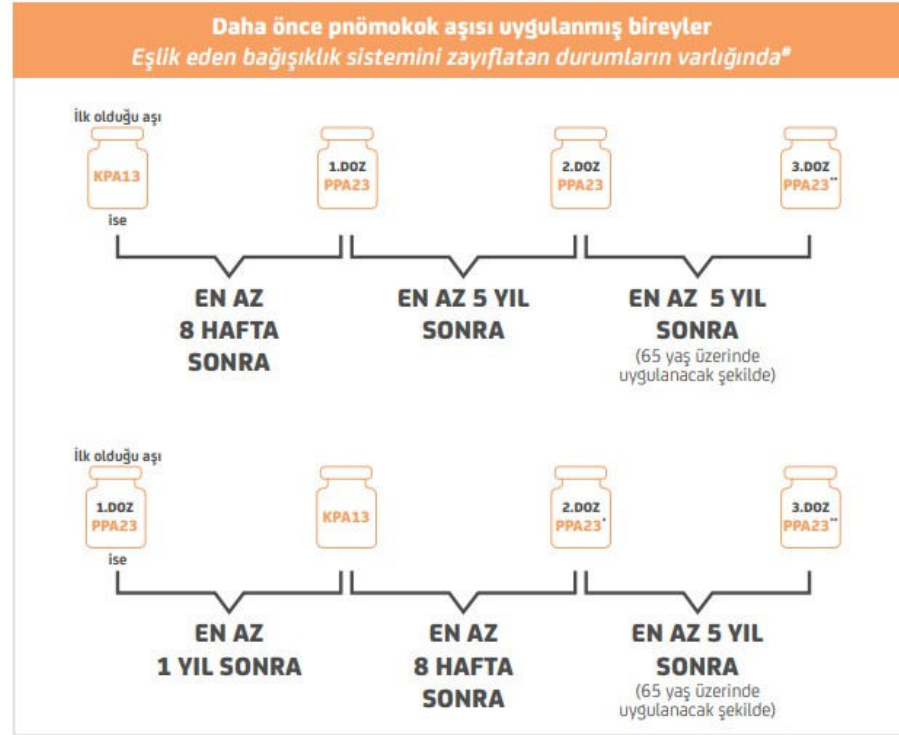
# Erişkin aşılama

Hepatit B serolojisi >> Bağışıklık yoksa 0-1-6.  
aylarda aşılama

Yıllık influenza aşısı



# Erişkin aşılama



# Erişkin aşılama

Tedaviye başlamadan 2 hafta önce uygulanması ile aşı etkinliği artar.

# Hepatit

İnaktif veya taşıyıcıda profilaksi düşünülebilir.  
(HBs-Ag, Anti-Hbc Ig G ve Anti-Hbs, anti-HCV)

Yüksek riskli	Orta riskli	Düşük riskli
>%10	%1-10	<%1

## Serolojik duruma göre reaktivasyon riskleri

Risk durumu	Seroloji
<b>Yüksek</b>	HBsAg pozitif, HBeAg pozitif/negatif, HBV DNA>2000 İÜ/ml
<b>Orta</b>	HBsAg negatif, Anti-HBc IgG pozitif, Anti-HBs negatif
<b>Düşük</b>	HBsAg negatif, Anti-HBc IgG pozitif, Anti-HBs pozitif

# Hepatit

Yüksek risk >>> Rituksimab ve prednisolone eşdeğeri >20 mg/gün

Orta risk >>> Biyolojik ve ileri tedaviler

Düşük risk >>> Metotreksat, azatiopurine ve leflunamide

Ancak hepsinde profilaksi yapıyoruz.  
Sülfosalazin ve hidroklorokin gerek yok

# Hepatit

Profilaksi 2 hafta önce başlamak ideal. Aynı anda da başlanabilir.

Tedavi sonrası 12 ay devam

Entakavir ve tenofovir

# Hepatit

Hepatit C pozitif hastalarda bazal HCV RNA

Tedavide KcFT ve HCV RNA takibi

HIV taraması en azından biyolojik DMARD'lar  
öncesi akılda tutulmalı

# Enfeksiyon

Aktif enfeksiyon sırasında hayatı tehdit eden durumlar dışı ertelenebilir.

Tbc Dikkat!!! (PPD/Quantiferon/PAAG)

*Prednisiolone >15 mg/gün >1 ay*  
*TNF-alfa inhibitörleri*

Isoniazid 6 ay

Rifampisin 4 ay

# Enfeksiyon

Pnömosistis Jirovecii profilaksisi

Steroid > 15-30 mg ve >2-4 haftadan uzun  
Siklofosamid

TMP/SX (800/160 mg'lık fort tableti haftada üç  
kez)



# Konsepsiyon/Emzirme

Gebelik varlığı ve isteği tedavide önemli

Leflunamide 2 yıl veya aktif  
kömür/kolestramin ile temizleme

Metotreksat/MMF/Siklofosfamid/Non-anti-  
TNF ileri tedaviler ön planda tercih edilmez.

# Konsepsiyon/Emzirme

## *Emzirme*

Leflunamide/Metotreksat/MMF/  
Siklofosfamid/Non-anti-TNF ileri tedaviler ön  
planda tercih edilmez.

## Osteoporoz risk faktörleri

*Kadın*

*Postmenopozal*

*İleri yaş*

*Sedanter yaşam*

*Aile atipik kırık veya OP bağlı kırık hikayesi*

*Sigara ve alkol tüketimi*

Ca ve Vit D 1200 mg/800-1000IU

# Kemik Sağlığı

Prednisiolone eşdeğeri  $> 7.5\text{mg/gün}$  ve  $> 3$  ay ise dikkat

Bazal ve yıllık KMD

Kalsiyum desteęi

# Glukokortikoidler

Tedavi öncesi nelere dikkat edelim?

*Kronik infeksiyonlar ( Tbc, hepatit B ve C)*

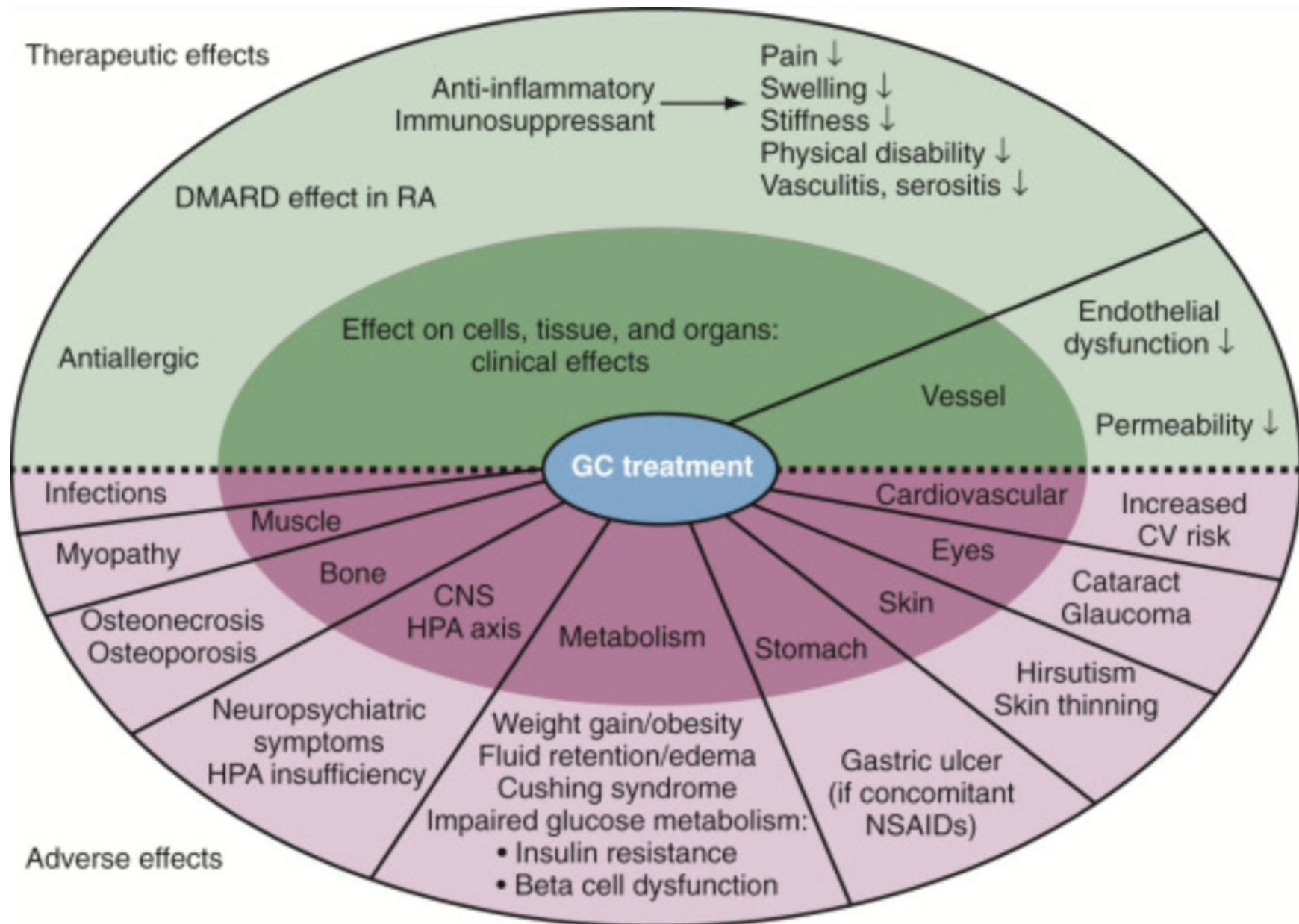
*Glukoz intoleransı (açlık şekeri)*

*Osteoporoz (3 aydan uzun veya >7,5 mg kritik)*

*Gastrointestinal erozif hastalıklar*

*Hipertansiyon/Kardiyovasküler risk*

*Mental değerlendirme*



## Diğer

Seronegatif inflamatuvar durumlarda, alttan neoplazi veya kronik enfeksiyon çıkabilir

Aksiyel tutulumlarda brucella akla gelmeli

Eklem tutulumu varsa bazal grafiler ayırıcı tanı ve takipte rol oynayabilir

Diğer

TEŞEKKÜRLER

