



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**



**PRİMER SJÖGREN SENDROMLU VE ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ  
HASTALARDA HASTA KÖKENLİ ÖLÇEKLER (YORGUNLUK,  
YAŞAM KALİTESİ, RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRİLMESİ,  
PİTSBURG UYKU KALİTESİ, BASDAI, BASFI, SS EULAR  
İNDEKSLERİ) VE HASTALIK AKTİVESİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Celal İDEMEN  
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. T. Murat TURGAY**

**Ankara  
2016**





**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**



**PRİMER SJÖGREN SENDROMLU VE ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ  
HASTALARDA HASTA KÖKENLİ ÖLÇEKLER (YORGUNLUK,  
YAŞAM KALİTESİ, RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRİLMESİ,  
PİTSBURG UYKU KALİTESİ, BASDAI, BASFI, SS EULAR  
İNDEKSLERİ) VE HASTALIK AKTİVESİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Celal İDEMEN  
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. T. Murat TURGAY**

**Ankara  
2016**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**PRİMER SJÖGREN SENDROMLU VE ANKİLOZAN SPONDİLİTLİ  
HASTALARDA HASTA KÖKENLİ ÖLÇEKLER (YORGUNLUK, YAŞAM  
KALİTESİ, RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRİLMESİ, PİTSBURG UYKU  
KALİTESİ, BASDAI, BASFI, SS EULAR İNDEKSLERİ) VE HASTALIK  
AKTİVESİ İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Celal İDEMEN  
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. T. Murat TURGAY**

**Ankara  
2016**

## ÖNSÖZ

Tıp Fakültesi eğitimimi tamamladıktan 18 yıl sonra başladığım uzmanlık eğitimine, Türkiye Cumhuriyeti kurulduktan sonra açılan ve Cumhuriyetin kuruluş ilkelerine, Atatürkçülüğe, laik, demokratik, sosyal devlet anlayışına bağlı olan cumhuriyetin ilk tıp fakültesinin bireyi olmaktan her zaman gurur duydum. Uzmanlık eğitimime katkıda bulunan öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Bana tez öğrencisi olma onurunu yaşatan Sayın Prof. Dr. T. Murat Turgay'a ve nezdinde Romatoloji Bilim Dalı kliniği öğretim üyelerine en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunuyorum.

Uzmanlık eğitimine başladığım dönemde İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı olan Sayın Prof. Dr. Nahide KONUK 'a ayrıca teşekkür ederim.

Her zaman çok saygı ve minnet duyduğum, kendisi ile çalışmaktan gurur duyduğum ve çok şeyler öğrendiğim İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Kenan ATEŞ' e teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanması sırasında her zaman görüşünü aldığım ve en yoğun olduğu dönemlerde bile zaman ayırarak önerileri ile tezimin çok daha iyi sonuçlanmasını sağlayan Romatoloji Uzmanı Uzm. Dr. Orhan KÜÇÜKŞAHİN' e teşekkür ederim.

Tezimin etik kurula başvuru kısmından itibaren basıma hazırlandığı ana kadar yardımlarını esirgemeyen, çok büyük katkı sağlayan Uzm. Dr. Seçkin ÖZGÜL 'e minnet ve teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimimim boyunca bana desteklerini, arkadaşlıklarını ve samimiyetlerini esirgemeyen uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanma sürecinde istatistiksel analiz esnasında katkılarından dolayı Zeynep GENÇTÜRK'e, teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimi yapmam için bana destek olan ve 4 yıllık zorlu bir sürece girmemi sağlayan sevgili annem F. Bedia İDEMEN 'e, tıpta uzmanlık sınavına hazırlandığım dönem ve uzmanlık eğitimi sürecinde maddi ve manevi desteğini her zaman hissettiğim sevgili kayınvalidem Vasfi'ye GÜRSOY 'a teşekkür ederim.

Dünyaya geldiği andan itibaren bana enerji veren biricik oğlum Ç. Emre İDEMEN 'e ve yıllar sonra girmiş olduğum bu zorlu süreçte sabır ve özveri ile beni destekleyen canım eşim Aslı İDEMEN 'e teşekkürlerimi sunarım.

# ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

## TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Dr.Celal İdemen	Sınav tarihi: 20 /09 / 2016
Anabilim/Bilim Dalı : İç Hastalıkları A.B.D.	
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Murat Turgay	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Primer Sjögren Sendromlu ve Ankilozan Spondilitli Hastalarda Hasta Kökenli Ölçekler (Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Ruhsal Durum Değerlendirilmesi, Pitsburg Uyku Kalitesi, Basdai, Basfi, SS Eular İndeksleri) ve Hastalık Aktivitesi İle İlişkisi	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	<input type="checkbox"/> Reddine
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Prof.Dr.Murat TURGAY

Jüri Başkanı  
Tez Danışmanı  
Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr.Aşkın ATEŞ  
Jüri Üyesi  
Romatoloji Bilim Dalı

Doç.Dr.Selami KOÇAK TOPRAK  
Jüri Üyesi  
Hematoloji Bilim Dalı

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLO DİZİNİ	x
GİRİŞ ve AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	1
1. Sjögren Sendromu	1
1.1.Sjögren Sendromunda Epidemiyoloji ve Etyopatogenez	2
1.2. Sjögren Sendromunda Tanı	3
1.3.Sjögren Sendromunda Ayırıcı Tanı	6
1.4.Sjögren Sendromu Tedavisi	8
2.Ankilozan Spondilit (AS)	8
2.1.Ankilozan Spondilitte Epidemiyoloji ve Etyopatogenez	9
2.2.Ankilozan Spondilitte Klinik Ve Laboratuvar Bulguları	10
2.3.Ankilozan Spondilitte Tanı	16
2.4.Ankilozan Spondilit Tedavisi	18
3. Kullanılan Ölçeklerle İlgili Bilgiler	19
3.1.Yorgunluğu Çok Yönlü Değerlendirme Skalası (MAF)	20
3.2.Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası (HADS)	20
3.3.Yaşam Kalitesi Formu (SF-36)	20
3.4.BASDAI Skoru	21
3.5.BASFI Skoru	21
3.6.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	21

3.7.ESSPRI Skoru	22
3.8.ESSDAI Skoru	22
GEREÇ VE YÖNTEM	23
1.Çalışma Materyali ve Yöntemi Hakkında Bilgi	23
2. Çalışmanın Amacı	23
3. Dışlama ve Dahil Olma Kriterleri	24
4. İstatistiksel Analiz	24
BULGULAR	25
TARTIŞMA	51
ÖZET	57
ABSTRACT	59
KAYNAKLAR	61
EKLER	



## KISALTMALAR DİZİNİ

AAK: Amerikan Avrupa Konsensüs Kriterleri

ACR: American College of Rheumatology

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

ANA: Anti Nükleer Antikor

Anti SS-A: Anti Sjögren Syndrome Related Antigen A

Anti SS-B: Anti Sjögren Syndrome Related Antigen B

AS: Ankilozan Spondilit

ASAS: Assessment of Spondylo Arthritis International Society

BASDAI: Bath Ankilozan Hastalık Aktivitesi İndeksi

BASFI: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeks

BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Movement Index

BASRI: Bath Ankilozan Spondilit Radyolojik İndeks

CMV: Sitomegalovirüs

CRP: C-Reaktif Protein

EBV: Ebstein Barr Virüs

ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı

ESSDAI: European League Against Rheumatism Sjogren Syndrome Disease Activity Index

ESSPRI: European League Against Rheumatism Sjogren Syndrome Patient Reported Index

HADS: Hastane Anksiyete - Depresyon Skalası

HCV: Hepatit C Virüsü

HIV: Human Immunodeficiency Virüs

HLA: Human Leukocyte Antigen

HTLV: Human T-Lymphocyte Virüs  
İBH: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı  
İgA: İmmünglobulin A  
KMY: Kemik Mineral Yoğunluğu  
MAF: Yorgunluğu Çok Yönlü Değerlendirme Skalası  
MHC: Major Histocompatibility Complex  
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme  
mSASSS: Modifiye Stokes Ankilozan Spondilit Skor Sistemi  
NSAİİ: Nonsteroidal Antiinflamatuvar İlaç  
PSS: Primer Sjögren Sendromu  
PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi  
RF: Romatoid Faktör  
SF-36: Yaşam Kalitesi Formu  
SİE: Sakroiliak Eklem  
SpA: Spondiloartropati  
SPSS: Statistical Package for the Social Sciences  
TNF: Tümör Nekrozis Faktör

## TABLO DİZİNİ

### Sayfa No:

Tablo 1.1: 2002- AAK Sjögren Sendromu Kriterleri	5
Tablo 1.2: Aksiyel Spondiloartrit İçin ASAS Sınıflandırma Kriterleri	18
Tablo 2.1: Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri	26
Tablo 2.2: PSS Hastalarında Ekstraglandüler Tutulumlar	26
Tablo 2.3: PSS Hasta Grubunda Tespit Edilen Antikorlar	27
Tablo 2.4: ESSDAİ Yapısal Hastalık Değerlendirme İndeksi	28
Tablo 2.5: Sjögren Sendromlu Hastalarda Yapısal Hastalık Oranı	29
Tablo 2.6: ESSDAİ Lenfadenopati Değerlendirme İndeksi	30
Tablo 2.7: Sjögren Sendromlu Hastalarda Lenfadenopati Değerlendirilmesi	29
Tablo 2.7: ESSDAİ Lenfadenopati Değerlendirme İndeksi	30
Tablo 2.8: ESSDAİ Glandüler Hastalık Değerlendirme İndeksi	31
Tablo 2.9: Sjögren Sendromlu Hastalarda Glandüler Hastalık Değerlendirilmesi	30
Tablo 2.10: ESSDAİ Eklem Tutulum Değerlendirme İndeksi	
Tablo 2.11: Sjögren Sendromlu Hastalarda Eklem Tutulumunun Değerlendirilmesi	31
Tablo 2.12: ESSDAİ Cilt Tutulum Değerlendirme İndeksi	33
Tablo 2.13: Sjögren Sendromlu Hastalarda Cilt Tutulumunun Değerlendirilmesi	32
Tablo 2.14: ESSDAİ Pulmoner Tutulum Değerlendirme İndeksi	34
Tablo 2.15: Sjögren Sendromlu Hastalarda Pulmoner Tutulumunun Değerlendirilmesi	33
Tablo 2.16: ESSDAİ Renal Tutulum Değerlendirme İndeksi	36

Tablo 2.17: Sjögren Sendromlu Hastalarda Renal Tutulumunun Değerlendirilmesi	35
Tablo 2.18:ESSDAİ Muskuler Tutulum Değerlendirme İndeksi	37
Tablo 2.19: Sjögren Sendromlu Hastalarda Muskuler Tutulumunun Değerlendirilmesi	37
Tablo 2.21:ESSDAİ Periferik Sinir Sistemi Tutulum Değerlendirme İndeksi	
Tablo 2.20: Sjögren Sendromlu Hastalarda Periferik Sinir Sistemi Tutulumunun Değerlendirilmesi.	38
Tablo 2.22 ESSDAİ Santral Sinir Sistemi Tutulum Değerlendirme İndeksi	39
Tablo 2.23 Sjögren Sendromlu Hastalarda Santral Sinir Sistemi Tutulumunun Değerlendirilmesi	39
Tablo 2.24 ESSDAİ Hematolojik Tutulum Değerlendirme İndeksi	41
Tablo 2.25 Sjögren Sendromlu Hastalarda Hematolojik Tutulumunun	40
Tablo 2.26 Sjögren Sendromlu Hastalarda Biyolojik Tutulumunun Değerlendirilmesi	42
Tablo 2.27 ESSDAİ Biyolojik Tutulum Değerlendirme İndeksi	42
Tablo 2.28: PSS, AS ve Kontrol grubunda tespit edilen Anksiyete / Depresyon oranları	44
Tablo 2.29: Hasta gruplarının HADS ölçeğine ve MAF a göre değerleri	44
Tablo 2.30: PUKİ ye göre PSS, AS ve Kontrol grubunda tespit edilen uyku bozukluk oranları	46
Tablo 2.31: PUKİ ve Anksiyete Skoru ilişkisi	46
Tablo 2.32: PUKİ ve Depresyon Skoru ilişkisi	47

Tablo 2.33: Hasta gruplarının SF-36 değerleri

49

Tablo 2.34: Hasta gruplarının SF-36 değerleri: MCS-PCS

5



## GİRİŞ

Primer Sjögren sendromu (SS) genellikle 40-60 yaş arası kadınları etkileyen ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterize sistemik bir otoimmün hastalıktır (Ramos-Casals ve ark,2012). Yaklaşık olarak erişkin toplumun % 0.5-1'ini etkilemektedir ve en sık görülen 3 romatizmal hastalıktan biridir (Tzioufas AG ve ark, 2010; Seror R ve ark, 2012). Günümüzde yapılan çalışmalarda en sık Avrupa-Amerika uzlaşma grubunun (AECG) 2002 yılında önerdiği sınıflandırma ölçütleri kullanılmaktadır (Vitali C ve ark, 2002). Başlıca belirtileri ağız ve göz kuruluğu olmakla birlikte neredeyse vücudun tüm organlarını etkileyebilmektedir. Hastalar çoğunlukla kronik ağrılardan ve kas-iskelet sistemi semptomlarından yakınmaktadır. Yapılan çalışmalarda Sjögren Sendromlu hastaların sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak daha fazla yorgunluktan yakındığı saptanmıştır (Hartkamp A ve ark, 2002; Segal B ve ark, 2008). Avrupa'da ve Amerika'da önemli bir iş gücü kaybına neden olduğu, iş gücü kaybına neden olan en önemli göstergenin yorgunluk olduğu görülmüştür (Meijer JM, 2008; Westhoff G ve ark, 2012 ).

Ciddi kronik, enflamatuar hastalıkların değerlendirilmesinde enflamasyon göstergeleri (ESH, CRP) ve organ aktivitesi/hasarı (BVAS, VDI) yanında hasta kökenli ölçekler de giderek önem kazanmaktadır. Ciddi kronik hastalıkların, hastanın gerek psikolojisini, gerekse hayat düzenini etkileyerek yaşam kalitesini de düşürdüğü bilinmektedir. Yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılabilen indekslerden birisi short form 36 (SF 36) anketidir. Daha önce yapılan çalışmalarda primer vaskülit ve Wegener granulomatozisli hastalarda SF 36 ölçeği kullanılmış ve hastalığın günlük yaşantı, iş gücü ve insan ilişkilerini olumsuz etkilediği ortaya koyulmuştur (Koutantjı M ve ark; Abu-Shakra M ve ark, 1994). Yine Sjögren sendromunda SF-36 kullanılmış özellikle SF-36'nın fiziksel komponent özet skoru (PCSS) ile ağrı ve yorgunluk arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (V. Devauchelle-Pensec ve ark, 2012). Romatoid artritli (RA) hastalarda tosilizumab tedavisi sonrasında özellikle yaşam kalitesi ve hastane kökenli anksiyete ve depresyon skorlarında (HADS) düzelme gözlenmiştir (Traki L ve ark,2012 ). SS EULAR hasta bildirim indeksi (ESSPRI) ve EULAR SS hastalık aktivite indeksi (ESSDAI) SS sistemik aktivite değerlendirilmesi için geliştirilmiş ve

yaygın olarak kullanılan 2 ölçektir (Seror R ve ark 2011; Seror R ve ark 2012 ). Yapılan çalışmalarda bazı hasta kökenli ölçekler ile SS hastalık aktivite göstergeleri karşılaştırılmış ve anlamlı ilişki bulunmuştur (Seror R ve ark 2011; Hackett KL ve ark 2014 ; Lendrem D ve ark; 2012).

AS; spondiloartropatiler grubunda yer alan, sakroiliak eklem ve omurgayı tutarak ankiloza yol açan kronik, sistemik, enflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın ilerleyişi kişiler arasında farklılık gösterebilmektedir, remisyon ve alevlenmeler görülebilir. Ancak hastalık aktivitesi genellikle sürekli olup, uzun süreli remisyonlar nadirdir. Tedavi edilmediği takdirde önemli morbidite ve mortaliteye yol açar. Hastalık şiddeti BASDAİ, BASFİ, BASMİ indeksleri ile değerlendirilmektedir. (Khan,1981; Lehitnen, 1993; Yang X ve ark, 2014,) Çalışmamızda Primer Sjögren Sendromu ve Ankilozan Spondiliti olan hastalarda hastalığa bağlı fonksiyonel kayıp, yorgunluk, ruhsal durum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve bunların hastalık aktivitesi ile ilişkisinin araştırılması ve edebiyat tarandığında anksiyete/depresyon sıklığı, uyku kalitesi SS ve AS hastalarında kontrol gruplarıyla ayrı ayrı değerlendirilmiş olup ilk kez AS ve PSS arasında mukayese yapılması amaçlanmıştır.

Metot: Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Romatoloji

Kliniğinde Primer Sjögren Sendromu tanısı konulmuş ve takip edilmekte olan 163 hasta, AS tanısı konulmuş ve takip edilmekte olan 100 hasta ile birlikte kontrol grubu olarak, bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 100 sağlıklı birey dahil edilmiştir.

Katılımcıların demografik verileri, SF-36 formu, hastane anksiyete/depresyon ölçeği, yorgunluğu çok yönlü değerlendirme skalası (MAF), Pittsburgh uyku skalası ve ayrıca Sjögren Sendromu hastalarının ve spondiloartrit hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları, Sjögren Sendromu hastalarının rutin muayene sorgulamasındaki genel hastalık değerlendirmesi (doktor global ve hasta global), spondiloartrit hastaları için BASDAİ ve BASFİ skoru analiz edilmiştir.

## GENEL BİLGİLER

### 1. Sjögren Sendromu

Sjögren Sendromu; ekzokrin bezlerin kronik otoimmün bir hastalığı olup, etkilenmiş bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterizedir (Fox, 2005). Hastalığın ilk olarak tanımlanması Mikulicz tarafından yapılmıştır. Mikulicz erkek bir hastada; küçük yuvarlak hücrelerin infiltrasyonu ile ilişkilendirerek bilateral parotis ve lakrimal bezlerde büyüme tariflemiştir (Mikulicz, 1892). Ancak Mikulicz Sendromu; tüberküloz ve diğer enfeksiyonların yanında sarkoidoz ve lenfoma gibi pek çok farklı hastalıkta görülmekte olup, yeterli prognostik ve terapötik bilgiyi sağlayamadığından kullanılmaz hale gelmiştir (Daniels ve Fox, 1992). 1933 yılında Danimarkalı göz hekimi Sjögren, kuru ağız ve kuru göz bulgularına sahip, 13'ü muhtemelen Romatoid Artrit hastası olan toplam 19 kadın hastada klinik ve histolojik bulguları tanımlamıştır. Sjögren bu bulguları “keratokonjonktivitis sikka” olarak adlandırmıştır ve kseroftalmia nedeni olan vitamin A eksikliğinden ayrı bir tablo olduğunu öne sürmüştür. 1953 yılında, Morgan ve Castleman, bir klinik patoloji konferansında Sjögren Sendromuna ait bir vaka sunumu yapmış, orijinalinde Mikulicz Sendromu olarak bilinen bu hastalığa ilgiyi çekmişler ve bu hastalık artık Sjögren Sendromu olarak anılmaya başlamıştır. Hastalığın günümüzde iyi bilinen klinik özellikleri 1956 yılında Bloch ve arkadaşları tarafından tarif edilmiştir (Bloch ve ark., 1956).

Primer Sjögren Sendromunun prevalansı yaklaşık % 0,5 olup, kadın/erkek oranı 9/1' dir. Bu özellikleriyle Sistemik Lupus Eritematozusa benzemektedir (Bowman ve ark, 2004; Fox ve ark, 1999). Sistemik Lupus Eritematozus ve progresif Sistemik Skleroz kadar araştırılmamasına rağmen, Sjögren sendromu en sık görülen üç otoimmün hastalıktan birisidir (Pillemer ve ark, 2001). Primer Sjögren Sendromunda iki defa yaşa bağlı pik görülür; birincisi menarş sonrası 20 ve 30 yaşları arasında, ikincisi ise menopoz sonrası 50'li yaşların ortasında olur (Cimaz ve ark, 2003).



Sjögren Sendromunda; temel mukoza bariyerler olan ağız, göz, farinks, larinks ve vajende kuruluk görülür (Ramos-Casals ve Font, 2007). Sikka semptomları (kuru göz ve kuru ağız), pratisyen hekimler tarafından en çok karşılaşılan semptomlardır, ancak bu hastaların çoğu tanı alamazlar veya yanlış tanı alırlar (Wirbelauer, 2006; Derk ve Vivino, 2004).

### **1.1. Sjögren Sendromunda Etiyoloji ve Patogenez**

Hastalığın etyopatogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Sjögren Sendromlu bireylerde insan lökosit antijeni (HLA) B8, DR3, DRw52 birlikteliği artmıştır. Romatoid Artrit ile birliktelik gösteren hastalarda ayrıca HLA DR4 sıklığının arttığı gösterilmiştir. Bu bireylerde aynı zamanda otoimmün disregülasyon görülme sıklığı artmıştır, en sık hipergamaglobulinemi görülür. Anti nükleer antikor (ANA), anti Ro/SS-A, anti La/SS-B, Romatoid faktör (RF) ve organlara özgü antikorlar serolojik olarak gösterilebilir (Harris ve ark., 2006).

Çevresel faktörler arasında önde gelen neden virüslerdir. Kesin ilişki gösterilememiş olmakla birlikte, hastalığın oluşmasında tetikleyici ya da kofaktör oldukları düşünülmektedir. Etiyolojide en çok suçlanan virüsler; Epstein-Barr Virüsü (EBV), HTLV Tip 1, HIV, Koksakivirüsler ve Hepatit C'dir (Pflugfelder ve ark., 1993; Green ve ark., 1989; Haddad ve ark., 1992).

İnsanlarda, Sjögren Sendromunda en çok tanımlanan enfeksiyon ajanları EBV ve HCV'dir. Lakrimal glandlarda artmış EBV gen sekansları Sjögren Sendromlu hastaların %88'inde, sağlıklı kişilerin % 36'sında saptanmıştır. Akut mononükleozisi takiben Sjögren Sendromu gelişiminin bildirildiği olgular ve tükürük bezlerinin latent EBV enfeksiyon bölgesi olduğuna dair kanıtlar, Sjögren Sendromu patogenezinde EBV'nin rolünün olduğunun kabul edilmesini sağlamıştır (Green ve ark., 1989). HCV enfeksiyonu olanlarda saptanan Sjögren Sendromu benzeri histoloji, Sjögren Sendromu ile HCV enfeksiyonu arasında bir ilişki olabileceği fikrini güçlendirmiştir. Ayrıca HCV hastalarında görülen sialoadenit, ilk olarak HCV'nin ekstrahepatik tutulumu olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular, yeni düzenlenmiş AAK kriterlerinde HCV'nin de klinik araştırmalarda bir Sjögren Sendromu kriteri olarak yer almasıyla dikkat çekmiştir (Pflugfelder ve ark., 1993;).

## 1.2. Sjögren Sendromunda Tanı

Sjögren Sendromu tanısı klinik ve laboratuvar bulgularının birleştirilmesiyle doğrulanmaktadır. Çalışmalar sonucunda geliştirilen ve tanıda kullanılan kriterler 1993 Avrupa kriterleri, 2002 Amerikan-Avrupa uzlaşma kriterleri ve 2012 ACR kriterleridir (Vitali ve ark.,1993; Vitali ve ark., 2002; Shiboski ve ark., 2012).

1993 Avrupa kriterleri (Vitali ve ark.,1993) bir ön kriter tarzında olup, burada oto antikor kriteri için RF ve ANA dikkate alınmayıp, yalnızca anti SS-A ya da anti SS-B varlığı serolojik kriter olarak kabul edildiğinde, 6 kriterden 4 adetinin bulunmasının Sjögren Sendromu tanısı için daha yüksek özgüllük ve duyarlılığa sahip olduğu belirtilmiştir (özgüllük % 94, duyarlılık % 93,5).

2002 Amerikan-Avrupa uzlaşma kriterleri (Vitali ve ark., 2002) temelde aynı kriterler üzerinden düzenlenmiştir. AAK tanı kriterlerinin Avrupa kriterlerinden bir takım farklılıkları mevcuttur ve bunlar şu şekildedir:

1. Oto antikor olarak sadece anti SS-A ya da anti SS-B varlığı serolojik kriter olarak önerilmiştir.

2. Histopatolojik (tükürük bezi biyopsisinde fokus skoru  $\geq 1$ ) ya da serolojik kriterlerden (anti SS-A ya da anti SS-B) birinin olması şartı ile 6 kriterden 4'ünün varlığı kesin Sjögren Sendromu olarak tanımlanmıştır (özgüllük % 95,2, duyarlılık % 89,5). Ayrıca 4 objektif kriterden (3. ve 6. kriterler arası) en az üçünün bulunması da kesin Sjögren Sendromu olarak tanımlanmıştır (özgüllük % 95,2, duyarlılık %84,2).

3. 1993 Avrupa kriterlerindeki dışlama kriterlerine ek olarak HCV enfeksiyonu, geçmişte baş ya da boyuna radyoterapi alma öyküsü ve antikolinerjik ilaç tedavileri birer dışlama kriteri olarak yeni kriterlerde belirtilmiştir (Vitali ve ark., 2002).

Bu kriterlerde kullanılan objektif testler için aşağıdaki pozitiflik değerleri belirlenmiştir:

Sialografi: Major kanallarda obstrüksiyon olsa da olmasa da diffüz sialektazi (pункtat, kaviter veya destrüktif) bulunması.

Schirmer testi  $\leq 5$ mm/ 5 dakika

Labial biyopsi sonucunda  $\geq 1$  fokus skoru (Fokus skoru: 4 mm<sup>2</sup>' lik glandüler dokuda minimum 50 mononükleer hücre birikimi bulunan odak sayısı)

Tükürük bezi sintigrafisi: Gecikmiş uptake, azalmış konsantrasyon ya da gecikmiş atılım.

Rose Bengal testi  $\geq 4$  (Van Bijsteveld skoruna göre)

Stimülasyonsuz sialometri sonucunda  $\leq 1,5$  ml/ 15 dakika değerinin tespit edilmesi

Anti-Ro ve Anti-La için eşik değerin üzerinde titre değeri yoktur. Pozitif olmaları sonuç için yeterlidir (Vitali ve ark., 2002).

Tablo 1.1: 2002- AAK Sjögren Sendromu Kriterleri

<b>SUBJEKTİF BULGULAR</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>I. Göz semptomları:</b> Aşağıdaki sorulardan en azından birisine pozitif cevap;<ol style="list-style-type: none"><li>1. En az 3 aydır her gün göz kuruluğunuz olur mu?</li><li>2. Sık sık gözünüze çöp veya kum kaçmış hissi oluyor mu?</li><li>3. Günde 3'ten fazla gözyaşı damlası kullanıyor musunuz?</li></ol></li><li>• <b>II. Oral semptomlar:</b> Aşağıdaki sorulardan en az birisine pozitif cevap;<ol style="list-style-type: none"><li>1. 3 aydan daha fazla süredir her gün ağız kuruluğu hissediyor musunuz?</li><li>2. Tekrarlayıcı ve sürekli tükürük bezi şişliği var mı?</li><li>3. Kuru gıdaları yutmak için sıklıkla sıvı almak zorunda kalıyor musunuz?</li></ol></li></ul>	
<b>OBJEKTİF BULGULAR</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>III. Göz semptomları:</b> Göz tutulumunun objektif kanıtları. İki testten en az birinin pozitif olması;<ol style="list-style-type: none"><li>1. Schirmer testi: Anestezisiz uygulanacak (<math>\leq 5</math>mm/5 dk.)</li><li>2. Rose Bengal testi</li></ol></li><li>• <b>IV. Histopatoloji</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Minör tükürük bezlerinde fokal lenfositik sialoadenit</li><li>2. Fokus skoru <math>\geq 1</math>: Lenfositik fokus olarak tanımlanan normal görünümlü mukozanın asinusları ve her bir 4 mm'lik glandüler dokuda 50'den fazla mono nükleer hücre birikimi olan odak sayısı</li><li>3. Deneyimli bir uzman tarafından değerlendirilmeli</li></ol></li><li>• <b>V. Tükürük bezi tutulumu:</b> Aşağıdaki testlerden en az biri pozitif olmalı;<ol style="list-style-type: none"><li>1. Uyarılmamış tükürük bezi salgısı (<math>\leq 1,5</math> mm/15 dk.)</li><li>2. Parotis sialografisi ile düz sialektazi (obstrüksiyon olmadığı kanıtlarır)</li><li>3. Parotis sintigrafisi (gecikmiş uptake, azalmış konsantrasyon)</li></ol></li><li>• <b>VI. Oto antikorlar</b><ol style="list-style-type: none"><li>1. Anti Ro (SS-A), anti La (SS-B) veya her ikisi de</li></ol></li></ul>	
<b>Primer Sjögren Sendromu tanısı için;</b> 6 kriterden 4'ü pozitif ise ( histopatoloji veya seroloji mutlaka olmalı) 4 objektif kriterin 3'ü varsa (III, IV, V, VI)	<b>Sekonder Sjögren Sendromu tanısı için;</b> İyi tanımlanmış başka bir konnektif doku hastalığı varlığı, I veya II'ye; III, IV veya V'ten 2 tane dahil olursa

ACR 2012 kriterleri ise şu şekildedir (Shiboski ve ark., 2012):

Tanı aşağıdaki durumların 2 veya daha fazlasının varlığı, diğer durumların olmaması ile konur;

1. Anti SS-A Ro ve/veya Anti SS-B La ve/veya RF (+)' liği ve ANA titresinin 1/320'nin üzerinde olması,
2. Dudaktan alınan tükürük bezi biyopsisinde, her 4 mm<sup>2</sup>' lik alanda 1 veya daha fazla fokal lenfositik sialadenit varlığı,
3. Keratokonjonktivitis sikka ile beraber oküler leke skorunun 3 ve üzerinde olması (hastanın glokom nedeniyle günlük göz damlası kullanmaması, son 5 yıl içerisinde kornea cerrahisi veya kozmetik göz kapağı cerrahisi geçirmemiş olması gerekir)

Aşağıda belirtilen durumların varlığında tanı dışlanır:

- Baş ve boyuna radyasyon öyküsü
- Hepatit C enfeksiyonu
- Edinilmiş immün yetmezlik sendromu (AIDS)
- Sarkoidoz
- Amiloidoz
- Graft versus host hastalığı
- Ig G 4 ilişkili hastalık

### **1.3. Sjögren Sendromunda Ayırıcı Tanı**

Sjögren Sendromunda primer semptomların varlığına göre ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar şu şekildedir:

#### **Kuru ağız**

- Amiloidoz
- Diyabet mellitus
- Sarkoidoz
- Viral enfeksiyonlar (EBV, HTVL-1, HIV, Kabakulak)

- Travma, radyasyon
- İlaçlar: antihipertansifler (alfa ve beta blokörler), antidepresanlar (amitriptilin, nortriptilin), parasempatolitikler, antiparkinson ilaçlar (karbidopa, levodopa), antihistaminikler vb.
- Hemakromatoz
- Dehidratasyon
- Lenfoma
- Graft Versus Host hastalığı
- Psikojenik

### **Kuru göz**

- Amiloidoz
- Sarkoidoz
- Kronik blefarit veya konjunktivit
- Oküler pemfigoid
- Stevens Johnsons sendromu
- Vitamin A eksikliği
- Travma, yanık, radyasyon
- İlaç toksisitesi
- Göz kapağını etkileyen nörolojik problemler

### **Parotis bezi büyümesi**

- Viral enfeksiyonlar (HIV, EBV, CMV, HCV, Kabakulak, Koksaki A)
- Bakteriyel enfeksiyonlar
- Sarkoidoz
- Tüberküloz
- Lepra
- Akromegali
- Gonadal hipofonksiyon
- Diyabet mellitus
- Kronik pankreatit

- Siroz
- Hiperproteinemiler
- Kronik sialadenit
- Tükürük bezi tümörleri

#### **1.4.Sjögren Sendromu Tedavisi**

Sjögren sendromunun tedavisi semptomatiktir. Azalmış sekresyonların yerine konularak, kronik kserostomi ve keratokonjunktivit sikka semptomlarının giderilmesine yöneliktir. Yapay gözyaşı kullanımı ve bazen de yapay tükürük preparatlarının kullanımı dışında, ekzokrin bezlerinin uyarılması ile semptomatik yarar sağlayan ilaçlar da kullanılabilir. Bu ilaçlardan bazıları muskarinik agonist olan pilokarpin ve semivelin gibi ajanlardır.

Günümüzde Sjögren hastalığının regresyonunu sağlayan ya da progresyonunu önleyen küratif bir tedavi henüz bulunamamıştır. Hastalığın tedavisinde sıklıkla kullanılan hidroksiklorokin ile ilgili veriler çelişkilidir. Yapılan bazı çalışmalarda eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), IgA, IgG ve RF düzeylerinde anlamlı düşüş sağlandığı ve bu şekilde lenfoproliferasyon üzerinde etkili olabileceği öne sürülmüş olsa da klinik olarak etkinliği gösterilememiştir. Sistemik steroid, azotioprin, siklosporin-A ve siklofosfamid gibi ajanlar daha çok vaskülit, pulmoner ve renal tutulum gibi ciddi ekstraplandüler veya sistemik komplikasyonları bulunan hastalarda immünsüpresif etkilerinden faydalanmak amacıyla kullanılmaktadır (Kassan ve ark. 2004; Soto-Rojas ve ark., 2002).

## **2. Ankilozan Spondilit (AS)**

AS, spondiloartropatiler grubunda yer alan, sakroiliak eklem ve omurgayı tutarak ankiloza yol açan kronik, sistemik enflamatuar bir hastalıktır. Periferik eklem artriti ile birlikte sistemik tutulum da olabilir (Van Der Linden ve ark., 2003).

Semptomlar sıklıkla geç adölesan ve erken erişkinlik döneminde başlar. 16 yaşından önce ya da 45 yaşından sonra başlangıç göstermesi nadirdir. Hastalığın en önemli özelliklerinden birisi aksiyel tutulum olup, ilerleyen hastalıkla birlikte hastaların

yaklaşık %90'ında radyografik sakroileit görülür (Braun,Sieper ;2007). Radyografik olarak sakroileitin saptanması bazı hastalarda yıllar almakta ve bu yüzden hastalığın klinik bulgularının ortaya çıkması ve hatta ilerlemesine rağmen tanı gecikmektedir.

Hastalığın ilerleyişi kişiler arasında farklılık gösterebilmektedir, remisyon ve alevlenmeler görülebilir. Ancak hastalık aktivitesi genellikle sürekli olup, uzun süreli remisyonlar nadirdir. Tedavi edilmediği takdirde önemli morbidite ve mortaliteye yol açar (Khan,1981, Lehitnen, 1993).

### **2.1. Ankilozan Spondilitte Epidemiyoloji ve Etyopatogenez**

AS, sıklıkla 2. ve 3. dekatta başlar ve erkek/kadın oranı 3/1' dir. AS sıklığı genellikle toplumdaki HLA-B27 sıklığı ile koreledir. AS dünyanın tüm bölgelerinde görülür. Ancak prevalansında ırk ile ilişkili farklılıklar vardır. En yüksek prevalans beyaz Amerika yerlilerinde görülür, Afrikalı Amerikalılarda ve Asyalılarda prevalans daha düşüktür (Khan ve ark., 1977; Akkoç ve ark., 2005). Genel olarak hastalık kadınlarda daha geç başlangıçlı ve benign olmakla birlikte erkeklerde daha ağır olma eğilimi göstermektedir (Jimenez-Balderas ve ark., 1993).

Patogenezde genetik faktörler, enfeksiyonlar ve enflamasyon rol oynar. Genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel faktörlerin etkileri ile hastalığın geliştiği düşünülmektedir (Mercieca ve ark.,2012). AS'de en önemli genetik ilişki MHC gen bölgesi ve HLA-B27 ile tanımlanmıştır. AS'li olgularda HLA-B27 sıklığı %90 iken, HLA-B27 pozitif olan bir kişide hastalık ortaya çıkma riski %1,3'tür. Hastalarda HLA-B27 ile bu kadar güçlü bir ilişki varken, HLA-B27 pozitif olanlarda hastalık ortaya çıkma olasılığının bu kadar düşük olması, başka genetik ve/veya çevresel faktörlerin de patogenezde etkili olduğunu düşündürmektedir (Khan,1981). HLA-B27'nin AS patogenezindeki rolüne dair üç mekanizma öne sürülmüştür. Bu olasılıkların ikisi patogenezde otoimmünite ile açıklarken, bir tanesi hücre içi değişiklikler sonrasında enflamatuar yolakların aktive edilmesi ile açıklamaktadır (Castro, 2007).

Çevresel faktörler ele alındığında ise AS patogenezinde çok sayıda gastrointestinal ya da genitoüriner enfeksiyon nedeni olan mikroorganizma enflamatuar yanıtı tetikleyici etken olarak suçlanmışsa da kesin bir ilişki



kurulamamıştır. Gastrointestinal patojenler aracılığıyla uyarılan immün yanıt sonucu gelişen subklinik ya da klinik enflamasyonun bu hastalığın patogeneğinde tetikleyici rolü olabileceği düşünülmüş; HLA-B27 transgenik sıçanlarda probiyotik verilmesinden sonra kolit ve artrit bulgularının ortaya çıkması gastrointestinal sistemde *Bacteroides fragilis* miktarındaki artışın enflamasyon gelişimine yol açtığı yönünde yorumlanmıştır. Ortaya çıkan kolitle birlikte, IFN, IL-1, IL-2, MIP2 düzeylerinin de arttığı gösterilmiştir (Rath ve ark., 1999). Bu araştırmalar *Campylobacter*, *Chlamydia*, *Salmonella* ve *Shigella* enfeksiyonlarının reaktif artriti tetikleyici rol oynadığını göstermiştir. Ayrıca AS'li hastalarda değişik aktivite dönemlerinde sitokin salınımını araştıran bir çalışmada yüksek hastalık aktivitesi (BASDAI) skorlarında TNF- $\alpha$  ve IL-1 salınımının arttığı gösterilmiş ve AS aktivitesinde sitokinlerin rol aldığı ileri sürülmüştür (Chou ve ark.,2007). Sitokinlerle yapılan başka bir çalışmada AS'li hastalarda dolaşan IL-2 reseptörünün, IL-6'nın ve TNF nin arttığı gösterilmiştir. IL-1 düzeylerinin ise sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı bildirilmiştir. Artmış eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ile IL-2 seviyeleri arasında ilişki saptanmıştır (Bal ve ark., 2007).

## **2.2. Ankilozan Spondilitte Klinik ve Laboratuvar Bulguları**

### **2.2.1. Ankilozan Spondilitte Klinik Bulgular**

#### **Bel Ağrısı**

Ankilozan Spondilitin ilk başlangıç bulgusu çoğunlukla kronik bel ağrısıdır ve genelde 45 yaş öncesi başlamaktadır. Ağrının karakteristik özelliği enflamatuvar tipte bel ağrısı olması ve sinsi başlangıç göstermesidir. Birçok hastanın tarif ettiği bu bel ve kalça ağrısı genellikle lokalize edilemeyen, derinden hissedilen künt bir ağrıdır. Özellikle gecenin 2. yarısında (saat 03.00-05.00 arası) kötüleşme olması, sabah tutukluğunun 30 dakikadan 1 saate kadar sürmesi, egzersizle düzelmesi ve steroid olmayan anti enflamatuvar ilaçlara iyi cevap göstermesi en önemli özellikleridir (Gensler ve ark.,2011).

## **Aksiyal Eklem Tutulumu**

Kalça ve omuz eklemleri aksiyal eklemler olarak sayılmaktadır ve diğer distal eklemlerden daha çok etkilenmektedir. Bu iki eklem tutulumu hastaların %50' sinden fazlasında saptanmaktadır. Kalça eklemi tutulumu erişkinlerde ağır hastalık bulgusu olarak kabul edilir. Özellikle juvenil başlangıçlı hastalarda daha sık görülmektedir ve bu hastalarda erişkin çağda başlayanlara göre kalça artroplasti gereksinimi daha sıktır (Gensler ve ark, 2011, Gensler ve ark., 2008). Kalça tutulumu diğer eklemlere göre daha sık bilateral olma eğiliminde ve radyolojik olarak enflamatuar artritlerde olduğu gibi konsantrik daralma şeklinde belirmektedir. Omuz eklem aralığında daralma, osteoporoz, humerus başı supralateral kısmında erozyonlar ve rotator manşonda tendinit en sık rastlanan bulgulardır (Gensler ve ark., 2011, Gladman, 1998).

## **Periferik Eklem Tutulumu**

Kalça ve omuz gibi kök eklemler dışında kalan periferik eklem tutulumu primer AS de nispeten nadirdir. Genellikle alt ekstremitelerde asimetric, monoartiküler veya oligoartiküler tutulum söz konusudur. Hastalığın erken evrelerinde ortaya çıkması agresif hastalık aktivitesi için bir belirteçtir (Gladman, 1998).

## **Entezit**

Tendon ve ligamentlerin kemiğe yapışma yerlerinde enflamasyonla karakterize olan entezit Ankilozan Spondilit ve diğer Spondiloartopatilerin belirgin ve ayırt edici özelliğidir. Entezitler üst ekstremiteden çok alt ekstremitelerde daha sık görülür. Aşil-kalkaneus yapışma bölgesi ve plantar fasya-kalkaneus yapışma bölgesi en çok görüldüğü yerlerdir (François ve ark., 2001).

## **Ekstraartiküler ve Sistemik Tutulumlar**

Göz, akciğer, renal ve gastrointestinal tutulum, osteoporoz, kardiyak ve nörolojik bulgular ve yorgunluk Ankilozan Spondilitte gözlenen sistemik bulgulardır.

### **Göz Bulguları**

Akut anterior üveit AS de en tipik göz tutulumudur ve ekstraartikular komplikasyonlar içerisinde en sık görülen bulgudur. AS hastalarında % 25-40 arasında ortaya çıkmaktadır ve genellikle tek taraflıdır. Ağrılı, kırmızı, sulanan göze eşlik eden fotofobik ve bulanık görme en önemli bulgularıdır (Zeboulon ve ark., 2008;Stolwijk ve ark., 2013). Tekrarlayıcı unilateral üveit geçiren hastaların %50' sinde SpA saptanmıştır (Munoz-Fernandez,2006). Göz tutulumunun şiddeti ile eklem tutulum şiddeti arasında korelasyon yoktur. Üveit gelişimi uzun hastalık süresi ve HLA-B27 pozitifliği ile ilişkili bulunmuştur (Stolwijk ve ark., 2013).

### **Akciğer Tutulumu**

Torasik vertebralar tutulduğunda kostosternal ve manibriosternal eklemlerde entezit nedeniyle hastalar derin nefes alıp vermekle, öksürmekle plöritik ağrıya benzer ağrılar hissetmektedir (Gladman,1998). AS de göğüs kafesi tutulumuna bağlı ortaya çıkan restriktif bulgular dışında aynı zamanda interstisyel akciğer hastalığı, üst lob fibrozisi, plevral kalınlaşma ve akciğerde efüzyonlar görülmektedir (Rosenow ve ark., 1977,Quismorio,2006).

### **Osteoporoz**

Kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalma hastalığın erken dönemlerinde ve özellikle de aktif AS li hastalarda görülebilmektedir (Gratocos ve ark., 1999). Ankilozan Spondilitte özellikle ilerleyen hastalıkla birlikte vertebra kırık riskinin arttığı bilinmektedir (Feldtkeller ve ark., 2006).

## **Renal Tutulum**

Renal tutulum nispeten az olarak bildirilse de non-spesifik glomerülopati, Ig A nefropatisi ve sekonder amiloidozis (AA) görülmektedir. Ayrıca uzun süreli non-steroid anti enflamatuar ilaç kullanımına bağlı nefropati gelişme ihtimali de mevcuttur (Lee ve ark., 2013).

## **Gastrointestinal Bulgular**

AS hastalarının yarısından fazlasında kolonoskopide mikroskopik veya makroskopik bağırsak enflamasyon (ileum-kolon) saptanmıştır. Ancak bu hastaların az bir kısmında klinik olarak Crohn veya Ülseratif kolit gibi enflamatuvar barsak hastalığı (İBH) gelişmektedir (Leirisalo-Repo., 1994).

## **Kardiyak Bulgular**

AS de kardiyak tutulum genellikle hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Nadiren hastalığa öncülük etmekte ve % 9 gibi tutulum bildirilmektedir. HLA-B27 (+) hastalarda daha sık kardiyak tutulum olabilmektedir. En karakteristik patolojiler aort kapağı, aort ve kalbin iletim sisteminde ortaya çıkmaktadır (Bergfeldt,1997).

## **Nörolojik Bulgular**

Nörolojik tutulumlar genellikle omurganın kırık, dislokasyon, kauda ekuina sendromu veya atlantoaksiyal subluksasyonu ile ilişkilidir. Semptomatik veya asemptomatik spontan atlantoaksiyal subluksasyon AS hastalarında %2 civarlarında görülen bir komplikasyondur (Pedrosa ve ark., 2002). AS de omurga kırıklarının önemi büyüktür. Vertebra kırıklarının 2. ve 3. dekadlarda pik yaptığı ve hastalık süresi uzadıkça travmasız gelişen kırıkların arttığı bildirilmektedir (Feldtkeller ve ark., 2006). En sık kırık yerleri olarak servikal vertebra C5-C6 ve C6-C7 seviyelerinde görülmekte ayrıca yaşamı tehdit edici odontoid fraktürlerde görülmektedir (Taggard ve Travnalis, 2000; Özgöçmen ve Ardıçoğlu, 2000).

## **Yorgunluk**

Ankilozan Spondilitte yorgunluk önemli bir semptomdur ve hastalık aktivitesiyle paralellik gösterir. Yorgunluk genellikle geceleri sertlik ve ağrıdan dolayı uyku düzeninde ve kalitesinde bozukluk ve dinlendirmeyen uyku sonucunda gün boyu süren uyku haliyle ilişkilidir (Dagfinrud ve ark., 2005). Uyku bozukluğu AS tanısı olan kadınların % 81 de, erkeklerin de %50' sinde görülmektedir (Hultgren ve ark., 2000).

### **2.2.2. Ankilozan Spondilitte Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları**

Laboratuvar ve görüntüleme bulguları Ankilozan Spondilit tanısında çok önemli bir yer tutmaktadır.

#### **Laboratuvar Bulguları:**

Genel olarak rutin biyokimyasal testler AS de, diğer kollajen doku hastalıkları veya vaskülitlerde olduğu kadar yardımcı değildir. Artmış eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) veya c-reaktif protein (CRP) düzeyleri bazı hastalarda %75 e varan oranda bildirilmekle birlikte, normal ESH ve CRP düzeyleri aktif hastalığın varlığını dışlamaz (Özgöçmen, 2012). Periferik artriti ve İBH olan hastalarda akut faz yanıtları (ESH ve CRP) sadece aksiyel tutulumu olan hastalara göre daha yüksek değerlerde saptanmıştır (Özgöçmen ve ark., 2007). Ayrıca artmış alkalin fosfataz ve Ig A düzeyleri ile birlikte normokrom mikrositer anemi görülebilir. Romatoid faktör ve diğer anti nükleer antikörlerin pozitiflikleri sağlıklı popülasyondan farklı değildir. Periferik eklem tutulumunda sinoviyal sıvı analizinde elde edilen bulgular diğer enflamatuvar artropatilerden farklılık göstermez. Renal tutulum söz konusu değilse böbrek fonksiyon testleri ve idrar tetkiki normaldir (Sieper ve ark., 2002).

## **Radyolojik Görüntüleme Bulguları**

**Direk Radyografiler:** Direk radyografi ankilozan spondilitte vertebralar, sakroiliyak eklem ve diğer eklem tutulumları hakkında bilgi vermektedir. Sakroileitin radyografik değerlendirilmesi New York evreleme sistemiyle yapılmaktadır. New York Evreleme Sistemi aşağıda görülmektedir (Mercieca ve ark., 2012):

Evre 0- Normal radyogram

Evre 1- Eklem yüzeyinde dejenerasyon

Evre 2- Eklem aralığında erozyon ve skleroz

Evre 3- Eklem aralığında erozyon, skleroz ve ankiloz başlangıcı

Evre 4- Eklem aralıklarında tam füzyon (ankiloz)

## **Yapısal Değişikliklerin Radyolojik Skorlanması**

Spinal değişikliklerin belirlenmesi ve izlemi için farklı skorlama yöntemleri geliştirilmiştir.

Temelde kullanılan 2 metot vardır:

1. Bath Ankilozan Spondilit Radyolojik İndeks (BASRI) (Calin ve ark., 1999 ; MacKay ve ark., 1998).
2. Modifiye Stokes Ankilozan Spondilit Skor Sistemi (mSASSS) (Creemers ve ark., 2005).

Her ikisi de AS'li hastaların günlük pratikte ve klinik çalışmalarda spinal yapısal değişikliklerinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan skorlama sistemleridir.

**Manyetik Rezonans Görüntüleme:** Sakroiliak eklem ve vertebranın MRG incelemesi AS de hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde artan sıklıkla kullanılmaktadır. Konvansiyonel radyografi, vertebra ve SİE lerin kronik yapısal değişikliklerinin primer olarak saptanmasında kullanılır iken MRG, diğer görüntüleme teknikleri ile açık olarak gösterilemeyen aktif aksiyel enflamasyon, sakroileit, spondilit ve spondilodiskitin saptanmasında kullanılmaktadır (Braun ve ark., 1994).

**Diğer Yöntemler:** Yapılan çalışmalarda akut sakroileit için kemik sintigrafisinin sensitivitesi %50-55 iken spesifitesi %80' den az bulunmuştur. Sakroiliak tomografinin kullanımı sınırlıdır, hasar ortaya çıktıktan sonra görülür hale gelir (Mercieca ve ark., 2012).

### **2.3. Ankilozan Spondilitte Tanı**

Ankilozan Spondilit tanısı 1984 yılında yayımlanan modifiye New York kriterleriyle belirlenmektedir. Ayrıca enflamatuvar bel ağrısının mekanik bel ağrılarından ayırımının dikkatli yapılması gerekmektedir. Bu nedenle Berlin Kriterleri ve ASAS kriterleri de belirlenmiştir

#### **AS için Modifiye NewYork (1984) Sınıflandırma Kriterleri**

##### **A. Klinik Kriterler:**

1. Üç ay veya daha uzun süren, dinlenme ile geçmeyip, egzersiz ile düzelen bel ağrısı ve tutukluğu,
2. Lomber omurga hareketlerinde, sagittal ve frontal planlarda kısıtlılık,
3. Göğüs ekspansiyonunun yas ve cinsiyete göre düzeltilmiş normal değerlere göre kısıtlanması.

##### **B. Radyolojik Kriterler**

1. Bilateral grade 2-4 sakroiliit
2. Unilateral grade 3-4 sakroiliit

**Kesin AS:** Bir radyolojik kriter ve klinik kriterlerden biri

**Olası AS:** Tek basına üç klinik kriter veya bir radyolojik kriter

50 yaşından genç hastalarda, enflamatuvar bel ağrısı için modifiye Berlin ve ASAS kriterleri

1. Sabah tutukluğu >30 dakika sürmesi
2. Egzersizle düzelmesi
3. Gecenin ikinci yarısında ağrı nedeniyle uyanma,
4. Gezici gluteal ağrının bulunması.

En az 2 kriterin bulunması gerekir. Bu kriterin sensitivitesi: %70, spesifitesi %81 olarak bildirilmektedir.

Enflamatuvar bel ağrısı için belirtilen ASAS kriterleri ise;

1. <40 yaş başlaması
2. Sinsi başlangıç
3. Egzersiz ile rahatlamanın olması
4. İstirahat ile rahatlamanın olmaması
5. Gece ağrısı (Kalkmakla düzelen)





**Tablo 1.2.** Aksiyel spondiloartrit için ASAS sınıflandırma kriterleri

Bel ağrısının süresi $\geq 3$ ay ve başlangıç yaşı $<45$ olan hastalarda	
Görüntülemelerde Sakroileit* + $\geq 1$ SpA bulgusu* *SpA bulguları	HLA B27 + $\geq 2$ SpA bulgusu* *Görüntülemelerde Sakroileit
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enflamatuvar bel ağrısı</li></ul>	MRG’de aktif (akut)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Artrit</li></ul>	enflamasyon
	Direkt grafide sakroileit
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entezit</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Üveit</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Daktilit</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Psöriyazis</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Crohn/ Ülseratif Kolit</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• NSAİ ilaca iyi yanıt</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• SpA için aile öyküsü</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• HLA-B27 pozitifliği</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Artmış CRP</li></ul>	

#### 2.4. Ankilozan Spondilit Tedavisi

Ankilozan Spondilit tedavisi; ilaç tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve cerrahi tedavi başlıklarında incelenebilir.

##### 2.4.1. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisinde non-biyolojik ilaçlar ve biyolojik ilaçlar olmak üzere iki grup bulunmaktadır.

## **Non-Biyolojik İlaçlar**

Nonsteroid antienflamatuar ilaçlar, analjezikler, sistemik kortikosteroidler, hastalığı modifiye edici ajanlar ve eklem içine kortikosteroid enjeksiyonları kullanılabilen tedavi yöntemleridir (Zochling ve ark., 2006).

## **Biyolojik İlaçlar**

Anti-TNF alfa etki mekanizmasına sahip bu ilaçlar; infliksimab, etanercept, adalimumab, golimumab ve certolizumab pegol olmak üzere 5 adet ilaçtır ve yapılan çeşitli çalışmalarda plasebo tedavisine üstünlükleri kanıtlanmıştır (Braun ve ark., 2002; Davis ve ark.,2003; Haibel ve ark., 2006; Inman ve ark.,2008;Landewé ve ark., 2014).

### **2.4.2. Cerrahi Tedavi**

Tedaviye dirençli olgularda spinal cerrahi (Özgöçmen, 2012) ve kalça cerrahisi (Zochling ve ark., 2006; Sweeney ve ark., 2001) uygulanabilmektedir.

### **2.4.3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uygulamaları**

Ankilozan Spondilit tedavisinde etkinliği kanıtlanmış ve ilaç harici en gerekli tedavidir. Düzenli rehabilitasyonun en temel amaçları spinal hareket kısıtlılığını azaltmak veya azalmasını yavaşlatmak, fonksiyonel durumu korumak, ağrı ve katılığı azaltmaktır (Sieper, 2001;Dagfinrud ve ark., 2008).

## **3. Kullanılan Ölçeklerle İlgili Bilgiler**

Çalışmamızda kullanılan ölçekler şu şekildedir:

- Hasta genel klinik bilgi formu
- Yorgunluğu çok yönlü değerlendirme skalası (MAF)
- Hastane anksiyete - depresyon skalası (HADS)
- Yaşam kalitesi formu (SF-36)
- BASDAI Skoru
- BASFI Skoru
- Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
- SS EULAR hasta bildirim indeksi (ESSPRI)
- EULAR SS hastalık aktivite indeksi (ESSDAI)

### **3.1. Yorgunluğu Çok Yönlü Değerlendirme Skalası (MAF)**

Bu skala yorgunluğu 16 madde ile 5 alt başlıkta değerlendirmektedir: derece, şiddet, günlük aktiviteler üzerine etki, yol açtığı sıkıntılar ve yorgunluk zamanı. Skor 0 (yorgun değil) ve 50 (aşırı yorgun) arasında değişmektedir. MAF skalası 1991 yılında Belza tarafından geliştirilmiştir (Belza, 1995). Romatoid artrit hastalarında da kullanılan bir ölçektir.

### **3.2. Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası (HADS)**

HADS anksiyete ve depresyon belirtilerinin tarandığı, hastanın kendisi tarafından doldurulan ve hastane ortamında sıkça kullanılan bir ölçektir (Zigmond, 1983). HADS ölçeğinde depresyona ait alt sınır 7, anksiyeteye ait alt sınır ise 10 olarak hesaplanmıştır. HADS Türkçe çevirisinin geçerliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Aydemir ve ark., 1997)

### **3.3. Yaşam Kalitesi Formu (SF-36)**

SF-36 sağlık durumunun olumsuz yönleri kadar, olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması söz konusu değildir. Ölçek yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla, Rand Corporation (Ware ve Sherbourne, 1992) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye çevrilerek, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999).

### **3.4. BASDAI Skoru**

Bu ölçek Ankilozan Spondilit hastalarında hastalığın aktivasyon derecesini belirlemektedir. Ankilozan spondilitin 5 temel semptomu hakkında 6 adet sorudan oluşur ve bu sorulara birden ona kadar puan verilir. Sorgulanan semptomlar şunlardır: yorgunluk, spinal ağrı, eklem ağrısı ve şişlik, lokalize hassasiyet (entezit), sabah tutukluğu süresi, sabah tutukluğu şiddeti. İlk 4 sorunun toplamı, son iki sorunun ortalaması ile toplanır ve toplam beşe bölünür. Sonuç olarak BASDAI skoru hesaplanır.

### **3.5. BASFI Skoru**

Bu skorlamada, hastalar 10 aktivite üzerinden fonksiyonel kapasitelerini vizüel analog skala (VAS) üzerinden değerlendirirler. Hastalara 10 adet günlük yaşam aktivitelerinden soru sorulur ve vizüel analog skalası üzerinde bu aktiviteyi gerçekleştirirken ne kadar zorlandıkları sorgulanır. Elde edilen skorlar toplanıp, ortalaması alınır ve bu skor BASFI skorunu oluşturur.

### **3.6. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi**

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi: PUKİ, Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. PUKİ, geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, geri bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşur, 19'u geri bildirim sorusu, 5'i eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu 7 bileşenden oluşur. Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu (Şenol ve ark., 2012).

### **3.7. ESSPRI Skoru**

ESSPRI skorlaması, hasta tarafından doldurulan ve Sjögren Sendromunda kullanılan bir semptom şiddeti değerlendirme ölçeğidir (Seror ve ark., 2010). Hastaya yorgunluk, ağrı ve kuruluk şikâyetlerini bir ile on arasında bir puanla ifade etmesi istenir ve bu üç sorudan elde edilen skorun aritmetik ortalaması sonucu oluşturur. ESSPRI skorunun 5'in altında olması kabul edilebilir hastalık durumu olarak değerlendirilirken, 5 ve üzerinde olması yüksek aktivite bulgusu olarak kabul edilmiştir.

### **3.8. ESSDAI Skoru**

ESSDAI skorlaması Sjögren Sendromunda hastalık aktivitesini ölçen klinik bir skaladır. Alt başlıkları genel semptomlar, lenfadenopati ve lenfoma, glandüler semptomlar, eklem bulguları, cilt bulguları, pulmoner bulgular, renal bulgular, musküler bulgular, periferik sinir sistemi bulguları, santral sinir sistemi bulguları, hematolojik bulgular, biyolojik bulgular şeklindedir. ESSDAI skorunun 4' ün altında olması düşük aktivite, 5-13 arasında olması orta derece aktivasyon, 14 ve üzerinde olması ise yüksek aktivite olduğunu gösterir (Seror ve ark., 2010).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 1.Çalışma Materyali ve Yöntemi Hakkında Bilgi

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı tarafından ACR-Eular Primer Sjögren Sendromu tanı kriterlerine göre tanısı konulmuş ve takip edilmekte olan 163 adet hasta dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak yine Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji Bilim Dalı tarafından takip edilen, yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 100 adet Ankilozan Spondilit hastası ve 100 adet bilinen bir hastalığı olmayan sağlıklı birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Tüm olgulardan anket bilgilendirme formu ile onay alındıktan sonra, katılımcıların demografik verileri, SF-36 formu, Hastane Anksiyete/Depresyon Ölçeği, Yorgunluğu Çok Yönlü Değerlendirme Skalası (MAF), Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği, ayrıca Sjögren Sendromu ve Ankilozan Spondilit hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları, Sjögren Sendromu hastalarının rutin muayene sorgulamasındaki genel hastalık değerlendirmesi (doktor global ve hasta global), spondiloartrit hastaları için BASDAI ve BASFI skoru daha önceden hazırlanan “hastalık değerlendirme formuna” kaydedilmiştir.

### 2. Çalışmanın Amacı

Çalışmamızda Primer Sjögren Sendromu ve Ankilozan Spondiliti olan hastalarda hastalığa bağlı fonksiyonel kayıp, yorgunluk, ruhsal durum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve bunların hastalık aktivitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

### **3. Dışlama ve Dahil Olma Kriterleri**

Dahil olma kriterleri: Araştırmamıza Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Romatoloji polikliniğinde takip edilen 18-65 yaş arası Primer Sjögren Sendromu, Ankilozan Spondilit tanısı olan hastalar ve bilinen herhangi bir hastalığı olmayan sağlıklı kişilerden anket bilgilendirme formunu imzalayarak araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireyler dahil edilmiştir.

Dışlanma Kriterleri: Belirtilen yaş aralığının dışında olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar/sağlıklı bireyler araştırma dışında bırakılmıştır.

### **4. İstatistiksel Analiz**

Veriler, SPSS 22.0/Windows programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, ortanca, standart sapma ve yüzde olarak verilmiştir. Çalışmanın güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir. Gruplar arası anlamlılıkların belirlenmesi için; Oneway Anova, ki-kare testi, Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

## BULGULAR

Çalışmamızda yer alan Primer Sjögren Sendrom tanılı hastaların yaş ortalaması  $50,4 \pm 12,9$  yıl, Ankilozan Spondilit tanılı hastaların yaş ortalaması  $41,6 \pm 10,2$  yıl, kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişilerin yaş ortalaması  $42,6 \pm 11,7$  yıl olarak tespit edildi. Ankilozan Spondilit hastalarının yaş ortalamasının, Primer Sjögren Sendromlu hastalar ve sağlıklı kontrol grubunda yer alan kişilere göre daha genç olduğu görüldü ve yaş farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ( $p < 0,01$ ). (Tablo 2.1)

163 Primer Sjögren Sendrom tanılı hastanın 10'unun (%6,1) erkek, 153'ünün (%93,9) kadın olduğu tespit edilmiştir. 100 Ankilozan Spondilit tanılı hastanın 61'inin (%61) erkek, 39'nun (%39) kadın, kontrol grubunda yer alan 100 sağlıklı kişinin ise 42'sinin (%42) erkek, 58'inin (%58) kadın olduğu görülmüş olup; hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0,001$ ). Beklenildiği gibi Primer Sjögren Sendromunun kadın cinsiyette, Ankilozan Spondilitin ise erkeklerde daha sık olduğu tespit edildi ( $p < 0,05$ ). (Tablo 2.1)

Semptom başlama yaşı Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ortalama 44 yaş, Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda ortalama 29 yaş olarak tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). (Tablo 2.1)

Hastalık süresi Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ortalama 19 ay, Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda ortalama 10 ay olarak tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). (Tablo 2.1)



**Tablo 2.1:** Çalışma grubunun demografik özellikleri

		<b>AS</b>	<b>PSS</b>	<b>Kontrol</b>
<b>Yaş</b>	Ort±SS	41,63±10,27	50,47±12,92	42,69±11,74
	Min	22	28	18
	Maks	64	65	65
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	61 (%61)	10 (%6,1)	42 (%42)
	Kadın	39 (%39)	153 (%93,9)	58 (%58)
<b>Hastalık süresi(ay)</b>	Ort±SS	10,33±7,38	19,12±21,51	-
	Min	1	1	-
	Maks	38	120	-
<b>Semptom başlangıç yaşı</b>	Ort±SS	29,77±8,57	43,42 ± 15,06	-
	Min	8	20	-
	Maks	54	62	-

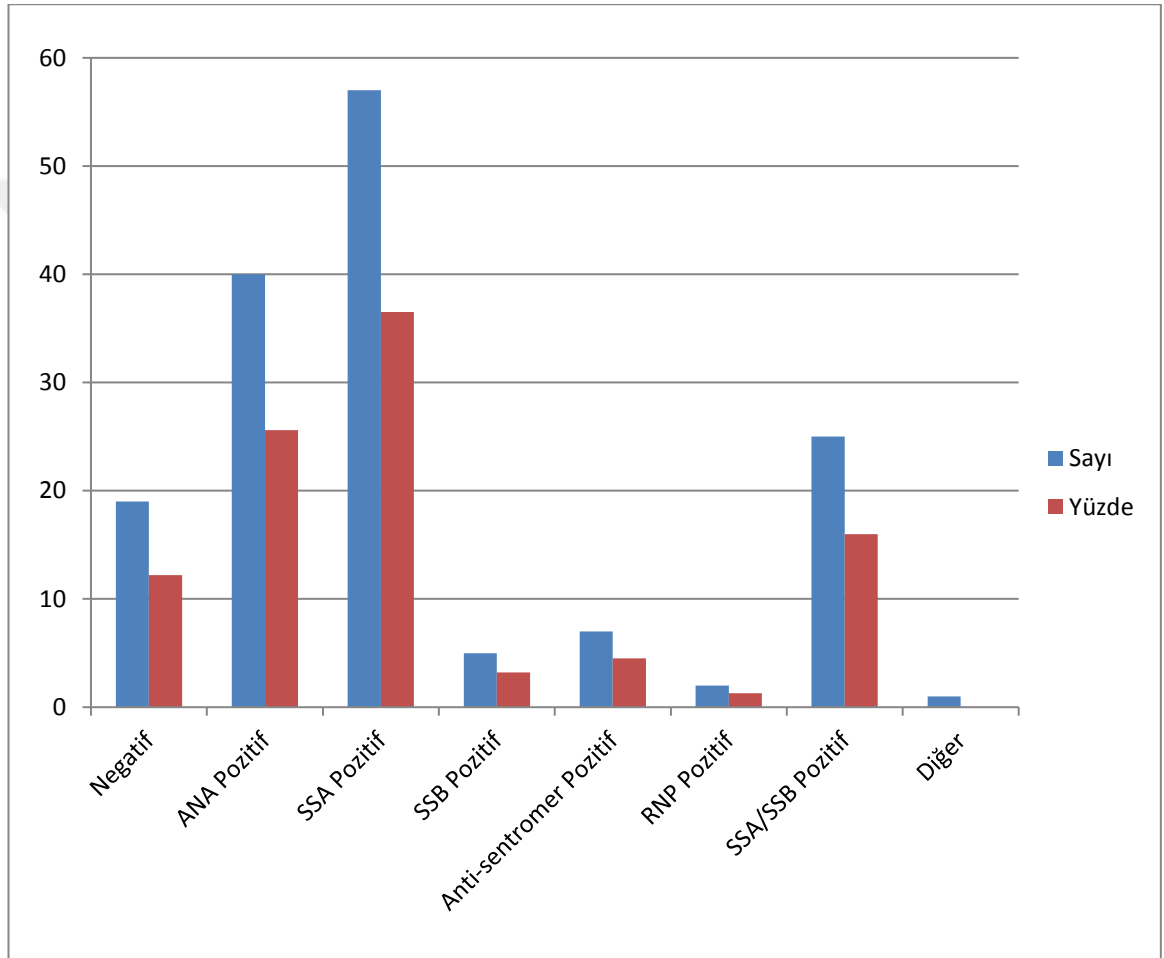
Sjögren Sendromlu hastalarda ekstraplandüler tutulumu olan toplam 24 hastanın, 11 tanesinde (% 6,8) akciğer tutulumu, 8 tanesinde (%5) primer biliyer siroz, 5 tanesinde (%3,1) tubulointertisyel nefrit tespit edildi. (Tablo 2.2)

**Tablo 2.2:** PSS hastalarında ekstraplandüler tutulumlar

<b>PSS hastalarında ekstraplandüler tutulumlar</b>	
<b>Ekstraplandüler tutulum yok</b>	103 (%64,0)
<b>Akciğer tutulumu</b>	11 (%6,8)
<b>Primer Biliyer Siroz</b>	8 (%5,0)
<b>Otoimmün Hepatit</b>	1 (%0,6)
<b>Tubulointersitisyel Nefrit</b>	5 (%3,1)
<b>Duyusal ve motor nöropati</b>	1 (%0,6)
<b>Santral sinir sistemi tutulumu</b>	2 (%1,2)
<b>Vaskülit</b>	2 (%1,2)
<b>Diğer</b>	24 (%14,9)
<b>Hematolojik</b>	2 (%1,2)
<b>PBS+ Akciğer tutulumu</b>	1 (%0,6)
<b>Eklem tutulumu+ Multipl Myelom</b>	1 (%0,6)

Primer Sjögren Sendrom tanılı 19 hastada (%12,2) antikor negatif, 40 hastada (%25,6) Anti nükleer antikor pozitif, 57 hastada (%36,5) Anti SS-A pozitif, 5 hastada (%3,2) Anti SS-B pozitif, 7 hastada (%4,5) Anti-sentromer antikor pozitif, 25 hastada (%16) Anti SSA ve Anti SSB birlikte pozitif olarak saptandı. (Tablo 2.3)

**Tablo 2.3:** PSS hasta grubunda tespit edilen antikorlar



Primer Sjögren Sendrom tanılı 97 hastada (%59,9) tükürük bezi biyopsisi otoimmün sialadenit grade 3 olarak tespit edildi.

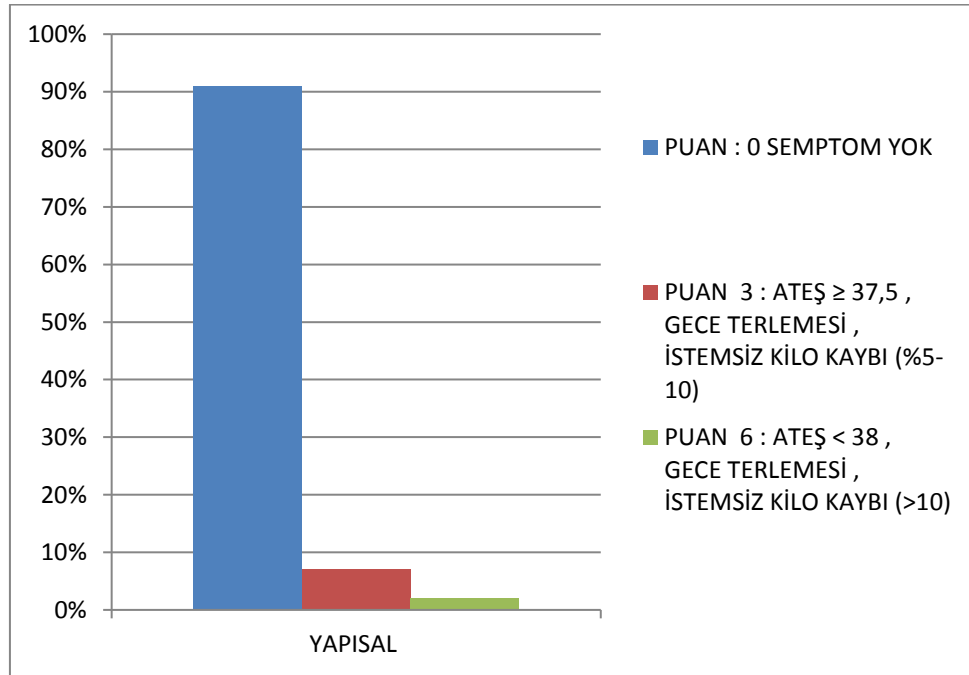
Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) ortalama  $25,0 \pm 22,59$  mm/saat (3-98 mm/saat), C-reaktif protein ortalama  $3,44 \pm 10,36$  mg/l (0,4-97 mg/l) olarak bulundu.

Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ESSDAİ (EULAR HASTALIK AKTİVİTE İNDEKSİ) ortalama değeri 5.00 olarak tespit edildi.

**Tablo 2.4 ESSDAİ Yapısal Hastalık Değerlendirme İndeksi**

	Aktivite Seviyesi	Tanımlama
<b>Yapısal (Enfeksiyon kaynaklı ateşin ve istemli kilo kaybının dışlanması)</b>	<b>0= Yok</b>	<b>Semptomların yokluğu</b>
	<b>3=Hafif</b>	<b>İlmlı ya da aralıklı ateş (37,5-38,5 ), gece terlemesi ve/veya istemsiz kilo kaybı (vücut ağırlığının % 5-10'u)</b>
	<b>6=Orta</b>	<b>Ciddi ateş ( &gt;38° C ) , gece terlemesi ve /veya istemsiz kilo kaybı vücut ağırlığının &gt; % 10 u )</b>

**Tablo 2.5 Sjögren Sendromlu Hastalarda Yapısal Hastalık Oranı**

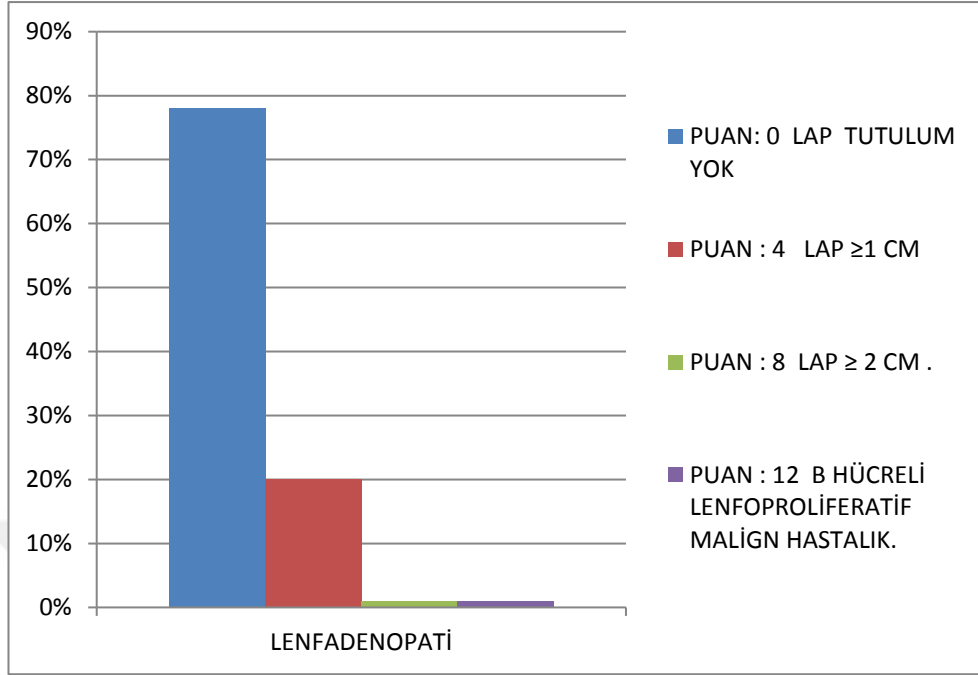


Sjögren Sendromlu hastaların yapısal hastalık değerlendirmesinde (tablo 2.4) ; hastaların %91 de semptom olmadığı, % 7 sinde hafif aktivitede yapısal hastalık semptomu, % 2 sinde orta aktivitede yapısal hastalık semptomu tespit edilmiştir. (Tablo 2.5)

**Tablo 2.6 ESSDAİ Lenfadenopati Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<b>Lenfadenopati (Enfeksiyonun dışlanması)</b>	<b>0= Yok</b>	<b>Aşağıdaki özelliklerin yokluğu</b>
	<b>4=Hafif</b>	<b>LAP <math>\geq</math> 1 cm ya da inguinal bölgede HRCT de gösterilmiş 2 cm LAP</b>
	<b>8=Orta</b>	<b>LAP <math>\geq</math> 2 cm ya da inguinal bölgede <math>\geq</math> 3cm ve /veya splenomegali (palpe edilebilir ya da görüntülemeyle ölçülmüş)</b>
	<b>12=Ağır</b>	<b>Mevcut B hücreli proliferatif hastalık</b>

**Tablo 2.7 Sjögren Sendromlu Hastalarda Lenfadenopati Değerlendirilmesi**

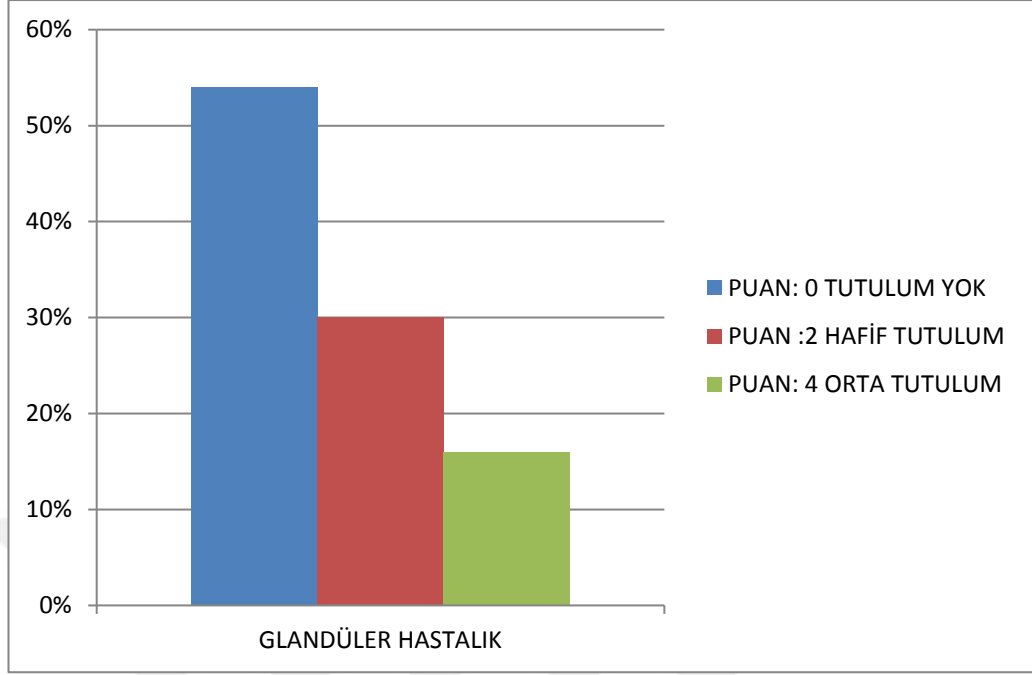


Sjögren Sendromlu hastaların lenfadenopati değerlendirmesinde (Tablo 2.6); hastaların % 78 inde lenfadenopati olmadığı, % 20 sinde hafif aktivitede lenfadenopati, % 1 sinde orta aktivitede lenfadenopati, % 1 sinde ağır aktivitede lenfadenopati tespit edilmiştir. (Tablo 2.7)

**Tablo 2.8 ESSDAİ Glandüler Hastalık Değerlendirme İndeksi**

Glandüler (Taş ya da enfeksiyonun dışlanması)	Aktivite Seviyesi	Tanımlama
	0= Yok	Şişlik yok
	2=Hafif	Parotiste genişleme ile birlikte ( $\leq 3$ cm) küçük bezlerde şişlik ya da sınırlı derecede submandibular ya da lakrimal bezlerin büyümesi
	4=Orta	Parotiste genişleme ile birlikte ( $\geq 3$ cm) büyük bezlerde şişlik ya da önemli derecede submandibular ya da lakrimal bezlerin büyümesi

**Tablo 2.9 Sjögren Sendromlu Hastalarda Glandüler Hastalık Değerlendirilmesi**

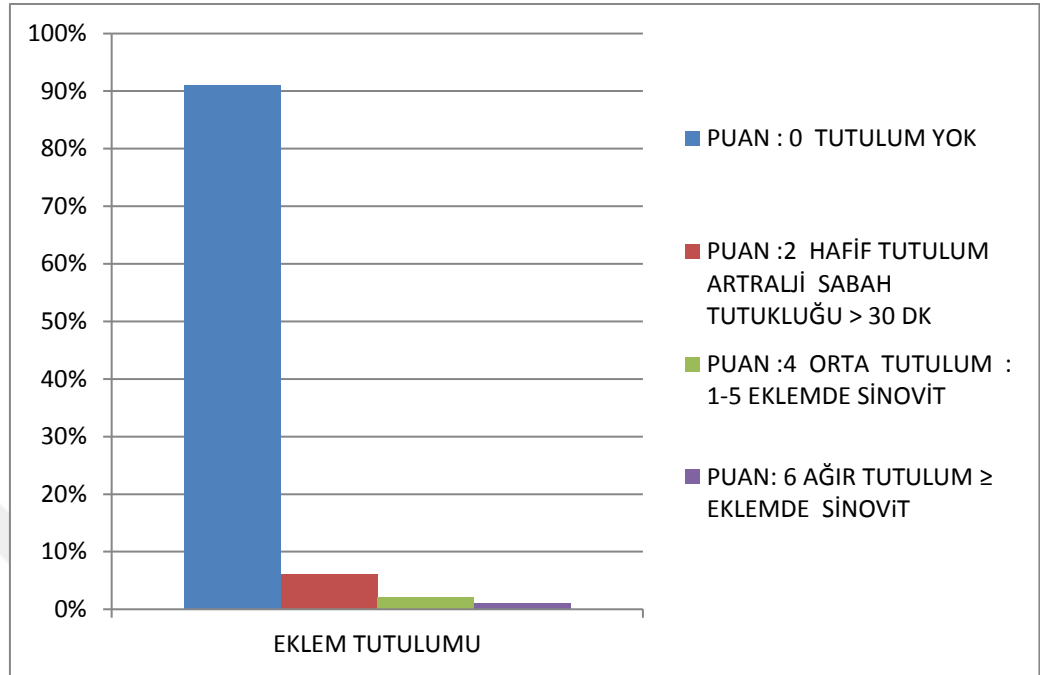


Sjögren Sendromlu hastaların glandüler hastalık değerlendirilmesinde (Tablo 2.8); hastaların % 54 ünde glandüler tutulum olmadığı, hastaların % 30 unda hafif aktivitede glandüler tutulum olduğu, hastaların % 16 sında orta aktivitede glandüler tutulum olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.9)

**Tablo 2.10 ESSDAİ Eklem Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	Aktivite Seviyesi	Tanımlama
<b>Eklem</b> (osteoartritin dışlanması)	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif artiküler tutulum yok</b>
	<b>2=Hafif</b>	<b>El, el bilekleri, ayak ve ayak bileklerinde artralji ile birlikte sabah tutukluğu (&gt; 30dk)</b>
	<b>4=Orta</b>	<b>1-5 eklemden sinovit (toplam 28 eklem)</b>
	<b>6=Ağır</b>	<b>≥ 6 eklemden sinovit (toplam 28 eklem)</b>

**Tablo 2.11 Sjögren Sendromlu Hastalarda Eklem Tutulumunun Değerlendirilmesi**



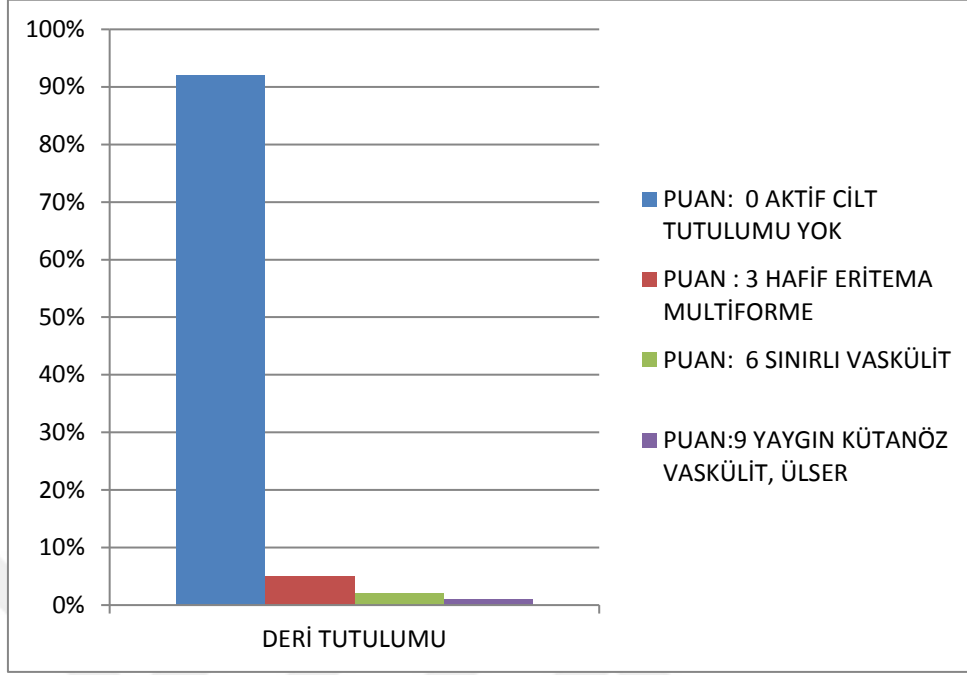
Sjögren Sendromlu hastaların eklem tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.10); hastaların % 91 inde eklem tutulumu olmadığı, hastaların % 6 sında hafif aktivitede eklem tutulumu olduğu, hastaların % 2 sinde orta aktivitede eklem tutulumu ve hastaların % 1 inde ağır aktivitede eklem tutulumu olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.11)

**Tablo 2.12 ESSDAİ Cilt Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<b>Deri</b> <b>(Uzun süredir aktivitesi</b> <b>olmayan hasarlı durumlar)</b>	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif cilt tutulum</b> <b>yok</b>
	<b>3=Hafif</b>	<b>Eritema Multiforme</b>
	<b>6=Orta</b>	<b>Sınırlı kutanöz</b> <b>vaskülit; ürtikeryal</b> <b>vaskülit ya da ayak</b> <b>ve ayak bileklerine</b> <b>sınırlı purpura ya da</b> <b>subakut kutanoz</b> <b>lupus)</b>
	<b>9=Ağır</b>	<b>Yaygın kutanöz</b> <b>vaskülit; ürtikeryal</b> <b>vaskülit ya da diffüz</b> <b>purpura ya da</b> <b>vaskülit ilişkili ülser</b>



**Tablo 2.13 Sjögren Sendromlu Hastalarda Cilt Tutulumunun Değerlendirilmesi**

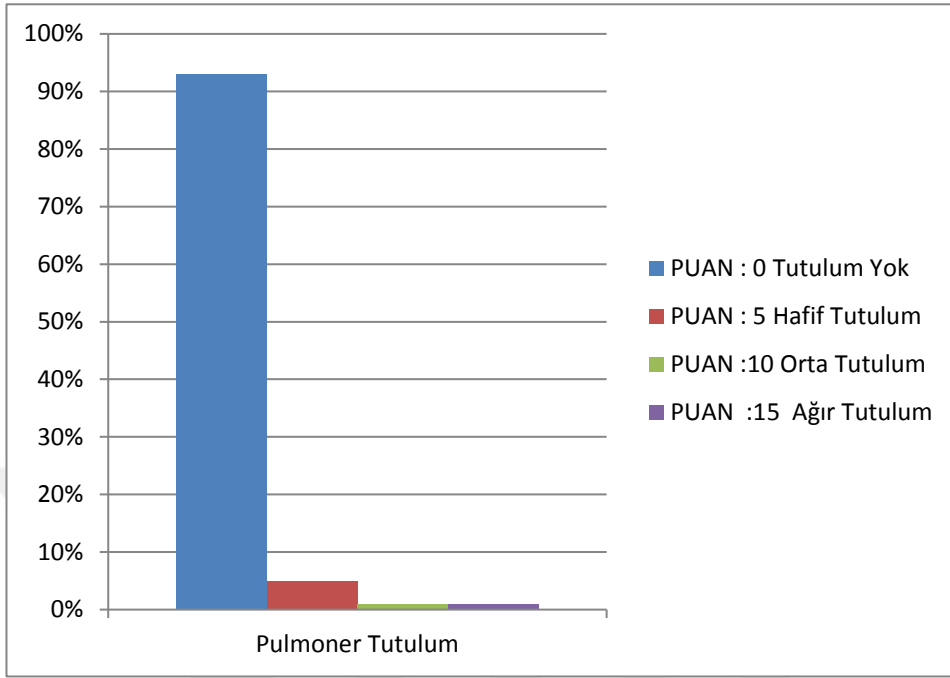


Sjögren Sendromlu hastaların cilt tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.12); hastaların % 92 inde cilt tutulumu olmadığı, hastaların % 5 inde hafif aktivitede cilt tutulumu olduğu, hastaların % 2 sinde orta aktivitede cilt tutulumu ve hastaların % 1 inde ağır aktivitede cilt tutulumu olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.13)

**Tablo 2.14 ESSDAİ Pulmoner Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<b>Pulmoner</b> (Başka hastalıkla ilişkisi olmayan akciğer tutulumu ) madde kullanımı dahil	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif Pulmoner tutulum yok</b>
	<b>5=Hafif</b>	<b>Persistan öksürük ya da radyolojik anormallik yapmayan bronşiyal tutulum, ya da radyolojik veya HRCT de İnterstisyel Akciğer Hastalığı (dispne ve SFT bozukluğu olmaksızın)</b>
	<b>10=Orta</b>	<b>HRCT de gösterilmiş İAH ( egzersiz dispnesi NHYA II ya da anormal SFT % 70 &gt; DLCO ≥ %40 ya da % 80 &gt; FVC ≥ % 60</b>
	<b>15=Ağır</b>	<b>HRCT de gösterilmiş İAH ( egzersiz dispnesi NHYA III –IV ya da anormal SFT DLCO ≤ %40 ya da FVC ≤ % 60</b>

**Tablo 2.15 Sjögren Sendromlu Hastalarda Pulmoner Tutulumunun Değerlendirilmesi**

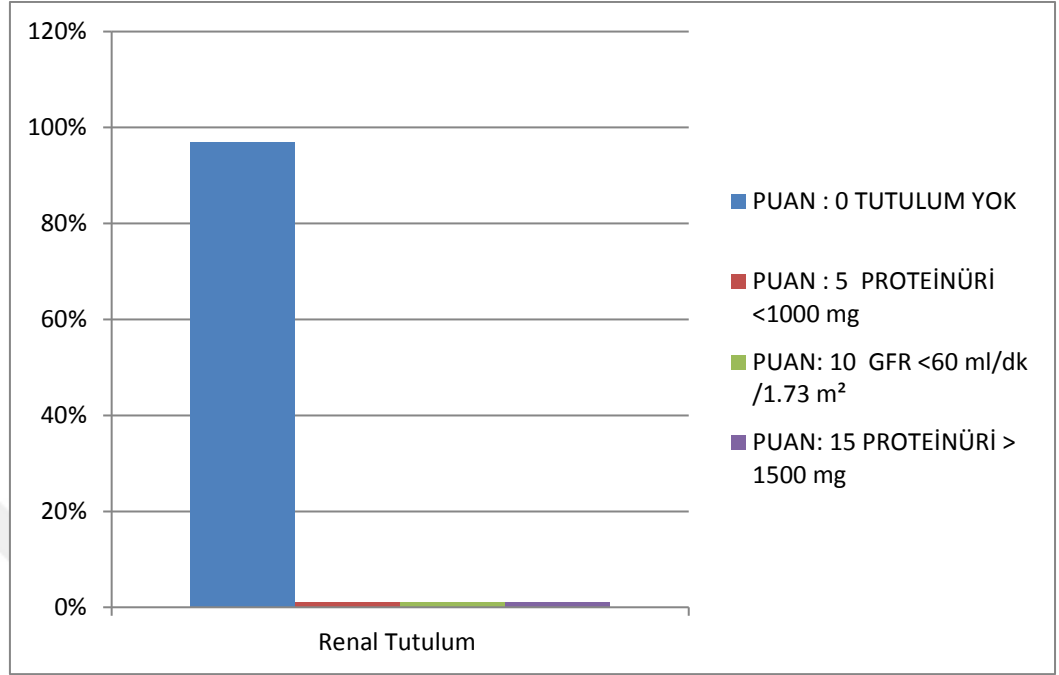


Sjögren Sendromlu hastaların akciğer tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.14); hastaların % 92 sinde akciğer tutulumu olmadığı, hastaların % 5 inde hafif aktivitede akciğer tutulumu olduğu, hastaların % 2 sinde orta aktivitede akciğer tutulumu ve hastaların % 1 inde ağır aktivitede pulmoner tutulumu olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.15)

**Tablo 2.16 ESSDAİ Renal Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<p style="text-align: center;"><b>Renal</b> (Uzun süredir aktivitesi olmayan hasarlı durumlar ve renal tutulumu olan hastalıkların dışlanması. Biyopsi yapıldıysa, histolojik özelliklerine göre aktivite oranı)</p>	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif renal tutulum yok. (proteinüri &lt; 0,5 gr/gün, hematüri lökositüri, asidoz yok)</b>
	<b>5=Hafif</b>	<b>Böbrek yetmezliği yapmayan tübüler asidoz ya da 0,5 -1 gr/gün proteinürisi olan glomerüler tutulum, hematüri ve böbrek yetmezliği olmaksızın</b>
	<b>10=Orta</b>	<b>Böbrek yetmezliği ile ( GFR &lt; 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> ) seyreden tübüler asidoz ya da 1 -1,5 gr/gün proteinürisi olan glomerüler tutulum, hematüri ve böbrek yetmezliği olmaksızın ( GFR ≥ 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> ) ya da ektramembranöz glomerulonefrit ya da interstisyel lenfoid infiltrasyon gösteren histolojik yanıt</b>
	<b>15=Ağır</b>	<b>&gt; 1,5 gr/gün proteinürisi ya da hematüri ve böbrek yetmezliği olan ( GFR &lt; 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> ) glomerüler tutulum, ya da glomerüler tutulum veya kriyoglobulinemik tutulumun histolojik olarak gösterilmesi.</b>

**Tablo 2.17 Sjögren Sendromlu Hastalarda Renal Tutulumunun Değerlendirilmesi**

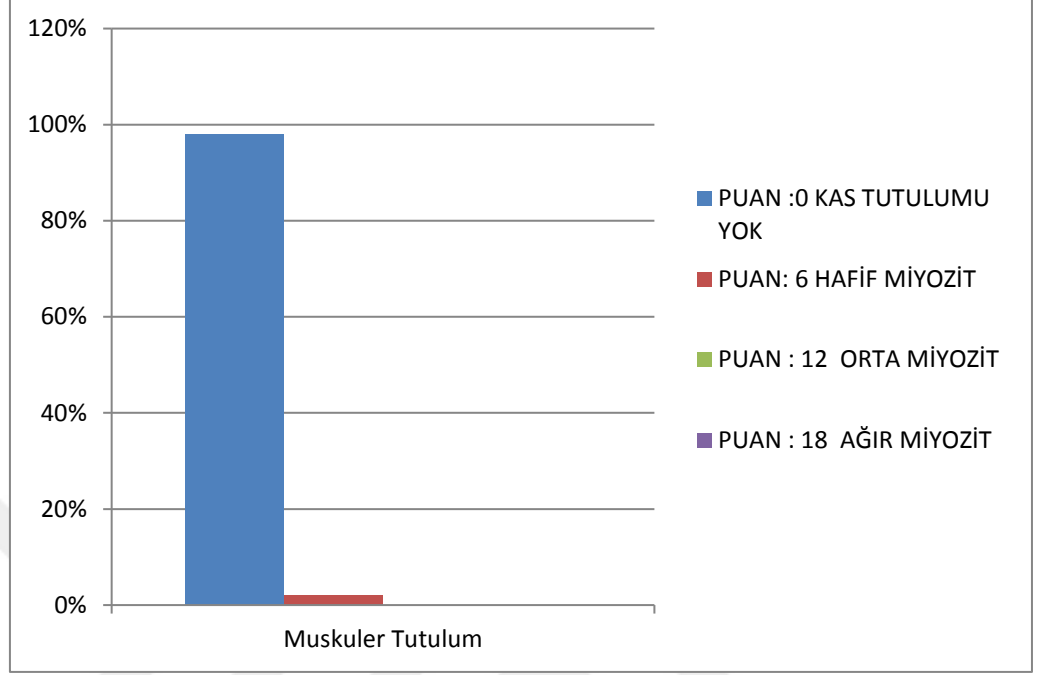


Sjögren Sendromlu hastaların böbrek tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.16); hastaların % 97 sinde böbrek tutulumu olmadığı, hastaların % 1 inde hafif aktivitede böbrek tutulumu olduğu, hastaların % 1 inde orta aktivitede böbrek tutulumu ve hastaların % 1 inde ağır aktivitede böbrek tutulumu olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.17)

**Tablo 2.18 ESSDAİ Muskuler Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<b>Muskuler (Kortikosteroide bağlı kas güçsüzlüğünün dışlanması)</b>	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif kas tutulum yok.</b>
	<b>6=Hafif</b>	<b>Anormal EMG ya da biyopsi ile gösterilmiş hafif şiddette miyozit güçsüzlük ve CK yüksekliği olmaksızın (N &lt;CK&lt;2N)</b>
	<b>12=Orta</b>	<b>Anormal EMG ya da biyopsi ile gösterilmiş orta şiddette miyozit kas güçsüzlüğü ( 4/5) ve CK yüksekliği (2N &lt;CK&lt;4N)</b>
	<b>18=Ağır</b>	<b>Anormal EMG ya da biyopsi ile gösterilmiş ağır şiddette miyozit kas güçsüzlüğü (≤ 3/5) ve CK yüksekliği (&lt;4N)</b>

**Tablo 2.19 Sjögren Sendromlu Hastalarda Musküler Tutulumunun Değerlendirilmesi**

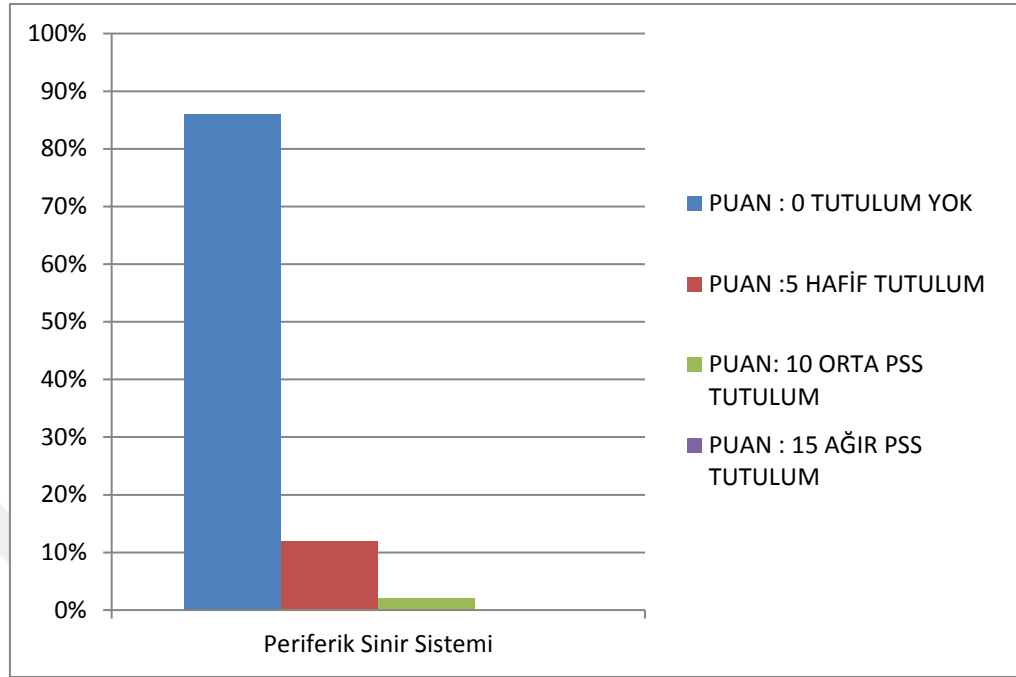


Sjögren Sendromlu hastaların kas tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.18); hastaların % 98 inde kas tutulumu olmadığı, hastaların % 2 sinde hafif aktivitede kas tutulumu olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.19)

**Tablo 2.20 ESSDAİ Periferik Sinir Sistemi Tutulum Değerlendirme İndeksi**

<b>Periferik Sinir Sistemi (Kortikosteroide bağlı kas güçsüzlüğünün dışlanması)</b>	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif periferik sinir sistemi tutulum yok.</b>
	<b>5=Hafif</b>	<b>Sinir ileti çalışmalarında gösterilen hafif PSS tutulumu</b>
	<b>10=Orta</b>	<b>Sinir ileti çalışmalarında gösterilen orta PSS tutulumu</b>
	<b>15=Ağır</b>	<b>Sinir ileti çalışmalarında gösterilen ciddi PSS tutulumu</b>

**Tablo 2.21 Sjögren Sendromlu Hastalarda Periferik Sinir Sistemi Tutulumunun Değerlendirilmesi**



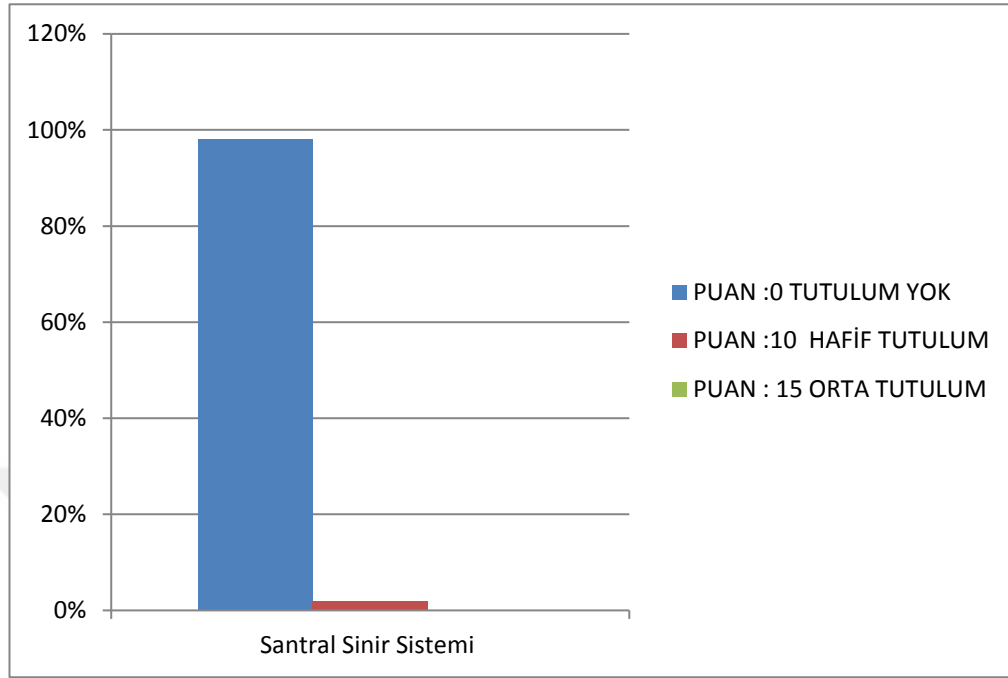
Sjögren Sendromlu hastaların periferik sinir sistemi tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.20 ); hastaların % 87 sinde periferik sinir sistemi tutulumu olmadığı, hastaların % 11 inde hafif aktivitede tutulumu olduğu , % 2 sinde orta aktivitede tutulum olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.21)



**Tablo 2.22 ESSDAİ Santral Sinir Sistemi Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<b>Santral Sinir Sistemi (Uzun süredir aktivitesi olmayan hasarlı durumlar ve SSS tutulumu olan hastalıkların dışlanması)</b>	<b>0= Yok</b>	<b>Aktif santral sinir sistemi tutulumu yok.</b>
	<b>10=Hafif</b>	<b>Hafif SSS tutulumu, santral orjinli kraniyal sinir tutulumu, optik nörit, MS benzeri hastalık tablosu (sadece duyuşal hasara bağı semptomlar ya da kanıtlanmış kognitif bozukluk)</b>
	<b>15=Orta</b>	<b>Şiddetli SSS tutulumu; SVO ya da geçici iskemik atak ile seyreden serebral vaskülit, nöbet, tranvers miyelit, lenfositik menenjit, motor kayıpla giden MS benzer sendrom.</b>

**Tablo 2.23 Sjögren Sendromlu Hastalarda Santral Sinir Sistemi Tutulumunun Değerlendirilmesi**

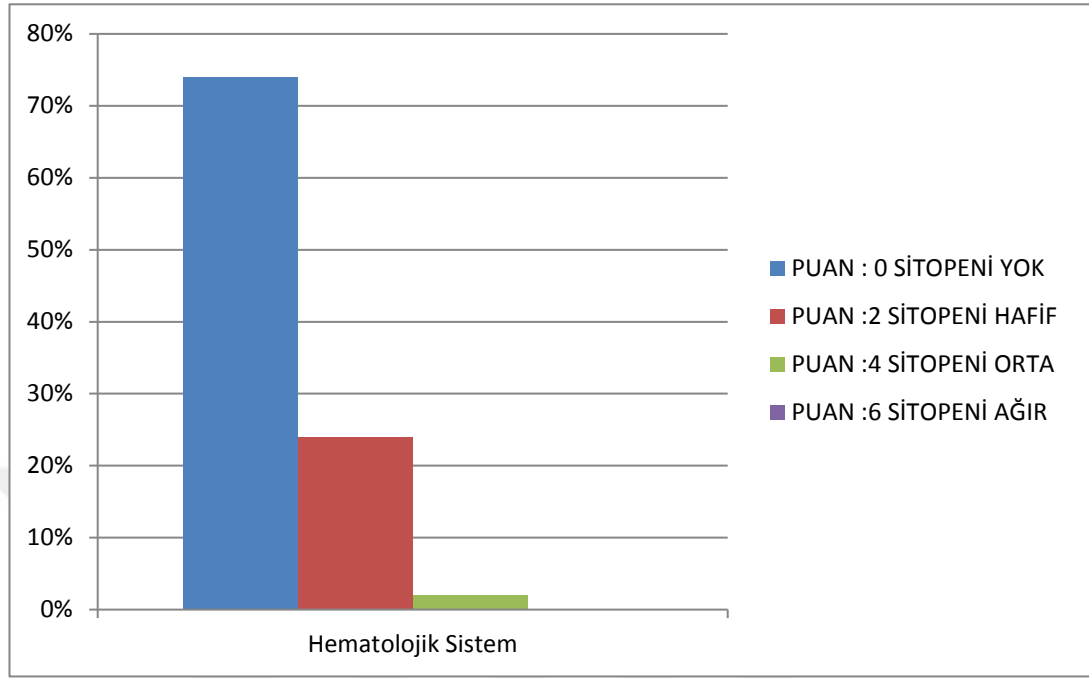


Sjögren Sendromlu hastaların santral sinir sistemi tutulumunun değerlendirilmesinde (Tablo 2.22); hastaların % 99 unda santral sinir sistemi tutulumu olmadığı, hastaların % 1 inde hafif aktivitede santral sinir sistemi tutulumu olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.23)

**Tablo 2.24 ESSDAİ Hematolojik Tutulum Değerlendirme İndeksi**

	<b>Aktivite Seviyesi</b>	<b>Tanımlama</b>
<b>Hematolojik</b> (Sadece otoimmün sitopeniler, vitamin /demir eksikliği ve ilaca bağlı sitopenilerin dışlanması)	<b>0= Yok</b>	<b>Otoimmunsitopeni yok.</b>
	<b>2=Hafif</b>	<b>Otoimmün nötrojeni</b> (1000 < nötrofil < 1500 /mm <sup>3</sup> ) ve/veya anemi (10< Hb<12 g/dl) ve/veya trombositopeni (100000 < Plt< 150000 mm <sup>3</sup> ) ya da lenfopeni ( 500 < lenfosit < 1000 mm <sup>3</sup> )
	<b>4=Orta</b>	<b>Otoimmün nötrojeni</b> ( 500<nötrofil<1000 mm <sup>3</sup> ) ve/veya anemi (8< Hb<10 g/dl) ve/veya trombositopeni (50000 < Plt< 100000 mm <sup>3</sup> ) ya da lenfopeni ( <500 )
	<b>6=Ağır</b>	<b>Otoimmün nötrojeni</b> ( < 500 /mm <sup>3</sup> ) ve/veya anemi (Hb<8 g/dl) ve/veya trombositopeni (Plt< 50000 mm <sup>3</sup> )

**Tablo 2.25 Sjögren Sendromlu Hastalarda Hematolojik Tutulumunun Değerlendirilmesi**

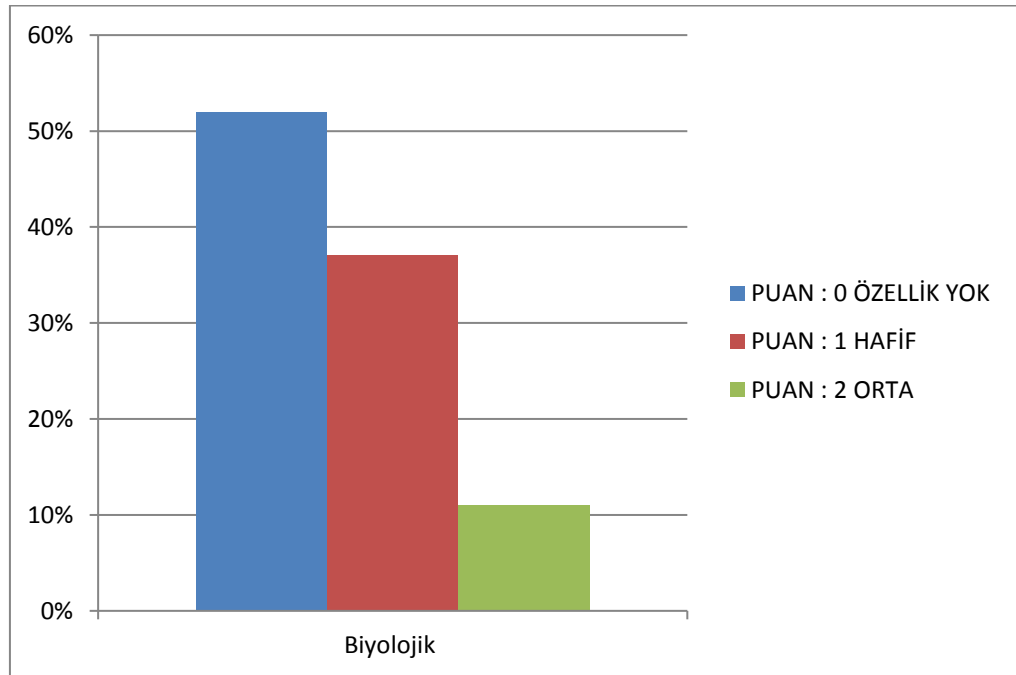


Sjögren Sendromlu hastaların hematolojik tutulumunun değerlendirmesinde (Tablo 2.24); hastaların % 74 ünde hematolojik tutulum olmadığı, hastaların % 24 ünde hafif aktivitede tutulum olduğu, % 2 sinde orta aktivitede tutulum olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.25)

**Tablo 2.26 ESSDAİ Biyolojik Tutulum Değerlendirme İndeksi**

Biyolojik	Aktivite Seviyesi	Tanımlama
	0= Yok	Biyolojik özellik yok.
	1=Hafif	Klonal komponent ve/veya hipokomplementemi (C4, C3, CH50 düşüklüğü) ve/veya hipergamaglobulinemi ya da yüksek Ig G seviyeleri 16-20 g/L arasında
	2=Orta	Kriyoglobulinemi ve/veya hipergamaglobulinemi ya da Ig G yüksekliği (> 20 g/L ) ve/veya son günlerde başlayan hipogamaglobulinemi veya azalan Ig G seviyesi (> 5g/L)
	6=Ağır	Otoimmün nötropeni (< 500 /mm <sup>3</sup> ) ve/veya anemi (Hb<8 g/dl) ve/veya trombositopeni (Plt< 50000 mm <sup>3</sup> )

**Tablo 2.27 Sjögren Sendromlu Hastalarda Biyolojik Tutulumunun Değerlendirilmesi**



Sjögren Sendromlu hastaların biyolojik tutulumunun değerlendirmesinde (Tablo 2.26); hastaların % 52 sinde biyolojik tutulum olmadığı , hastaların % 38 inde hafif aktivitede tutulum olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 2.27)

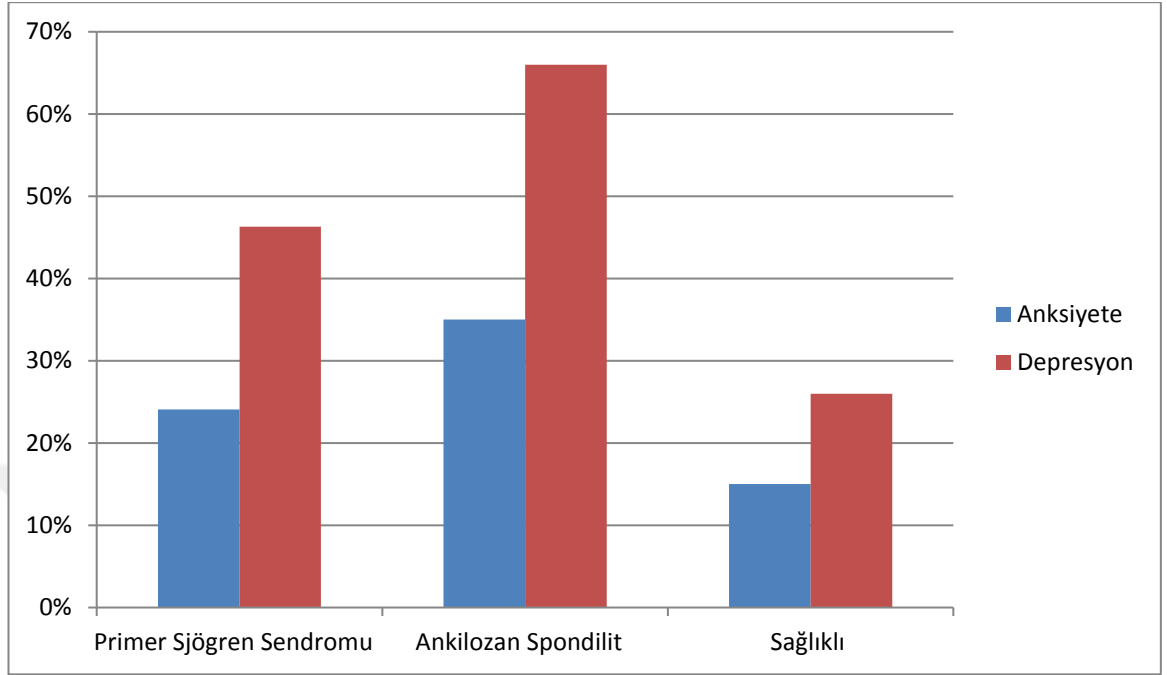
Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ESSPRI (European League Against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ortalama  $4,78 \pm 2,62$  olarak bulundu.

Anksiyete ve Depresyon ölçeğine göre anksiyete bozukluğu Primer Sjögren Sendrom tanılı 39 hastada (% 24,1), Ankilozan Spondilit tanılı 35 hastada (%35), kontrol grubunda 15 kişide (%15) tespit edildi. Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda Anksiyete sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı bulundu ( $p<0,05$ ). (Tablo 2.28)

Anksiyete ve Depresyon ölçeğine göre depresyon Primer Sjögren Sendrom tanılı 75 hastada (% 46,3) , Ankilozan Spondilit tanılı 66 hastada (%66), kontrol grubunda 26 kişide (% 26) tespit edildi. Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda depresyon sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p< 0,01$ ). (Tablo 2.28)

Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalar kendi aralarında karşılaştırıldığında Anksiyete ve Depresyon ölçeğine göre depresyon sıklığı Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0.02$ ). (Tablo 2.28)

**Tablo 2.28:** PSS, AS ve Sağlıklı Kontrol grubunda tespit edilen Anksiyete / Depresyon oranları



**Tablo 2.29:** Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının HADS ölçeğine ve MAF'a göre değerleri

Hastalık	Anksiyete	Depresyon	Yorgunluk Skalası
Median	6,00	6,00	20,850
Minimum	1	2	2,5
Maximum	18	15	48,0
Median	8,00	8,00	25,250
Minimum	0	0	6,5
Maximum	19	16	49,0
Median	4,0	3,00	15,000
Minimum	0	0	3,5
Maximum	18	16	41,8

Yorgunluk skalasında Ankilozan Spondilitli hastalarda yorgunluk ortalama ölçüğü 25,250 Sjögren Sendromunda yorgunluk ortalaması 20,850, sağlıklı kontrol grubunda ise 15,000 bulunmuştur. (Tablo 2.29)

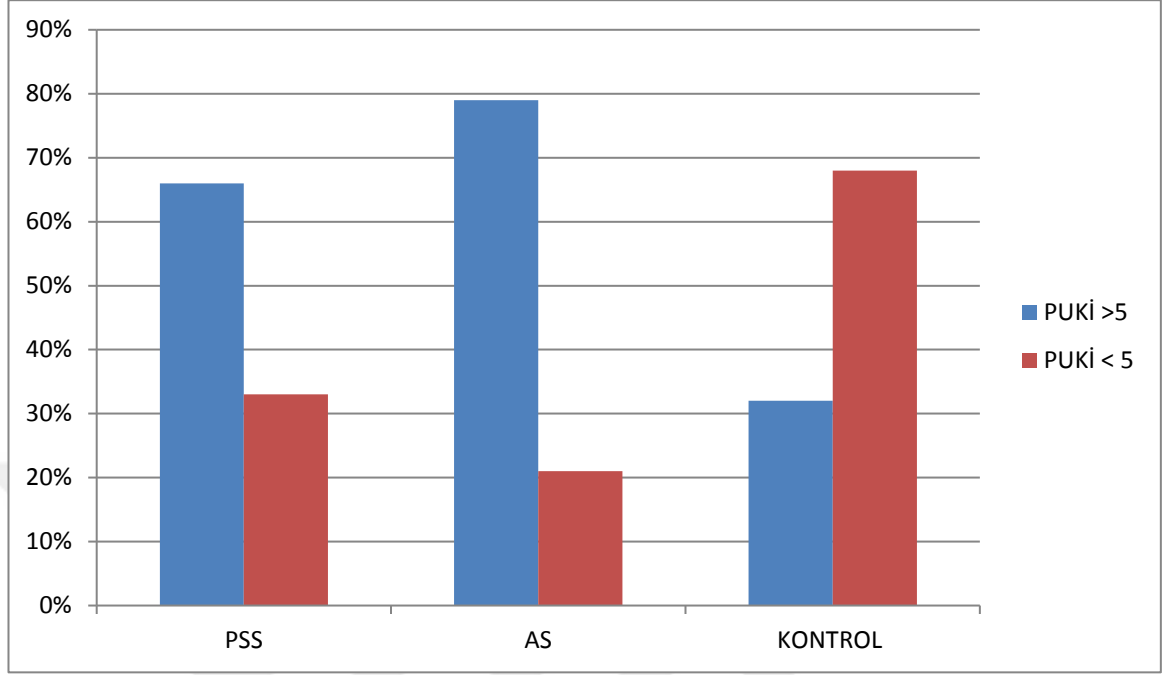
Yorgunluğu çok yönlü değerlendirme ölçeği ile anksiyete ölçeği arasında yüksek dereceli pozitif ilişki saptanmıştır ( $r=0.605$ ,  $p<0.005$ ) Yorgunluğu çok yönlü değerlendirme ölçeği ile depresyon ölçeği arasında da yüksek dereceli pozitif ilişki saptanmıştır ( $r=0.603$ ,  $p<0.005$ ) Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalar ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda yorgunluğun derece, şiddet, günlük aktiviteler üzerine etkisi, yol açtığı sıkıntılar ve yorgunluk zamanını değerlendiren yorgunluğu çok boyutlu değerlendirme ölçeğine göre Ankilozan Spondilitli hastalarda yorgunluk anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0.000,1$ ) (Tablo 2.29)

Ankilozan Spondilitli tanılı hastalarda BASDAİ (BATH Ankilozan Spondilit hastalık aktivite indeksi) ortalama skoru 2,2; BASFI (BATH Ankilozan Spondilit fonksiyonel indeksi) ortalama skoru ise 2,2 olarak bulundu. Ankilozan Spondilit tanılı 16 hastada (% 16 ) BASDAİ skoru 4,1 in üzerinde tespit edilerek, aktif hastalık saptandı.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre 5 ve üzerinde puan alan Primer Sjögren Sendrom tanılı 108 hasta (% 66,7) , Ankilozan Spondilit tanılı 79 hasta (% 79) ve sağlıklı kontrol grubunda 32 (% 32) kişi tespit edilmiş olup hasta grubunda uyku kalite bozukluğu sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak kötü bulundu. ( $p<0.05$ ). Ayrıca Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre 5 ve üzerinde puan alan, Ankilozan Spondilit tanılı hastaların oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup, Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda uyku kalitesi Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalara göre daha düşük saptandı ( $p:0,021$ ). ( Tablo 2.30)



**Tablo 2.30: PUKİ** ye göre PSS, AS ve Kontrol grubunda tespit edilen uyku bozukluğu oranları



Primer Sjögren Sendromlu hastalarda anksiyete ölçek puanı 10 ve üzerinde olanların % 82,1 de uyku kalitesini değerlendiren PUKİ puanı 5 in üzerinde tespit edilerek uyku kalitesi de düşük bulundu ( $p < 0.019$ ). Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda da anksiyete ölçeği 10 ve üzerinde olanların % 91,4 de uyku kalitesinin değerlendiren PUKİ puanı 5 ve üzerinde tespit edilmiştir. ( $p < 0.025$ ) ( Tablo 2.31) PUKİ puanı ile anksiyete ölçeği arasında orta dereceli pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r=0.517$ ,  $p < 0.05$ )

**Tablo2.31:** PUKİ ve Anksiyete Skoru ilişkisi

GRUP		TOTAL PUKİ		TOPLAM
		PUKİ<5	PUKİ≥5	
Sjögren Sendromu	Anksiyete ≤ 9	47 (%38,2)	77 (%61,8)	124
	Anksiyete ≥10	7 (%17,9)	32 (%82,1)	39
	<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>109</b>	<b>163</b>
Ankilozan Spondilit	Anksiyete ≤ 9	18 (%27,7)	47 (%72,3)	65
	Anksiyete ≥10	3 (%8,6)	32 (%91,4)	35
	<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
Kontrol	Anksiyete ≤ 9	61 (%73,5)	22 (%26,5)	83
	Anksiyete ≥ 10	5 (%33,3)	10 (%66,7)	15
	<b>Toplam</b>	<b>66</b>	<b>32</b>	<b>98</b>

Primer Sjögren Sendromlu hastalarda depresyon ölçek puanı 7 ve üzerinde olanların %74,7’de uyku kalitesini değerlendiren PUKİ puanı 5 in üzerinde tespit edilerek uyku kalitesi de düşük bulundu ( $p < 0,045$ ). Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda da depresyon ölçek puanı 7 ve üzerinde olanların % 89,4 de uyku kalitesinin değerlendirilmesinde PUKİ değeri 5 ve üzerinde tespit edilmiştir. ( $p < 0,001$ ) (Tablo 2.32)

PUKİ puanı ile depresyon ölçeği arasında orta dereceli pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r=0.521$ ,  $p < 0.05$ )

**Tablo 2.32:** PUKİ ve Depresyon Skoru ilişkisi

GRUP		TOTAL PUKİ		TOPLAM
		PUKİ<5	PUKİ≥5	
<i>Sjögren Sendromu</i>	<b>Depresyon ≤ 6</b>	<b>35 (%40,2)</b>	<b>53(%59,8)</b>	<b>88</b>
	<b>Depresyon ≥ 7</b>	<b>19 (%25,39)</b>	<b>56 (%74,7)</b>	<b>75</b>
	<b>Toplam</b>	<b>54</b>	<b>109</b>	<b>163</b>
<i>Ankilozan Spondilit</i>	<b>Depresyon ≤ 6</b>	<b>14 (%41,2)</b>	<b>20 (%58,8)</b>	<b>34</b>
	<b>Depresyon ≥ 7</b>	<b>7 (%10,6)</b>	<b>59 (%89,4)</b>	<b>66</b>
	<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>79</b>	<b>100</b>
<i>Kontrol</i>	<b>Depresyon ≤ 6</b>	<b>61 (%81,9)</b>	<b>13 (%18,1)</b>	<b>74</b>
	<b>Depresyon ≥ 7</b>	<b>7 (%26,9)</b>	<b>19 (%73,1)</b>	<b>26</b>
	<b>Toplam</b>	<b>68</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Primer Sjögren Sendromlu hastaların yorgunluk, ağrı ve kuruluk şikâyetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan ESSPRI (European League against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ile anksiyete skoru arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ( $r = 0.517$ ,  $p < 0.005$ ) ESSPRI (European League against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ile depresyon skoru arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır ( $r = 0.511$ ,  $p < 0.005$ ) ESSPRI (European League against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ile yorgunluk skoru ile yüksek derecede pozitif ilişki saptanmıştır ( $r = 0.790$ ,  $p < 0.005$ ).

Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda hastalığın aktivasyon derecesini değerlendiren BASDAİ (BATH Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAİ) skoru ile anksiyete skoru arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r = 0.366$ ,  $p < 0.005$ ).

BASDAİ (BATH Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAİ) skoru ile depresyon skoru ile zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r = 0.327$ ,  $p < 0.001$ ).

BASDAİ (BATH Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi (BASDAİ) skoru ile yorgunluk skoru ile orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r = 0.517$ ,  $p < 0.005$ ).

Ankilozan Spondilit tanılı hastaların fonksiyonel kapasitelerini değerlendiren BASFİ (BATH ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi) skoru ile anksiyete skoru arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r = 0.382$ ,  $p < 0.005$ ).

BASFİ (BATH ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi) skoru ile depresyon skoru arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r = 0.419$ ,  $p < 0.005$ ).

BASFİ (BATH ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi) skoru ile yorgunluk skoru arasında orta derecede pozitif ilişki saptanmıştır. ( $r = 0.490$ ,  $p < 0.005$ ).

Hastalık		SF 36 PF Fiziksel Fonksiyon	SF 36 RF Fiziksel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı	SF 36 BP Bedensel Ağrı	SF 36 GH Genel Sağlık	SF 36 VT Canlılık	SF 36 SF Sosyal Fonksiyon	SF 36 MH Akıl Sağlığı	SF 36 RE Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılığı
<b>Sjögren Sendromu</b>	Median	42,300	42,200	42,100	41,400	46,700	36,400	45,750	36,400
	Minimum	19,2	17,7	19,9	17,2	24,9	9,2	19,8	9,2
	Maximum	57,1	56,2	62,7	55,6	60,9	55,3	57,1	55,3
<b>Ankilozan Spondilit</b>	Median	38,300	35,000	42,200	35,900	46,700	44,800	36,450	44,800
	Minimum	15,2	26,2	19,9	17,2	23,0	22,9	15,2	22,9
	Maximum	57,1	65,0	62,7	62,7	68,0	57,1	58,2	57,1
<b>Kontrol</b>	Median	55,000	56,200	55,900	55,600	56,200	55,300	54,700	55,300
	Minimum	15,2	28,0	19,9	25,1	32,5	23,7	19,8	23,7
	Maximum	62,7	64,0	68,0	64,0	70,4	55,3	63,4	55,300

**Tablo 2.34: Hasta ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının SF-36 değerleri: MCS-PCS**

Hastalık		PCS (Fiziksel Bileşen Özeti)	MCS (Mental Bileşen Özeti)
Sjögren Sendromu	Median	45,75	38
	Minimum	19,8	21
	Maximum	57,1	65
Ankilozan Spondilit	Median	36,45	42,75
	Minimum	15,2	18,1
	Maximum	58,2	61,1
Kontrol	Median	54,7	51,9
	Minimum	19,8	19,8
	Maximum	63,4	72,2

SF 36 ile yapılan yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde; fiziksel fonksiyon (PF), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF), bedensel ağrı (BP), enerji/vitalite (VT), sosyal fonksiyonlar (SF), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE), mental sağlık (MH) alt gruplarında Ankilozan Spondilit ve Primer Sjögren Sendromu arasında anlamlı fark olmadığı, ancak hasta grupları ile sağlıklı kontrol grubu ile anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ). Sağlığın genel algılanması (GH) ise Ankilozan Spondilitli hastalarda, Sjögren Sendromlu hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha kötü olarak bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

Ayrıca SF 36 yaşam kalitesi formunun bileşen özetleri olan fiziksel bileşen özeti (PCS) ve mental bileşen özeti (MCS) nin değerlendirilmesinde genel olarak fiziksel bileşen ve mental bileşenlerin Ankilozan Spondilitli hastalarda hem Primer Sjögren sendromlu hastalara hem de kontrol grubuna göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ). Aynı fark Primer Sjögren sendromlu hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ).

Primer Sjögren Sendromlu hastaların ESSPRI ölçeği ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde ESSPRI ile; fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = -0.718$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = -0.454$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = -0.570$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = -0.545$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = -0.583$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = -0.724$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = -0.549$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF)

arasında negatif yönde zayıf korelasyon ( $r = - 332$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 560$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde zayıf korelasyon ( $r = - 304$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.

Primer Sjögren Sendromlu ve Ankilozan Spondilitli hastaların anksiyete ölçeği ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 527$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 619$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 507$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 529$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 491$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 594$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 587$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 522$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 549$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 585$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.

Primer Sjögren Sendromlu ve Ankilozan Spondilitli hastaların depresyon ölçeği ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 565$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 631$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 547$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 550$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 520$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 606$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 623$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 535$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 571$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 619$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.

Primer Sjögren Sendromlu ve Ankilozan Spondilitli hastaların yorgunluk ölçeği ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 680$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 590$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 599$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 578$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 642$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH)

arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 704$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde yüksek korelasyon ( $r = - 664$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 556$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 586$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 516$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.

Ankilozan Spondilitli hastaların hastalık aktivasyonunu değerlendiren BASDAİ skoru ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 436$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 391$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 423$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 359$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 429$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 347$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 491$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 390$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 393$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 342$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.

Ankilozan Spondilitli hastaların fonksiyonel durumunu değerlendiren BASFİ skoru ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 369$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 431$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 392$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta şiddetli korelasyon ( $r = - 301$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 376$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 344$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 498$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 363$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 424$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 355$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.

Primer Sjögren Sendromlu ve Ankilozan Spondilitli hastaların uyku kalite ölççeği PUKİ ile SF 36 yaşam kalitesi formunun alt bileşenlerinin değerlendirilmesinde fiziksel bileşen özeti (PCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 598$ ;  $p < 0.001$ ), mental bileşen özeti (MCS) arasında negatif yönde orta şiddette korelasyon ( $r = - 557$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyon (PF) arasında negatif yönde orta şiddetli

korelasyon ( $r = - 571$ ;  $p < 0.001$ ), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (RF) arasında negatif yönde orta Şiddetli korelasyon ( $r = - 560$ ;  $p < 0.001$ ), bedensel ağrı (BP) arasında negatif yönde orta Şiddetli korelasyon ( $r = - 557$ ;  $p < 0.001$ ), sağlığın genel algılanması (GH) arasında negatif yönde orta Şiddette korelasyon ( $r = - 581$ ;  $p < 0.001$ ), enerji/vitalite (VT) arasında negatif yönde orta Şiddette korelasyon ( $r = - 599$ ;  $p < 0.001$ ), sosyal fonksiyonlar (SF) arasında negatif yönde orta Şiddette korelasyon ( $r = - 531$ ;  $p < 0.001$ ), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE) arasında negatif yönde orta Şiddette korelasyon ( $r = - 549$ ;  $p < 0.001$ ), mental sağlık (MH) arasında negatif yönde orta Şiddette korelasyon ( $r = - 520$ ;  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir.





## TARTIŞMA

Bu çalışmada Primer Sjögren Sendromu ve Ankilozan Spondiliti olan hastalarda hastalığa bağlı fonksiyonel kayıp, yorgunluk, ruhsal durum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve bunların hastalık aktivitesi ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Bu kapsamda araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere çeşitli anketler uygulanmış sonuç olarak elde edilen veriler hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında karşılaştırılmıştır.

Çalışmamıza dahil edilen 163 Primer Sjögren Sendrom hastasının % 6,1'i erkek, % 93,9'u kadındı. Birlik ve arkadaşlarının 2008 yılında Türkiye'de PSS prevalansını değerlendirmek için yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınlarda erkeklere oranla PSS' nun çok daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılan 100 Ankilozan Spondilit hastasının % 61'i erkek, % 39'u kadındı. Özen' in 2015 yılında tamamı Türk hastalardan oluşan 241 kişilik bir popülasyonda yaptığı çalışmada erkek hasta yüzdesi %59,1 olarak ifade edilmiştir. Çalışmamızda hasta grupları arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup, beklenildiği gibi Primer Sjögren Sendromunun kadın cinsiyette, Ankilozan Spondilitin ise erkeklerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir( $p < 0,05$ ).

Semptom başlama yaşı Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ortalama 44 yaş, Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda ortalama 29 yaş olarak tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p < 0,05$ ). Benzer sonuçlara ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da saptanmıştır. (Çobankara ve ark, 2014)

Ekstraglandüler tutulumu olan Sjögren Sendrom tanılı 24 hastanın, 11 tanesinde (%6,8) akciğer tutulumu, 8 tanesinde (%5) primer biliyer siroz, 5 tanesinde (%3,1) tubüointertisyel nefrit tespit edildi. Casal ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada akciğer tutulumu % 16 ve tubüointerstisyel nefrit % 9 olarak tespit edilmiş olup, en sık ekstraglandüler tutulum olarak hastaların % 53'ünde artralji görülmüştür. Ramos-Casal ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları başka bir çalışmada ise; % 23 akciğer tutulumu, % 3,8 primer biliyer siroz ve % 11 tubüointerstisyel nefrit tespit etmişlerdir. Çalışmamızda Sjögren Sendromlu

hastaların ekstraplandüler tutulum oranları literatüre göre daha az oranda saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendiğinden ekstraplandüler tutulumu olan, ancak klinik olarak saptanamayan hastaların olabileceği değerlendirilmiştir.

Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ESSDAİ ortalama değeri 5.00 olarak tespit edildi. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda ESSDAİ skorunun 5'in altında olması düşük aktivite, 5-13 arasında olması orta derece aktivasyon, 14 ve üzerinde olması ise yüksek aktivite göstergesi olduğu saptanmıştır. ESSDAİ skorunun, PSS hastalarında hastalık aktivitesinin ve klinik yanıtın değerlendirilmesinde önemli bir belirteç olduğu gösterilmiştir. (Serror ve ark, 2016). Çalışmamıza dahil olan Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda ESSPRI (European League Against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ortalama  $4,78 \pm 2,62$  olarak bulundu. ESSPRI skorunun 5'in altında olması kabul edilebilir hastalık durumu olarak değerlendirilirken, 5 ve üzerinde olması yüksek aktivite bulgusu olarak kabul edilmiştir (Seror ve ark, 2016). Başka bir çalışmada ise PSS hastalarında genel popülasyona oranla yaşam kalitesinin azaldığı ve ESSPRI skorunun bunun bağımsız bir belirteci olduğu gösterilmiştir (Lee ve ark, 2016).

Bugüne kadar yapılmış birçok çalışmada BASDAİ skoru 4 ve üzerinde olan AS hastalarının aktif hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. (Baraliakos ve ark, 2011; Rhoeker ve ark, 2015). Çalışmamıza dahil olan Ankilozan Spondilitli hastalarda BASDAİ (BATH Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi) ortalama skoru 2,2; BASFİ (BATH ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi) ortalama skoru ise 2,2 olarak hesaplandı. Ankilozan spondilit tanılı 16 hastada (%16) BASDAİ skoru 4,1'in üzerinde tespit edilerek, aktif hastalık saptandı.

Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada BASDAİ ve BASFİ skoru yüksek olan hastalarda anksiyete ve depresyon sıklığının artmış olduğu saptanmış olup bizim çalışmamızda ise Ankilozan spondilit tanılı hastalarda BASDAİ (BATH Ankilozan spondilit hastalık aktivite indeksi) skoru ile anksiyete skoru arasında zayıf dereceli pozitif ilişki ( $r=0.366$ ), BASDAİ ve depresyon skoru arasında zayıf dereceli pozitif ilişki ( $r=0.327$ ); BASDAİ ve yorgunluk skoru arasında orta dereceli pozitif ilişki ( $r=0,507$ ) saptanmıştır.

Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda BASFİ (BATH ankilozan spondilit fonksiyonel indeksi) skoru ile anksiyete skoru arasında zayıf dereceli pozitif ilişki ( $r=0,382$ ), BASFİ skoru ile depresyon skoru arasında orta dereceli pozitif ilişki ( $r=0,419$ ), BASFİ skoru ile yorgunluk skoru arasında orta dereceli pozitif ilişki ( $r=0,490$ ) bulunmuştur. ( $p < 0,01$ ). Sonuç olarak çalışmamızda yer alan hastaların hastalık aktivasyon (BASDAİ:2,2) ve fonksiyonel indeksleri (BASFİ:2,2) iyi olmasına rağmen olarak anksiyete ve depresyon skorları pozitif olarak zayıf ve orta derecede korelasyonlar tespit edilmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre 5 ve üzerinde puan alan Primer Sjögren Sendrom tanılı 108 hasta (%66,7), Ankilozan Spondilit tanılı 79 hasta (%79) ve kontrol grubunda 32 (%32) kişi tespit edilmiş olup hastaların uyku kalitesi değerlendirildiğinde her iki hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Sjögren Sendromlu hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre uyku kalitesi, süresi ve etkinliğinde anlamlı derecede azalma saptanmıştır (Priori ve ark, 2016). Ayrıca Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre 5 ve üzerinde puan alan tüm hastalarda, Ankilozan Spondilit tanılı olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup, Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda uyku kalitesi Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalara göre daha düşük saptanmıştır ( $p:0,021$ ). AS hastalığının enflamatuvar karakterde bel ağrısı ile hastaların çoğu kez gece uykudan uyanmalarına neden olması ve kalitesiz uykunun gün içinde yorgunluğa, depresyona ve anksiyeteye yol açmaları sonucunda bu hasta grubunda uyku kalitesinin daha düşük, yorgunluk katsayısının da buna bağlı olarak daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada AS hastalarında hastalık aktivasyonun artması ile yaşam kalitesinin bozulduğu gösterilmiştir. Anksiyeteyi predikte eden en önemli faktörün ise uyku bozukluğu olarak saptanmıştır.

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ile yaptığımız çalışmada Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre, fiziksel fonksiyon (PF), sosyal fonksiyon (SF), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (RF), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (RE), mental sağlık (MH), enerji/vitalite (VT), ve ağrı (BP) belirgin olarak kötü bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Ayrıca fiziksel bileşen özeti (PCS), mental bileşen özeti (MCS) ve sağlığın genel

algılanması (GH) ise Ankilozan Spondilitli hastalarda, Sjögren Sendromlu hastalara göre anlamlı derecede daha kötü olarak bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

Ayrıca SF 36 yaşam kalitesi formunun bileşen özetleri olan fiziksel bileşen özeti (PCS) ve mental bileşen özeti (MCS) nin değerlendirilmesinde genel olarak fiziksel bileşen ve mental bileşenlerin Ankilozan Spondilitli hastalarda hem Primer Sjögren sendromlu hastalara hem de kontrol grubuna göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ). Aynı fark Primer Sjögren sendromlu hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında tespit edilmiştir ( $p < 0.001$ ).

SF-36 sağlık durumunun olumsuz yönleri kadar, olumlu yönlerini de değerlendirmektedir. Alt ölçeklerin puanları 0 ile 100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermekte olup yapılan başka bir çalışmada SF 36 ölçeği ile sağlıklı Türk toplumuna ait ortalama değerler tespit edilmiştir (Demiral ve ark, 2006). Anılan çalışma ile İzmir ilinde kentsel bölgede yaşayan 18 yaş ve üzeri 1279 sağlıklı kişi değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda tüm grubun SF 36 alt bileşenlerine ait ortalama değerleri hesaplanmıştır. Sonuçlar yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Çalışmada fiziksel bileşen özet (PCS) puanı ortalama değeri 54, zihinsel bileşen özeti (MCS) puanları 52 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma ile mukayese edildiğinde çalışmamızda SF 36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, ağrı ve sağlığın genel algılanmasını içeren fiziksel bileşen özeti (PCS) puanı (Sjögren Sendromlu hastalarda: 47,5; Ankilozan Spondilitli hastalarda: 36,4; sağlıklı kontrol grubunda 54,7) ve enerji/vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıklarını içeren zihinsel bileşen özeti (MCS) puanı (Sjögren Sendromlu hastalarda: 38,0; Ankilozan Spondilitli hastalarda: 42,75; sağlıklı kontrol grubunda 51,9) anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çalışmamızda SF 36 yaşam kalitesi alt bileşenleri ile anksiyete/depresyon ölçeği, yorgunluğu çok boyutlu değerlendirme ölçeği, BASDAİ, BASFİ, ESSPRİ arasında genel olarak negatif yönde orta siddette korelasyon ve negatif yönde yüksek korelasyon tespit edilmiştir. ( $p < 0.001$ ) Chou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da SF 36 ölçeği ile depresyon ve anksiyete arasında negatif ilişkili korelasyon saptanmıştır. Yang ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada da SF 36 yaşam kalitesi alt bileşenleri ile BASDAİ ve BASFİ arasında bizim çalışmamızda

olduğu gibi negatif yönde ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşam kalitesinin Ankilozan Spondilitli hastalarda normal popülasyona göre belirgin ölçüde bozulduğu tespit edilmiştir. Ankilozan Spondilit ve Sjögren Sendromlu hastaların genel yaşam kalitesi çalışmamızda da tespit ettiğimiz gibi anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca hasta grupları arasında da Ankilozan Spondilitli hastaların özellikle genel sağlık değerlendirilmesinde Sjögren Sendromlu hastalara göre kendilerini daha kötü hissetmelerinin sebebi ağrı, uyku kalite bozukluğu ve anksiyete/depresyon bozukluklarının daha fazla görülmesi ile açıklanabilmektedir.

Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalarda total ESSPRI (European League Against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ile Anksiyete ve Depresyon skalası ve Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Skalası arasında orta ve yüksek dereceli pozitif ilişki bulunmuştur. Total ESSPRI (European League against Rheumatism Sjogren's Syndrome Patient reported index) değeri ile anksiyete skoru arasında orta dereceli pozitif ilişki ( $p=0,517$ ) ESSPRI değeri ile depresyon skoru arasında orta dereceli pozitif ilişki ( $p=0,511$ ) ESSPRI değeri ile yorgunluk skoru arasında yüksek dereceli pozitif ilişki ( $p=0,790$ ) saptanmıştır ( $p< 0.01$ ). Günümüze kadar yapılan hastalık ve yaşam kalitesi çalışmalarında hem AS hem de PSS hastaları sağlıklı bireylere göre daha yüksek oranda anksiyete ve depresyona sahip oldukları saptanmıştır (Valtysdottir ve ark, 2000 – Karakucak ve ark, 2010 – Xu ve ark, 2016). Çalışmamızda PSS ve AS hastaları ayrı ayrı sağlıklı bireyler ile karşılaştırılarak değerlendirilmiş olup hem de ilk defa kendi aralarında (tüm parametrelerin birlikte kullanıldığı) kıyaslama yapılarak istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Primer Sjögren Sendrom ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası ve Yorgunluğu Çok Boyutlu Değerlendirme Skalası ölçeklerine göre anksiyete, depresyon ve yorgunluk ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).

Anksiyete ve Depresyon skalasına göre anksiyete bozukluğu Primer Sjögren Sendrom tanılı 39 hastada (%24,1), Ankilozan spondilit tanılı 35 hastada (%35), sağlıklı kontrol grubunda ise 15 kişide (%15) tespit edilmiştir. Primer Sjögren

Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ( $p<0,05$ ).

Anksiyete ve Depresyon skalasına göre; depresyon Primer Sjögren Sendrom tanılı 75 hastada (% 46,3) , Ankilozan Spondilit tanılı 66 hastada (% 66) , sağlıklı kontrol grubunda ise 26 kişide (% 26) tespit edilmiştir. Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmuştur( $p<0,01$ ). Yapılan bir çalışmada AS hastalarında anksiyete ve depresyon skalasının yaşam kalitesi açısından bağımsız bir risk olduğu ve psikolojik durumun hastalık aktivitesiyle yakın ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Baysal ve ark, 2015).

Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalar birbirleriyle kıyaslandığında Anksiyete ve Depresyon skalasına göre depresyon sıklığı Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalara göre anlamlı olarak artmış olduğu gözlenmiştir( $p=0.02$ ). Literatür tarandığında anksiyete/depresyon sıklığı, uyku kalitesi SS ve AS hastalarında kontrol gruplarıyla ayrı ayrı değerlendirilmiş olup daha önce belirtildiği gibi çalışmamızda ilk kez AS ve PSS arasında mukayese yapılmıştır.

Hastalara uygulanan tüm formlar birlikte değerlendirildiğinde, AS hastalarında Primer Sjögren Sendromlu hastalara göre hayat kalitesi (uyku, depresyon, anksiyete, yorgunluk) daha düşük saptanmıştır. Bunun nedeni Ankilozan Spondilitin primer olarak omurga ve sakroiliak eklemi tutması nedeniyle tüm yaşamsal faaliyetleri olumsuz şekilde etkilemesidir. Ayrıca AS de hastalık aktivasyonu ve semptomları kendini istirahat sırasında bel ağrısı ve sabah tutukluğu şeklinde gösterdiğinden, kronik ağrı ve uyku bozukluğu sonuçta Sjögren Sendromuna göre daha fazla anksiyete ve depresyon oluşturur.

Sjögren Sendromu ve Ankilozan Spondilit her ikisi de uyku bozukluğu, depresyon ve anksiyete, hastalık aktivitesi ile birlikte paralellik göstermektedir. Hastaların kontrollerinde hastalıklarının fiziksel aktivitesi takip edilirken, yaşam kalitesi, yorgunluk, uyku bozuklukları ve ruhsal durumlarını da takip edebilecek şekilde belirli dönemlerde çalışmamızda kullanılan formların uygulanması, kayıt altına alınması ve göz önünde bulundurulması hastalıkların yönetimi ve tedavi

seçiminde belirleyici bir faktör olmalıdır. Bu bilgiler ışığında AS ve PSS hastalarının takibinde psikolojik duygu durumlarının ve yaşam kalitesini içeren tüm unsurların değerlendirilmesi ayrı bir antite olarak düşünölmelidir.



## ÖZET

**Giriş:** Sjögren Sendromu; ekzokrin bezlerin kronik otoimmün bir hastalığı olup, etkilenmiş bezlerin lenfositik infiltrasyonu ile karakterizedir. AS; spondiloartropatiler grubunda yer alan, sakroiliak eklem ve omurgayı tutarak ankiloza yol açan kronik, sistemik, enflamatuvar bir hastalıktır. Çalışmamızda Primer Sjögren Sendromu ve Ankilozan Spondiliti olan hastalarda hastalığa bağlı fonksiyonel kayıp, yorgunluk, ruhsal durum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve bunların hastalık aktivitesi ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Metod:** Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıklar Romatoloji Kliniğinde Primer Sjögren Sendromu tanısı konulmuş ve takip edilmekte olan 163 hasta, AS tanısı konulmuş ve takip edilmekte olan 100 hasta ile birlikte kontrol grubu olarak, bilinen herhangi bir hastalığı olmayan 100 sağlıklı birey dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik verileri, SF-36 formu, hastane anksiyete/depresyon ölçeği, yorgunluğu çok yönlü değerlendirme skalası (MAF), Pittsburgh uyku skalası ve ayrıca Sjögren Sendromu hastalarının ve spondiloartrit hastalarının klinik ve laboratuvar bulguları, Sjögren Sendromu hastalarının rutin muayene sorgulamasındaki genel hastalık değerlendirmesi (doktor global ve hasta global), spondiloartrit hastaları için BASDAİ ve BASFI skoru analiz edilmiştir.

**Sonuçlar:** Çalışmamızda yer alan Primer Sjögren Sendrom tanılı hastaların yaş ortalaması 50,4±12,9 yıl, Ankilozan Spondilit tanılı hastaların yaş ortalaması 41,6±10,2 yıl, kontrol grubunda yer alan sağlıklı kişilerin yaş ortalaması 42,6±11,7 yıl olarak tespit edildi. Beklenildiği gibi Primer Sjögren Sendromunun kadın cinsiyette, Ankilozan Spondilitin ise erkek cinsiyette daha sık olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksine göre 5 ve üzerinde puan alan Primer Sjögren Sendrom tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastaların uyku kaliteleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak kötü bulundu. Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda BASDAİ skoru ile anksiyete, depresyon ve yorgunluk skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon tespit edildi. Primer Sjögren Sendromu tanılı ve Ankilozan Spondilit tanılı hastalar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında Anksiyete



ve Depresyon skalasına göre depresyon sıklığı Ankilozan Spondilit tanılı hastalarda Primer Sjögren Sendrom tanılı hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p=0.02$ ).

**Tartışma:** Bu çalışmada; primer Sjögren sendromu ve Ankilozan Spondilit hastalarında hastalık aktivitesi ruhsal durum ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Gelecekte daha büyük hasta sayısı ile yapılacak olan çalışmalar, bu hastalıklara olan multidisipliner yaklaşım gerekliliğini ortaya çıkaracaktır.



## ABSTRACT

**Introduction:** Sjögren's Syndrome; is a chronic autoimmune disease of the exocrine glands, characterized by lymphocytic infiltration of the affected glands. AS is a chronic systemic inflammatory disease that effect sacroiliac joint and spine and cause ankylosing. In this study, in patients with primary Sjögren's syndrome and Ankylosing Spondylitis; we aimed that assessment of mental health and quality of life, functional loss due to illness, fatigue; investigate the relationship between their disease activities.

**Method:** 163 patients with primary Sjögren's syndrome and 100 patients with ankylosing spondylitis were included the study. Also control group consisted of 100 healthy individuals with no known disease were included in the study. The demographic data of the participants, the SF-36 form, hospital anxiety / depression scale, multidimensional assessment of fatigue (MAF) and Pittsburgh sleep quality index were recorded for all participants. Clinical and laboratory findings of Sjögren's syndrome and Ankylosing Spondylitis patients, general assessment of disease for Sjögren's syndrome patients and BASDAI, BASFI scores for spondyloarthritis patients were analyzed.

**Results:** The mean age of PSS patients was  $50,4 \pm 12,9$  years, the mean age of patients diagnosed with Ankylosing Spondylitis  $41,6 \pm 10,2$  years and the mean age of healthy group was  $42,6 \pm 11,7$  years. Primary Sjögren's Syndrome was found more frequent in female gender and Ankylosing Spondylitis was found more frequent in male gender ( $p < 0,05$ ). According to the Pittsburgh Sleep Quality Index score of 5, and primary Sjögren's syndrome and ankylosing spondylitis patients were significantly higher than the healthy group. In patients diagnosed with ankylosing spondilitis, BASDAI score and anxiety, depression and fatigue score were found to be significantly correlated. When compared with primary Sjögren's syndrome and ankylosing spondylitis patients, prevalence of depression was found statistically significant different between primary Sjögren syndrome and Ankylosing Spondylitis ( $p = 0.02$ ).

**Discussion:** This study shown that; disease activity in patients with ankylosing spondylitis and Primary Sjögren's syndrome affects the mood and quality of life.

Future studies with larger number of patients will reveal the need for a multidisciplinary approach to these diseases.



## KAYNAKLAR

1. Abu-Shakra M, Smythe H, Lewtas J et al. Outcome of polyarteritis nodosa and Churg-Strauss syndrome. *Arthritis Rheum* 1994; 12:1798-1803
2. Ağargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Turk Psikiyatri Derg* 1996;7:107-11.
3. Akkoç N, Khan M. Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. In: Weisman MH, Reveille JD, van de Heide D, eds. *Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies*. London: Mosby; 2005:p 117-131.
4. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L. Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Turkish Journal of Psychiatry* 1997; 8:280-287.
5. Bal A, Unlu E, Bahar G, Aydog E, Eksioğlu E, Yorgancıoğlu R. Comparison of serum IL-1 $\beta$ , sIL-2R, IL-6, and TNF- $\alpha$  levels with disease activity parameters in ankylosing spondylitis *Clin Rheumatol* 2007;26: 211–215.
6. Baysal O, Durmuş B, Ersoy Y, Altay Z, Senel K, Nas K, Uğur M, Kaya A, Gür A, Erdal A, Arıçoğlu O, Tekeoğlu I, Cevik R, Yıldırım K, Kamanlı A, Saraç AJ, Karatay S, Özgöçmen S. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis.
7. Belza BL. Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid
8. Bergfeldt L. HLA-B27-associated cardiac disease. *Ann Intern Med*. 1997 Oct 15;127:621-9.
9. Bernstein RM et al. Preliminary criteria for the classification of Sjögren's
10. Bloch KJ, Buchanan WW, Wohl MJ, Bunim JJ. Sjögren's syndrome: a clinical, pathological and serological study of 62 cases. *Medicine (Baltimore)* 1956; 44: 187–231.
11. Bowman SJ, Ibrahim GH, Holmes G, Hamburger J, Ainsworth JR. Estimating the prevalence among Caucasian women of primary Sjögren's syndrome in two general practices in Birmingham, UK. *Scand J Rheumatol* 2004; 33: 39–43.
12. Braun J, Bollow M, Eggens U, König H, Distler A, Sieper J. Use of dynamic magnetic resonance imaging with fast imaging in the detection of early and advanced sacroiliitis in spondyloarthropathy patients *Arthritis Rheum* 1994;37:1039-45.
13. Braun J, Brandt J, Listing J et al. Treatment of active ankylosing spondylitis with infliximab: a randomised controlled multicentre trial. *Lancet*. 2002;359:1187-93.
14. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet* 2007;369:1379-90.
15. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-
16. Calin A, Mackay K, Santos H, Brophy S. A new dimension to outcome: Application of the Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index. *J Rheumatol* 1999;26: 988-92.
17. Chou CT, Huo AP, Chang HN, Tsai CY, Chen WS, Wanga HP. Cytokine Production from Peripheral Blood Mononuclear Cells in Patients with

- Ankylosing Spondylitis and Their First- Degree Relatives Archives of Medical Research 2007; 38:190-195.
17. Cho HJ, Yoo JJ, Yun CY, Kang EH, Lee HJ, Hyon JY, Song YW, Lee YJ The EULAR Sjogren's syndrome patient reported index as an independent determinant of health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome patients: in comparison with non-Sjogren's sicca patients
  18. Cimaz R, Casadei A, Rose C, et al. Primary Sjögren syndrome in the paediatric age: a multicentre survey. *Eur J Pediatr* 2003; 162: 661–65.
  - Community. *Arthritis Rheum Dis* 1993;36(3):340-7
  19. Creemers MC, Franssen MJ, van't Hof MA, Gribnau FW, van de Putte LB, van Riel PL. Assessment of outcome in ankylosing spondylitis: An extended radiographic scoring system. *Ann Rheum Dis* 2005;64:127-9.
  20. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD002822.
  21. Dagfinrud H, Vollestad NK, Loge JH, Kvien TK, Mengshoel AM: Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population and associations with clinical and self-reported measures. *Arthritis Rheum* 2005; 53:5-11.
  22. Daniels TE, Fox PC. Salivary and oral components of Sjögren's syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1992; 18: 571–89.
  23. Davis Jr JC, van der Heijde D, Braun J, et al: Recombinant human tumor necrosis factor receptor (etanercept) for treating ankylosing spondylitis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2003; 48:3230-3236.
  24. Derk CT, Vivino FB. A primary care approach to Sjögren's syndrome. Helping patients cope with sicca symptoms, extraglandular manifestations. *Postgrad Med* 2004;116:49-54
  25. Feldtkeller E, Vosse D, Geusens P, van der Linden S. Prevalence and annual incidence of vertebral fractures in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2006 Jan;26:234-9
  26. Fox R. Sjögren's syndrome. *Lancet* 2005; 366: 321–31
  27. Fox RI, Tornwall J, Michelson P. Current issues in the diagnosis and treatment of Sjögren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11: 364–71.
  28. François RJ1, Braun J, Khan MA. Entheses and enthesitis: a histopathologic review and relevance to spondyloarthritides. *Curr Opin Rheumatol.* 2001;13:255-64
  29. Gensler L. Clinical features of ankylosing spondylitis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Fifth Edition Rheumatology vol.2. Philadelphia: Mosby, Elsevier; 2011, p. 1129-34.
  30. Gensler LS, Ward MM, Reveille JD, Learch TJ, Weisman MH, Davis JC Jr. Clinical, radiographic and functional differences between juvenile onset and adult-onset ankylosing spondylitis: results from the PSOAS cohort. *Ann Rheum Dis.* 2008 Feb;67:233-7. Epub 2007 Jun 29.
  31. Gladman DD. Clinical aspects of the spondyloarthropathies. *Am J Med Sci.* 1998 Oct;316:234-8.
  32. Gratacós J, Collado A, Pons F, et al. Significant loss of bone mass in patients with early, active ankylosing spondylitis: a followup study. *Arthritis Rheum* 1999; 42:2319

33. Green JE, Hinrichs SH, Vogel J, et al. Exocrinopathy resembling Sjögren's syndrome in HTLV-1 tax transgenic mice. *Nature* 1989;341(6237):72-4.
34. Hackett KL, Newton JL, Frith J, et al. Impaired Functional Status in Primary Sjögren's Syndrome. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Nov;64(11):1760-4
35. Haddad J, Deny P, Munz-Gotheil C, et al. Lymphocytic sialadenitis of Sjögren's syndrome associated with chronic hepatitis C virus liver disease. *Lancet* 1992;339(8789):321-3.
36. Haibel H, Rudwaleit M, Brandt HC, et al: Adalimumab reduces spinal symptoms in active ankylosing spondylitis—clinical and magnetic resonance imaging results of a fifty-two week open label trial. *Arthritis Rheum* 2006; 54:678-681.
37. Hartkamp A, Geenen R, Bijl M, Kruize AA, Godaert GL, Derksen RH. Serum cytokine levels related to multiple dimensions of fatigue in patients with primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:1335–1337. doi: 10.1136/ard.2003.011825.
38. Harris D, Budd R, Firestein G, Genovese M. Çeviri editörü: Arasıl T. Kelly Romatoloji. 5.baskı. 2. Cilt. Güneş kitabevi. 2006; 1105-1124
39. Hultgren S, Broman JE, Gudbjornsson B, Hetta J, Lindqvist U: Sleep disturbances in outpatients with ankylosing spondylitis: a questionnaire study with gender implications. *Scand J Rheumatol* 2000; 29:365-369.
40. Inman RD, Davis Jr JC, van der Heijde D, et al. Efficacy and safety of golimumab in patients with ankylosing spondylitis: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial. *Arthritis Rheum* 2008; 58:3402-3412.
41. Jimenez-Balderas FJ, Mintz G. Ankylosing spondylitis: clinical course in women and men. *J Rheumatol* 1993;20: 2069–72.
42. Jos'e A. L'opez de Castro. HLA-B27 and the pathogenesis of spondyloarthropathies *Immunology Letters* 108 27–33 subtypes *Autoimmunity Reviews* 2007; 6: 183–189.
43. Kassan SS, Moutsopoulos HM. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren syndrome. *Arch Intern Med* 2004;164(12):1275-84.
44. Khan M, Braun WE, Kushner I, Grecek DE, Muir WA, Steinberg AG. HLA-B27 in ankylosing spondylitis: differences in frequency and relative risk in American Blacks and Caucasians. *J Rheumatol Suppl* 1977;3: 39-43.
45. Khan MA, Khan MK, Kushner I. Survival among patients with ankylosing spondylitis: a life-table analysis. *J Rheumatol* 1981;8: 86-90.
46. Kilic G<sup>1</sup>, Kilic E, Ozgocmen S. Relationship between psychiatric status, self-reported outcome measures, and clinical parameters in axial spondyloarthritis.
47. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonu'nun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:102-106.
48. Koutantjı M, Harrold E, Lane S.E. Investigation of quality of life, mood, pain, disability and disease status in primary systemic vasculitis. *Arthritis Rheum*. 2003; 49: 826-837
49. Landewé R, Braun J, Deodhar A, et al. Efficacy of certolizumab pegol on signs and symptoms of axial spondyloarthritis including ankylosing spondylitis: 24-

- week results of a double-blind randomised placebo-controlled Phase 3 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73:39.
50. Lee J, Koh JH, Kwok SK, Park SH. The EULAR Sjögren's Syndrome Patient-Reported Index is an independent determinant of health-related utility values of Korean patients with primary Sjögren's syndrome.
  51. Lee SH, Lee EJ, Chung SW, et al. Renal involvement in ankylosing spondylitis: prevalence, pathology, response to TNF- $\alpha$  blocker. *Rheumatol Int* 2013; 33:1689.
  52. Lehtinen K. Mortality and causes of death in 398 patients admitted to hospital with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1993;52: 174-6.
  53. Leirisalo-Repo M, Turunen U, Stenman S, et al. High frequency of silent inflammatory bowel disease in spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1994; 37:23.
  54. Lendrem D, Mitchell S, McMeekin P, et al. Health-related utility values of patients with primary Sjögren's syndrome and its predictors. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jul;73(7):1362-8.
  55. Li Y, Zhang S, Zhu J, Du X, Huang F. Sleep disturbances are associated with increased pain, disease activity, depression, and anxiety in ankylosing spondylitis: a case-control study.
  56. MacKay K, Mack C, Brophy S, Calin A. The Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI): a new, validated approach to disease assessment. *Arthritis Rheum* 1998;41:2263-2270. *itation* 2008
  57. Mercieca C, Landewe R, Borg AA. Spondylarthropathies Pathogenesis and Clinical Features. In: Bijlsma JWJ, Silva JAP, Hachulla E, Doherty M, Cope E, Liote F. *Eular Textbook on Rheumatic Diseases*. 1 st ed. London: BMJ Group, 2012; p 255-275.
  58. Meijer JM, Meiners PM, Huddleston Slater JJ, Spijkervet FK, Kallenberg G, Vissink A, et al. Health-related quality of life, employment and disability in patients with Sjögren's syndrome. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48:1077–82.
  59. Mikulicz JH. Über eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Tranen- und Mundspeicheldrüsen. In: Billroth GT, ed. *Beitr. Chir. Fortschr. Stuttgart*, 1892: 610–30.
  60. Muñoz-Fernández S, Martín-Mola E. Uveitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:487.
  61. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. Yucel Demiral, Gul Ergor, Belgin Unal, Semih Semin, Yildiz Akvardar, Berna Kivircik and Köksal Alptekin
  62. Ozgocmen S, Ardicoglu O. Odontoid fracture complicating ankylosing spondylitis. *Spinal Cord*. 2000;38:117-9.
  63. Ozgocmen S, Godekmerdan A, Ozkurt-Zengin F. Acute-phase response, clinical measures and disease activity in ankylosing spondylitis. *Joint Bone Spine*. 2007;74:249-53.
  64. Özgöçmen S. Ankilozan Spondilitin Klinik ve Laboratuvar Bulguları. Ataman Ş, Yalçın P (Editörler). *Romatoloji*. Ankara: MN Medikal & Nobel kitabevi; 2012, s.583-96

65. Pedrosa I, Jorquera M, Mendez R, Cabeza B: Cervical spine fractures in ankylosing spondylitis: MR findings. *Emerg Radiol* 2002; 9:38-42.
66. Pflugfelder SC, Crouse CA, Monroy D, et al. Epstein-Barr virus and lacrimal gland pathology of Sjögren's syndrome. *Am J Pathol* 1993;143(1):49-64.
67. Pillemer SR, Matteson EL, Jacobsson LT, et al. Incidence of physician-diagnosed primary Sjögren syndrome in residents of Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 593-99
68. Polihronis M, Moutsopoulos HM. Sjögren's syndrome: The significance of epithelial cells, *Ann Rheum Dis* 1997;348-351.
69. Priori R<sup>1</sup>, Minniti A<sup>1</sup>, Antonazzo B<sup>1</sup>, Fusconi M<sup>2</sup>, Valesini G<sup>3</sup>, Curcio G<sup>4</sup>. *Clin Exp Rheumatol*. 2016 May-Jun;34(3):373-9. Epub 2016 Apr 15. Sleep quality in patients with primary Sjögren's syndrome.
70. Quismorio FP Jr. Pulmonary involvement in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Pulm Med*. 2006 Sep;12:342-5.
71. Ramos-Casals M, Font J. Primary Sjögren's syndrome. In: Imboden J, Hellmann D, Stone J, eds. *Current diagnosis and treatment in rheumatology*. McGraw-Hill, 2007:237-45.
72. Ramos-Casals M, Brito-Zero P, Siso-Almirall A, Bosch X. Primary Sjögren's syndrome. *BMJ* 2012; 344:e3821.
73. Rath HC, Wilson KH, Sartor RB. Differential induction of colitis and gastritis in HLA-B27 transgenic rats selectively colonized with *Bacteroides vulgatus* or *Escherichia coli*. *Infection and Immunity*; 1999;67: 2969-2974.
74. Rosenow E, Strimlan CV, Muhm JR, Ferguson RH. Pleuropulmonary manifestations of ankylosing spondylitis. *Mayo Clin Proc*. 1977;52:641-9.
75. Rudwaleit M, van der Heijde D., Landewé <http://ard.bmj.com/content/70/1/25.long> R., Akkoc N., Brandt J, Chou C. T., Dougados M., Huang F., Gu J., Kirazli Y., Van den Bosch F., Olivieri I., Roussou E., Scarpato S., Sørensen I. J., Valle-Oñate R., Weber U., Wei J., Sieper J. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70:25-31 R., Akkoc N., Brandt J, Chou C. T., Dougados M., Huang <http://ard.bmj.com/content/70/1/25.long> F., Gu <http://ard.bmj.com/content/70/1/25.long> J., Kirazli Y., Van den Bosch F., Olivieri I., Roussou E., Scarpato S., Sørensen I. J., Valle-Oñate R., Weber U., Wei J., Sieper J. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70:25-31 Segal B, Thomas W, Rogers T, Leon JM, Hughes P, Patel D, Patel K, Novitzke J, Rohrer M, Gopalakrishnan R, Myers S, Nazmul-Hossain A, Emamian E, Huang A, Rhodus N, Moser K. Prevalence, severity, and predictors of fatigue in subjects with primary Sjögren's syndrome. *Arthritis Rheum*. 2008;59:1780-1787. doi: 10.1002/art.24311.
76. Segal B, Bowman SJ, Fox PC, Vivino FB, Murukutla N, Brodscholl J, et al. Primary Sjögren's syndrome: health experiences and predictors of health quality among patients in the United States. *Health Qual Life Outcomes* 2009;7:46.



77. Seror R., Ravaud P, Bowman S, Baron G, Tzioufas A, Theander E, Gottenberg J, Bootsma H, Mariette X, Vitali C. EULAR Sjogren's syndrome disease activity index: development of a consensus systemic disease activity index for primary Sjogren's syndrome: *Ann Rheum Dis*. 2010 Jun; 69(6): 1103–1109.
78. Seror R, Bootsma H, Bowman SJ et al. Outcome measures for primary Sjogren's syndrome. *J Autoimmun* 2012;39:97\_102.
79. Seror R, Bowman SJ, Brito-Zeron P, Theander E, Bootsma H, Tzioufas A, Gottenberg JE, Ramos-Casals M, Dörner T, Ravaud P, Vitali C, Mariette X, Asmussen K, Jacobsen S<sup>1</sup>, Bartoloni E, Gerli R, Bijlsma JW, Kruize AA, Bombardieri S, Bookman A, Kallenberg C, Meiners P, Brun JG, Jonsson R, Caporali R, Carsons S, De Vita S, Del Papa N, Devauchelle V, Saraux A, Fauchais AL, Sibilia J, Hachulla E, Illei G, Isenberg D, Jones A<sup>1</sup>, Manoussakis M, Mandl T, Jacobsson L, Demoulin F, Montecucco C, Ng WF, Nishiyama S, Omdal R, Parke A, Praprotnik S, Tomsic M, Price E, Scofield H, L Sivils K, Smolen J, Laqué RS, Steinfeld S, Sutcliffe N, Sumida T, Valesini G, Valim V, Vivino FB, Vollenweider C. EULAR Sjögren's syndrome disease activity index (ESSDAI): a user guide.
80. Shiboski S.C., Shiboski C.H., Criswell A., Baer A.N., Challacombe S., Lanfranchi H., Schiodt M., Umehara H., Vivino F., Zhao Y., Dong Y., Greenspan D., Heidenreich A.M., Helin P., Kirkham B., Kitagawa K., Larkin G., Li M., Lietman T., Lindegaard J., McNamara N., Sack K., Shirlaw P., Sugai S., Vollenweider C., Whitcher J., Wu A., Zhang S., Zhang W., Greenspan J.S., Daniels T.E. American College of Rheumatology Classification Criteria for Sjögren's Syndrome: A Data-Driven, Expert Consensus Approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance Cohort, *Arthritis Care & Research* Vol. 64, No. 4, 2012, pp 475–487
81. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, et al: Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis* 2002; 61(Suppl 3):iii8-iii18.
82. Sieper J. Management of ankylosing spondylitis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Fifth Edition Rheumatology vol.2. Philadelphia: Mosby, Elsevier; 2011, p.1157-77
83. Soto-Rojas AE, Kraus A. The oral side of Sjogren syndrome. Diagnosis and treatment. A review. *Arch Med Res*. 2002 Mar-Apr;33(2):95-106. 102
84. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2013.
85. Sweeney S, Gupta R, Taylor G, Calin A: Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: outcome in 340 patients. *J Rheumatol* 2001; 28:1862-1866. syndrome. Results of a prospective concerted action supported by the European
86. Şenol V., Soyuer F., Pekşen Akça R., Argün M. : Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Medical Journal* 2012; 14: 93-102
87. Taggard DA, Traynelis VC. Management of cervical spinal fractures in ankylosing spondylitis with posterior fixation. *Spine*. 2000;25:2035-9.
88. Tzioufas AG, Vlachoyiannopoulos PG. Sjogren's syndrome an update on clinical, basic and diagnostic therapeutic aspects. *J Autoimmun* 2012;39:1\_3. Bowman SJ, St Pierre Y, Sutcliffe N, Isenberg DA, Goldblatt F, Price E, et al. Estimating indirect costs in primary Sjögren's syndrome. *J Rheumatol* 2010;37:1010–5.

89. Traki L, Rostom S, Tahiri L, Bahiri R, Harzy T, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. Responsiveness of the EuroQol EQ-5D and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in rheumatoid arthritis patients receiving tocilizumab. *Clin Rheumatol*. 2014 Aug;33(8):1055-60.
90. Türk Dil Kurumu Yazım Kılavuzu , İlaç ve Eczacılık Terimleri Sözlüğü
91. Van Der Linden S, Van Der Heijde D. Classification of spondyloarthropathies. In: Hochberg M et al., eds. *Rheumatology*. Section. 9: Spondyloarthropathies. Elsevier 2003;1149-1151.
92. V. Devauchelle-Pensec<sup>1</sup>, J. Morvan<sup>1</sup>, A.C. Ra et al. Effects of rituximab Therapy on quality of life in patients with primary Sjögren's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2011; 29: 6-12.
93. Vitali C, Bombardieri S, Jonnson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carson SE, et al. 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
94. Vitali C, Bombardieri S, Moutsopoulos HM, Balestrieri G, Becivelli W,
95. Wan KH, Chen LJ, Young AL .Depression and anxiety in dry eye disease: a systematic review and meta-analysis.
96. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.
97. Westhoff G, Dorner T, Zink A. Fatigue and depression predict physician visits and work disability in women with primary Sjo"gren's syndrome: results from a cohort study. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51:262-9.
98. Wirbelauer C. Management of the red eye efor the primary care physician. *Am J Med* 2006; 119:302-6
99. Xu X, Shen B, Zhang A, Liu J, Da Z, Liu H, Gu Z. Anxiety and depression correlate with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients withankylosing spondylitis.
100. Yang X, Fan D, Xia Q, Wang M, Zhang X, Li X, Cai G, Wang L, Xin L, Xu S, Pan F The health-related quality of life of ankylosing spondylitis patients assessed by SF-36: a systematic review and meta-analysis.
101. Zeboulon N, Dougados M, Gossec L. Prevalence and characteristics of uveitis in the spondyloarthropathies: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:955
102. Zigmund AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
103. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R, et al: Assessment in AS international working group: European League Against Rheumatism. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65:442-452.

## YAŞAM KALİTESİ (SF-36) FORMU

Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Tarih:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem eviştirlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan olduğunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

# Pitsburg uyku ölçeği

**cinsiyet** bayan erkek**adı soyadı****yaş****hastalık tanısı****hastalı süresi****1.genellikle saat kaçta uyku için yatağa gidersiniz****3.genellikle sabah kaçta uyanırsınız****4.geceleri ortalama uyku süreniz ne kadardır**

>7 saat - 0 puan,6-7 saat 1 puan,5-6 saat 2 puan,<5 saat 3 puan

**2.yatağa yatmanız ile uykuya dalmanız arasında geçen süre ortalama kaç dakikadır**

<15 dk 0 puan,16-30 dk 1 puan,31-60 dk 2 puan,>60 dk 3 puan

**5geçen ay içersinde kötü uyudum çünkü**

toplam puan 0=0,(1-9)=1,(10-18)=2,(19-27)=3

hiç yok(0)

haftada birden  
az(1)haftada 1-2  
kere(2)haftada 3 veya  
daha fazla(3)

30 dk içersinde  
uykuya  
dalamadım



uykunun ortasında



sabah çok erken uyandım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
banyoyu kullanmak zorunda kaldım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rahat nefes alamadım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
şiddetli horladım veya öksürdüm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
soğuk hissettim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aşırı derece sıcak hissettim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kötü rüya gördüm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ağrım oldu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 6.geçen ay içersinde uykuya yardım için ne sıklıkla ilaç kullanmak zorunda kaldınız

- hiç yok(0)  
 haftada 1 den az(1)  
 haftada 1-2 kere(2)  
 haftada 3 veya 3 den fazla(3)

### 7.geçen ay içersinde ne sıklıkla uyanikken araç kullanma ,yemek yeme veya sosyal aktivitede zorluk çektiniz?

7 ve 8 .soru toplamı 0=0,1-2=1,3-4=2,5-6=3

- hiç yok(0)  
 haftada 1 den az(1)  
 haftada 1-2 kere(2)  
 haftada 3 veya daha fazla(3)

### 8.geçen ay uykusuzluk işlerinizi yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

7 ve 8 .soru toplamı 0=0,1-2=1,3-4=2,5-6=3

- hiç problem oluşturmadı(0)  
 yalnızca çok az problem oluşturdu(1)  
 bir dereceye kadar problem oluşturdu(2)  
 çok büyük problem oluşturdu(3)

### 9.geçen ay içersinde gene olarak uyku kaliteniz için yorumunuz

- çok iyi(0)  
 oldukça iyi(1)  
 oldukça kötü(2)  
 çok kötü(3)

### toplam skor

5b,5c,5d,5e,5f,5g,5h,5i ve 5 j nin toplam skoruu 0=0,1-9=1,10-18=2,19-27=3

## SJÖGREN SENDROMU EULAR HASTA BİLDİRİM İNDEKSİ (ESSPRI)

(Total skor 3 skalanın skorunun ortalamasıdır)

1) Son 2 haftadır kuruluk şikayetinizin derecesi nedir?

Kuruluk yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En ağır derecede kuruluk
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

2) Son 2 haftadır halsizlik şikayetinizin derecesi nedir?

Halsizlik yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En ağır derecede halsizlik
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

3) Son 2 haftadır ağrı (kol veya bacaklarda ki eklem ya da kaslarda olan) şikayetinizin derecesi nedir?

Ağrı yok	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En şiddetli ağrı
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

## SJÖGREN SENDROMU EULAR HASTALIK AKTİVİTE İNDEKSİ (ESSDAI)

Domain	Aktivite seviyesi	Tanımlama
Yapısal enfeksiyon kaynaklı ateşin ve istemli kilo kaybının dışlanması	0=yok	Aşağıdaki semptomların yokluğu
	3=hafif	İlimli ya da aralıklı ateş ( $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ )/gece terlemesi ve/veya istemsiz kilo kaybı (vücut ağırlığının %5-10'u)
	6=orta	Ciddi ateş ( $>38^{\circ}\text{C}$ )/ gece terlemesi ve/veya istemsiz kilo kaybı (VA'nın $>\%10$ )
Lenfadenopati enfeksiyonun dışlanması	0=yok	Aşağıdaki özelliklerin yokluğu
	4=hafif	LAP $\geq 1$ cm ya da inguinal bölgede HRCTde gösterilmiş 2cm
	8=orta	LAP $\geq 2$ cm yada inguinal bölgede $\geq 3$ cm ve/veya splenomegali (palpe edilebilir ya da görüntülemeyle ölçülmüş)
	12=ağır	Mevcut B hücreli proliferatif malign hastalık*
Glandular taş ya da enfeksiyonun dışlanması	0=yok	Şişlik yok
	2=hafif	Parotiste genişleme ile birlikte ( $\leq 3$ cm) küçük bezlerde şişlik ya da sınırlı derecede submandibular ya da lakrimal bezlerin büyümesi
	4=orta	Parotiste genişleme ile birlikte ( $>3$ cm) büyük bezlerde şişlik ya da önemli derecede submandibular ya da lakrimal şişlik
Eklem osteoartritin dışlanması	0=yok	Aktif artiküler tutulum yok
	2=hafif	El, el bilekleri, ayak ve ayak bileklerinde artralji ile birlikte sabah tutukluğu ( $>30$ dk)
	4=orta	1-5 eklemde sinovit (toplam 28 eklem)
	6=ağır	$\geq 6$ eklemde sinovit (toplam 28 eklem)
	9=ağır	$\geq 6$ eklemde sinovit (toplam 28 eklem)
Deri Uzun süreli aktivitesi olmayan hasarlı durumlar	0=yok	Aktif cilt tutulumu yok
	3=hafif	Eritema multiforme
	6=orta	Sınırlı kutanoz vaskülit, ürtikeryal vaskülit ya da ayak ve ayak bileklerine sınırlı purpura ya da subakut kutanoz lupus
	9=ağır	Yaygın kutanoz vaskülit, ürtikeryal vaskülit ya da diffüz purpura ya da vaskülit ilişkili ülser
	12=ağır	Aktif pulmoner tutulum yok
Pulmoner Baska hastalıklarla ilişkili olmayan akciğer tutulumu (madde kullanımı vs)	0=yok	Aktif pulmoner tutulum yok
	5=hafif	Persistan öksürük ya da radyolojik anormallik yapmayan bronşial tutulum Yada radyolojik veya HRCT'de İAH (dispne ve SFT bozukluğu olmaksızın)
	10=orta	HRCT'de gösterilmiş İAH (egzersiz dispnesi NHYA II ya da anormal SFT $\%70 > \text{DLCO} \geq \%40$ ya da $\%80 > \text{FVC} \geq \%60$ )
	15=ağır	HRCT'de gösterilmiş İAH (istirahatte olan nefes darlığı NHYA III, IV ya da anormal SFT $\text{DLCO} < \%40$ ya da $\text{FVC} < \%60$ )
	18=ağır	HRCT'de gösterilmiş İAH (istirahatte olan nefes darlığı NHYA III, IV ya da anormal SFT $\text{DLCO} < \%40$ ya da $\text{FVC} < \%60$ )
Renal Uzun süreli aktivitesi olmayan hasarlı durumlar ve renal tutulumu olan hastalıkların dışlanması. Biyopsi yapıldıysa, histolojik özelliklerine göre aktivite oranı	0=yok	Aktif renal tutulum yok (proteinüri $< 0,5$ gr/gün, hematurî, lökositüri, asidoz yok)
	5=hafif	Böbrek yetmezliği yapmayan tübüler asidoz ya da $0,5-1$ gr/gün arası proteinüri olan glomerüler tutulum, hematurî ve böbrek yetmezliği olmaksızın
	10=orta	Böbrek yetmezliği ile ( $\text{GFR} < 60$ ) seyreden tübüler asidoz ya da $1-1,5$ gr/gün arası proteinüri olan glomerüler tutulum, hematurî ve böbrek yetmezliği olmaksızın ( $\text{GFR} > 60$ ) ya da ekstramembranoz glomerulonefrit ya da interstisyel lenfoid infiltrasyon gösteren histolojik kanıt
	15=ağır	$> 1,5$ gr/gün proteinüri ya da hematurî ya da böbrek yetmezliği ( $\text{GFR} < \%60$ ) olan glomerüler tutulum ya da proliferatif glomerulonefrit veya krio globulinemik tutulumun histolojik olarak gösterilmesi
Muskuler Kortikosteroide bağlı güçsüzlüğün dışlanması	0=yok	Aktif kas tutulumu yok
	6=hafif	Anormal EMG ya da biyopsi ile gösterilmiş hafif şiddette miyozit, güçsüzlük ve CK yüksekliği olmaksızın ( $\text{N} < \text{CK} \leq 2\text{N}$ )
	12=orta	Anormal EMG ve biyopsiyle gösterilmiş orta şiddette miyozit, kas güçsüzlüğü (4/5) ya da CK yüksekliği ( $2\text{N} < \text{CK} \leq 4\text{N}$ ) ile birlikte
	18=ağır	Anormal EMG ve biyopsiyle gösterilmiş ağır şiddette miyozit, kas güçsüzlüğü ( $\leq 3/5$ ) ya da CK yüksekliği ( $> 4\text{N}$ )



Domain	Aktivite seviyesi	Tanımlama
<b>Periferik sinir sistemi</b> Uzun süredir aktivitesi olmayan hasarlı durumlar ve PSS tutulumu olan hastalıkların dışlanması	0=yok	Aktif periferik sinir sistemi tutulumu yok
	5=hafif	Hafif siddette PSS tutulumu (sensorial axonal polinöropati ya da trigeminal nevralsi gibi)
	10=orta	Sinir ileti çalışmasında gösterilen orta PSS tutulumu; -axonal sensorial-motor noropati maksimum 4/5 motor defisit ile birlikte -kryoglobulinemik vaskülit varlığında sensorial nöropati -hafif/orta ataksi semptomları olan ganglionopati -inflamatuvar demiyelizan polinöropati fonksiyonel kayıpla birlikte(maksimum 4/5 motor defisit ile birlikte) Ya da periferik orjinli kranial sinir tutulumu (trigeminal nevralsi hariç)
	15=ağır	Sinir ileti çalışmasında gösterilen ciddi PSS tutulumu; - axonal sensorial-motor noropati <3/5 motor defisit ile birlikte -vaskülitte bağlı periferik sinir sistemi tutulumu (mononöriti multiplex gibi) - ganglionopatiye bağlı ataksi -inflamatuvar demiyelinizan polinöropati ciddi fonksiyonel kayıpla birlikte (motor defisit ≤3/5 ya da ciddi ataksi)
<b>Santral sinir sistemi</b> Uzun süredir aktivitesi olmayan hasarlı durumlar ve SSS tutulumu olan hastalıkların dışlanması	0=yok	Aktif SSS tutulumu yok
	10=hafif	Hafif SSS tutulumu; santral orjinli kranial sinir tutulumu, optik nörit, MS benzeri sendrom (sadece duyuşal hasara bağlı semptomlar ya da kanıtlanmış kognitif bozukluk)
	15=orta	Şiddetli SSS tutulumu; SVO ya da gecici iskemik atak ile seyreden serebral vaskülit, nöbet, transvers myelit, lenfositik menenjit, motor kayıpla giden MS benzeri sendrom
<b>Hematolojik</b> Sadece otoimmün sitopeniler, Vitamin / demir eksikliği ve ilaca bağlı sitopeniler dışlanması	0=yok	Otoimmün sitopeni yok
	2=hafif	Otoimmün nötropeni ( $1000 < \text{nötrofil} < 1500 / \text{mm}^3$ ) ve/veya anemi ( $10 < \text{Hb} < 12 \text{ g/dL}$ ) ve/veya trombositopeni ( $100000 < \text{plt} < 150000 \text{ mm}^3$ ) Ya da lenfopeni ( $500 < \text{lenfosit} < 1000 \text{ mm}^3$ )
	4=orta	Otoimmün nötropeni ( $500 \leq \text{nötrofil} \leq 1000 / \text{mm}^3$ ) ve/veya anemi ( $8 \leq \text{Hb} \leq 10 \text{ g/dL}$ ) ve/veya trombositopeni ( $50000 \leq \text{plt} \leq 100000 \text{ mm}^3$ ) ya da lenfopeni ( $\leq 500 \text{ mm}^3$ )
	6=ağır	Otoimmün nötropeni ( $\text{nötrofil} < 500 / \text{mm}^3$ ) ve/veya anemi ( $\text{Hb} < 8 \text{ g/dL}$ ) ve/veya trombositopeni ( $\text{plt} < 50000 \text{ mm}^3$ )
<b>Biyolojik</b>	0=yok	Biyolojik özellik yok
	1=hafif	Klonal komponent ve/veya hipokomplementemi (C4,C3,CH50 düşüklüğü) ve/veya hipergamaglobulinemi ya da yüksek IgG seviyeleri 16-20 g/L arasında
	2=orta	Kryoglobulinemi ve/veya hipergamaglobulinemi ya da IgG yüksekliği ( $>20 \text{ g/L}$ ) ve/veya son günlerde başlayan hipogamaglobulinemi veya azalan IgG seviyesi ( $<5 \text{ g/L}$ )

\* Tedavisiz sessiz lenfomalar, henüz tedavi edilmiş lenfoma ve myelomalar (tedavi biteli 6 aydan kısa). Geçmişte tedavi edilmiş komplet remisyondaki myelom ve lenfomalar hariç

VA: vücut ağırlığı, LAP: lenfadenopati, YRBT: yüksek rezolüsyonlu BT, İAH: interstisyel akciğer hastalığı, EMG: elektromyogram, SFT: solunum fonksiyon testi GFR: glomerular filtrasyon hızı CK: kreatin kinaz NYHA: New York Heart Association Classification SSS: Santral sinir sistemi, PSS: Periferik sinir sistemi Hb: Hemoglobin, Plt: Platelet

## YORGUNLUĞU ÇOK BOYUTLU DEĞERLENDİRME SKALASI

Açıklama: Bu sorular yorgunluğunuz ve bunun günlük aktiviteleriniz üzerindeki etkisine yöneliktir.

Geçen hafta ile ilişkili olarak soruları 1-10 arasında puanlayınız. Örneğin soruya cevabınız 'evet, çok şiddetli' ise 10, 'hayır hiç yok' ise 0 puanı işaretleyiniz.

### 1. Kendinizi ne derece yorgun hissediyorsunuz?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç						çok şiddetli			

### 2. Yaşadığınız yorgunluğun şiddetine kaç verirsiniz?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç						çok şiddetli			

### 3. Yorgunluk size ne derece psikolojik sıkıntı veriyor?

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç sıkıntı yok						çok şiddetli			

Aşağıda belirtilen günlük işleri uygulamanızda yorgunluk size ne derecede zorluk veriyor? (eğer belirtilen aktiviteyi günlük hayatınızda zaten hiç yapmıyorsanız o sorunun sol yanındaki \* işaretini daire içine alınız)

### \* 4. Günlük ev işleri

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç zorluk yok						çok zorlanıyorum			

### \* 5. Yemek yapmak

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç zorluk yok						çok zorlanıyorum			

### \* 6. Banyo yapmak

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç zorluk yok						çok zorlanıyorum			

### \* 7. Giyinmek

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç zorluk yok						çok zorlanıyorum			

### \* 8. İşe gitmek

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
hiç zorluk yok						çok zorlanıyorum			

### \* 9. Aile veya arkadaş ziyaretleri

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç zorluk yok çok zorlanıyorum

\* 10. Cinsel aktivite

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç zorluk yok çok zorlanıyorum

\* 11. Boş zamanlarınızda yapmış olduğunuz aktiviteler

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç zorluk yok çok zorlanıyorum

\* 12. Alışveriş

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç zorluk yok çok zorlanıyorum

\* 13. Yürüyüş

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç zorluk yok çok zorlanıyorum

\* 14. Yürüyüş dışındaki diğer egzersizler

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
hiç zorluk yok çok zorlanıyorum

15. Geçen hafta boyunca ne sıklıkla kendinizi yorgun hissettiniz?

- 4 Her gün  
3 Büyük bir bölümünde  
2 Ara sıra  
1 Hemen hemen hiç

16. Yorgunluğunuz geçen hafta boyunca nasıl bir değişim gösterdi?

- 4 Giderek arttı  
3 Önce artıp sonra azaldı  
2 Değişiklik olmadı  
1 Giderek azaldı

## HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Soruları son 1 hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi ifade edecek şekilde yanıtlayınız.

1. Kendimi gergin, patlayacak gibi hissediyorum
  - a. Çoğu zaman
  - b. Birçok zaman
  - c. Zaman zaman, bazen
  - d. Hiçbir zaman
  
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum
  - a. Aynı eskisi kadar
  - b. Pek eskisi kadar değil
  - c. Yalnızca biraz eskisi kadar
  - d. Neredeyse hiç eskisi kadar değil
  
3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum
  - a. Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
  - b. Evet, ama çok da şiddetli değil
  - c. Biraz, ama beni endişelendiriyor
  - d. Hayır, hiç de öyle değil
  
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum
  - a. Her zaman olduğu kadar
  - b. Şimdi pek göremiyorum
  - c. Şimdi kesinlikle eskisi kadar değil
  - d. Artık hiç göremiyorum
  
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor
  - a. Çoğu zaman
  - b. Birçok zaman
  - c. Zaman zaman, ama çok sık değil
  - d. Yalnızca bazen
  
6. Kendimi neşeli hissediyorum
  - a. Hiçbir zaman
  - b. Sık değil
  - c. Bazen
  - d. Çoğu zaman
  
7. Rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum
  - a. Kesinlikle
  - b. Genellikle
  - c. Sık değil
  - d. Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum
- Hemen hemen her zaman
  - Çok sık
  - Bazen
  - Hiçbir zaman
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum
- Hiçbir zaman
  - Bazen
  - Oldukça sık
  - Çok sık
10. Dış görünüşüme duyduğum ilgiyi kaybettim
- Kesinlikle
  - Gerektiği kadar özen göstermiyorum
  - Pek özen göstermiyorum
  - Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum
- Çok fazla
  - Oldukça fazla
  - Çok fazla değil
  - Hiç değil
12. Olacakları zevkle bekliyorum
- Her zaman olduğu zaman
  - Her zamankinden biraz daha az
  - Her zamankinden kesinlikle daha az
  - Hemen hemen hiç
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum
- Gerçekten de çok sık
  - Oldukça sık
  - Çok sık değil
  - Hiçbir zaman
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum
- Sıklıkla
  - Bazen
  - Pek sık değil
  - Çok seyrek

**Puanlama:**

1, 3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13. Sorular için: **a (3), b (2), c (1), d (0) puan**

2, 4, 7, 9, 12 ve 14. Sorular için: **a (0), b (1), c (2), d (3) puan**

Çift sayılı sorular: Depresyon ölçeği ( $\geq 7$  olası depresyon)

Tek sayılı sorular: Anksiyete ölçeği ( $\geq 10$  olası anksiyete)

**BASFI<sup>4</sup>**

Aşağıdaki aktiviteleri ne ölçüde yapabildiğinizi göstermek için lütfen aşağıdaki çizgiler üzerine işaret koyunuz.

**GEÇEN HAFTA İÇİNDE**

1. Çoraplarınızı (ya da külotlu çoraplarınızı) bir başkasının yardımı olmadan giyebiliyor muydunuz?



2. Yardımcı bir araç olmadan yerde duran bir kalemi almak için belinizden öne doğru eğilebiliyor muydunuz?



3. Yüksek bir rafa bir başkasından yardım almadan ya da yardımcı araç olmadan uzanabiliyor muydunuz?



4. İskemleden ellerinizi kullanmadan veya bir yardım almadan kalkabiliyor muydunuz?



5. Yerde sırtüstü yatarken yardım almadan kalkabiliyor muydunuz?



6. Rahatsız olmadan ayakta 10 dakika desteksiz durabiliyor muydunuz?



7. Her basamağa bir adım atarak, merdiven tırabzanı ya da baston kullanmadan 12 - 15 basamak çıkabiliyor muydunuz?



8. Vücudunuzu döndürmeden omzunuzun üzerinden bakabiliyor muydunuz?



9. Fizik tedavi egzersizleri, bahçe işleri ya da spor yapabiliyor muydunuz?



10. Evde ya da işyerinde, bir gün içindeki tüm aktivitelerinizi yapabiliyor muydunuz?

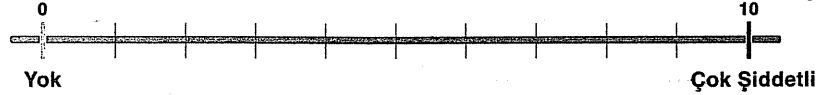


**BASDAI<sup>5</sup>**

Geçtiğimiz hafta ile ilgili olarak aşağıdaki her soruya yanıtınızı göstermek için her bir çizgi üzerine bir işaret koyunuz.

**GEÇEN HAFTA İÇİNDE**

**1.** Halsizlik/yorgunluk düzeyinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?



**2.** Ankilozan spondilite bağlı boyun,sırt, bel veya kalça ağrılarınızın düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



**3.** Boyun, sırt, bel ve kalçalarınızın dışındaki diğer eklemlerinizdeki ağrı/şişliğin düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



**4.** Dokunmaya veya baskıya karşı hassas olan bölgelerinizde duyduğunuz rahatsızlığın düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



**A (1-4. sorular için toplam skor)=.....**

**5.** Uyandıktan sonraki sabah tutukluğunuzun düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız\*?



**6.** Uyandıktan sonraki sabah tutukluğunuz ne kadar sürüyor?



**B (5-6. sorular için toplam skor)=.....**

**TOPLAM:.....**



## ANKET BİLGİLENDİRME METNİ

**ARAŞTIRMANIN ADI: Primer Sjögren Sendromlu ve Ankilozan Spondilitli Hastalarda Hasta Kökenli Ölçekler (Yorgunluk, Yaşam Kalitesi, Ruhsal Durum Değerlendirilmesi, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği , BASDAI, BASFI, SS EULAR İndeksleri) Ve Hastalık Aktivesi İle İlişkisi**

**Araştırmanın kolay anlaşılır adı (halk diliyle):Sjögren Sendromu ve AnkilozanSpondilitiolan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi**

**Sorumlu Araştırmacı:Prof.Dr. TahsinMurat Turgay**

**Araştırmanın yürütüleceği yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Polikliniği**

**Sayın gönüllü,**

Çalışmamızda Primer Sjögren Sendromu(öncelikle tükürük ve göz yaşı bezlerinin yanında eklemleri ve akciğerleri de etkileyen bir hastalık) tanısı olan olgularda fonksiyonel kayıp(ağız kuruluğu, göz kuruluğu, uyku bozukluğu, eklem bozuklukları), anksiyete-depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Bugün sizden Primer Sjögren Sendromu hastalığı ile mukayese edilmek üzere spondiloartrit hastalığımızın genel durumu, günlük hayatımızdaki aktivitelere olan etkisi ve ruhsal durumunuz ile ilgili bilgilerinizi araştırmamız için kayıt altına almak istiyoruz. Bu araştırmada sizlere bir defaya mahsus anket yapacağız. Anketimizi sizinle yüz yüze görüşülerek vereceğiniz yanıtlar doğrultusunda yapılacaktır.Anket süresi yaklaşık 30 dakikadır. Bu süre zarfında sizlerin duygu-durumunuzu, günlük yorgunluğunuzu, iş yerindeki veriminizi ve günlük eforunuzu değerlendirmek amacıyla sorular sorulacaktır.

Araştırmaya 18-65 yaş aralığında toplam 300 gönüllünün katılması planlanmaktadır.

Eğer size ait bilgilerin başka bilimsel çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla kullanılmasına izin verirseniz lütfen aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz. Bilgileriniz Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Polikliniğinde saklanacaktır. Mahremiyetinize özen gösterilecek ve kimlik bilgileriniz açıklanmayacaktır.Saklanan formlarda isimleriniz yer almayacak, adı-soyadı kısmında sayısal

kodlama yapılacaktır. Gerekli izni vermeniz koşuluyla üniversitemizde yürütülen diğer çalışmalarda ya da bu konuda çalışma yapmak isteyen yurtiçi ve yurtdışı diğer merkezlerdeki bilim adamları tarafından kullanılabilir.

Yapılacak bilimsel çalışmalar genellikle çok sayıda veriyle yürütülecek ve bu çalışmalardan toplu sonuçlar çıkacaktır. Bu nedenle, çalışmaların kısa vadedeki sonuçlarından kişisel olarak sizin veya ailenizin diğer bireylerinin yararlanması söz konusu olmayabilir. Bununla beraber, vereceğiniz bilgiler sayesinde, Primer Sjögren Sendromu'nun uzun dönem takip ölçütlerinin belirlenmesini sağlayacak çalışmaların yapılabilmesi mümkün olacaktır.

Verdiğiniz bilgiler ile çalışmaların sonuçlarından herhangi bir ticari kazanç beklememeyi de taahhüt ediyorsunuz. Bu çalışmaya katılmak size ve bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumuna mali bir külfet getirmeyecektir. Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

Bu çalışmalara katılmayı kabul etmeseniz de, bu merkezde yürütülen tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra da, mazeret belirtmeksizin kararınızı değiştirebilirsiniz. Araştırmacı da sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışma hakkında Prof. Dr. T. Murat TURGAY' dan bilgi alabilir ve herhangi bir soru veya sorun olduğu takdirde kendisine 0532 785 9 265 telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

**Bana yapılan anketten elde edilen bilgilerin ileride yapılacak başka çalışmalarda kullanılmasına;**

İZİN VERİYORUM

İZİN VERMİYORUM

**Prof.Dr.Murat Turgay**

**Sorumlu Araştırmacı**