

BEHÇET HASTALIĞINDA SİSTEM BULGULARI

Doç.Dr. Gürbüz GÜMÜŞDİŞ*

Başlangıçta üçlü bir kompleks olarak sunulan Behçet hastalığının vücudun tüm sistemlerine ulaşabilen bir hastalık olduğu sonradan anlaşılmıştır. Gerçekten Behçet hastalığı yalnız deri-mukoza tutuluğu yapmayan bir multisistem hastalığıdır. Belli bağlı sistem tutuluşlarını sıra ile görelim:

Gastrointestinal sistem tutuluşu :

Behçet hastalığının en çok neden olduğu gastrointestinal bulguların başında dispeptik yakınmalar gelir. Karında şişkinlik, ağrılar ve zaman, zaman bulantı ve kusmaya rastlanabilir (12,13). Bazan diare ve bazan da konstipasyon olabilir (12,13). Bu bulguların hastalığın aktivitesi ile paralel gittiği görüşü hakimdir. Bu tür olgularda yapılan incebarsak pasaj grafiglerinde malabsorpsiyona uyar şekilde radyolojik bulgulara rastlanabilir. Dispeptik yakınmaların oranını % 50 ye kadar çıkararak yayınlarda vardır (12,13). Ancak burada yapılan medikal tedavilerin de rolü olabilir kanısındayız.

Behçet hastalığındaki bir kısım gastrointestinal sistem bulgusu ise erozyon ve ülserasyonların bulunduğu gruptur. Shimuzu ve arkadaşlarının oluşturdukları 216 olgudan oluşan bir grupta radyoloji, endoskopi ve histopatolojinin tüm olanakları kullanılmış ve 59 olguda ülserlere rastlanmıştır (13). Bu bulgunun olduğu hastalarda abdominal ağrı, perforasyon, melena, tımbire dönüştürme veya fistülleşmelerin bulunduğu gözlemlenmiştir. Yapılan gözlemlere göre ülserasyonun en çok rastlandığı yer terminal ileum ve çeküm bölgesidir (%75).

Behçet hastalığında bazan gastrointestinal bulgu ana bulgu olabilir. Bu Entero-Behçet dediğimiz kavramın doğmasına neden olmuştur. Bu olgulara genellikle kayıp gözü ile bakılır (12,13,14). Perforasyon oranının yüksekliği sonucu gelişen peritonit nedeniyle prognozları ağırdır. Bereket versin ki bu tür olguların sayıları azdır.

(*) E.Ü. Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Gastrointestinal tutuluşun patolojisinde vaskülitin rolü olduğu kabul edilmektedir. Behçet hastalığındaki ülserasyonlar intestinal) nekrotik granüloamatöz veya mikst olabilirler. Nekrotik tip ülserasyonlara daha çok komplet tip Behçetlilerde rastlandığını bildiren yayınlar vardır (5,8). Granüloamatöz tiplere ise daha çok inkomplet tipte rastlanır. Histopatolojide venlerde flebit, arterlerde de intimal fibröz kalınlaşma esastır. Nekrotik olanların daha çok akut, granüloamatöz olanların daha çok kronik seyirli olmaları söz konusudur (5).

Kardiovasküler sistem tutuluşu :

Kardit ve kardiyak tutuluşlar Behçet hastalığında nadirdir, ancak vasküler lezyonlar Behçet hastalığında çok rastlanan tutuluşların başında gelir (7,11,12).

Vasküler lezyonlar 4 grupta toplanmaktadır :

1. Arteriyel tıkanmalar,
2. Aneurizmal değişiklikler,
3. Venöz oklüzyonlar,
4. Variköz değişiklikler,

Bu vasküler lezyonlar içinde venöz olanlara arteriyel olanlardan daha çok rastlandığını belirtmek isteriz. Hayati tehdit açısından arteriyel tutuluşların daha tehlikeli olduğunu ve çok yüzde de aneurizmal tutuluşların fatal sonlandığını da belirtmek doğrudur. Arteriyel lezyonlara kadınlardan çok erkeklerde rastlandığı da bir diğer gerçektir (11,12).

Arteriyel tıkanmalara en çok subklavialarda rastlanır. Pulmoner arter, karotisler, radialis, femoralis ve tibial arterler de oklüzyona uğrayanlar arasındadır.

Aneurizmal değişikliklere en çok aorta'da ve renal arterlerde rastlanır. Hatta bazen renal arter tutuluşu renal hipertansiyons neden olabilir. Femoral ve popliteal arterler de tutulanlar arasındadır (11,12).

Arteriyel tutuluşlarda esas patolojinin vasa vasorumlarda olduğu ve bu küçük demarcıkların tutuluşu sonucu olayın geliştiğine inanılmaktadır (7).

Venöz tıkanmalara gelince, gerek üst ve gerek alt vena kavalarda yaptığı obstrüksiyonlar vena kava sendromlarının doğmalarına neden olur. Ayrıca Budd-Chiari sendromu da, nadir de olsa, bildirilmiştir (11,12,13).

Venöz sistemde en önemli tutuluş tipini tromboflebitle giden yüzeysel ven tutuluşları oluşturur. Thrombophlebitis migrans adını verdiğimiz bu tablo aynı ven trasesi boyunca bir kaç ayrı yerde birden kendini gösterebilir. Göçedicilik göstermesi özelliğidir. Mevcut tutuluşun bulunduğu bölgede deri kızarır ve ven trasesi bir kablo gibi sert olarak palpe edilir. Bu bulgunun gerisinde kalan bölgede ödem mutad olan bir bulgu değildir. Bu venöz tutuluş kortikoterapiye son derece iyi yanıt verir.

Üriner sistem tutuluşu:

Renal tutuluş genelde Behçet hastalığında az olarak karşımıza çıkar. Renal tutuluş kendini,

1. Renal amiloidozla giden olgular ve

II. Non-amiloid renal lezyonlar şeklinde gösterir (2,4,11). Bu gün için Behçet'te görülen renal amiloidozların sayısının az olduğunu görmekteyiz.

Solunum sistemi tutuluşu:

Solunum sistemi tutuluşuna ait ilk olgu memleketimizde 1961 yılında görülmüştür. Dış ülkelerden yapılan yayınlarda ortalama %5-10 civarında plevro-pulmoner tutuluşa rastlandığı görülmektedir (1,2,3,6,10).

Yapılan gözlemlere göre Behçet'li olgularda,

Plevral effüzyon ve yapışıklıklar,

Hiler genişlemeler,

Apikal kaviter lezyonlar,

Apikal veya subapikal fibröz değişiklikler,

Apikal tüberküloz-like opasiteler,

Bilateral fibroz doku artışları,

Anfizem görülebilmektedir.

Bu hastaların çok önemli çoğunluğunun asemptomatik oldukları veya öksürük, balgam çıkarma gibi bulgular gösterdikleri görülür. Ancak bulgular çoğu kez hafif seyreder.

LİTERATÜRLER

1. Akkaynak, S., Enacar, N., Çobenli, B., Ayas, G., Ortakaya, M., İmecik, O., Hacıhabiboğlu, G., and Yücel, K. : Behçet's disease and lung BEHÇET's Disease, INTERNATIONAL SYMPOSIUM. İstanbul. Excerpta Medica Amsterdam-Oxford. 160-1979.
2. Dilşen, N., Konice, M., and Ovül, C.: Clinical evaluation of 106 cases of Behçet's disease, Behçet's disease, International symp. Ist. Exc. Med., Amsterdam-Oxford. 124, 1979.
3. Dilşen, N., Konice, M., Gazioğlu, K., Çavdar, T., Ulagay, İ., and Ovül, C.: Pleuropulmonary manifestations in Behçet's disease. Behçet's disease, International symp., Ist, Exc. Med. Amsterdam-Oxford 1963, 1979.
4. Dilşen, N., Konice, M., Erbangı, T., Ovül, C., Berker, F., Aral, O., Urgancıoğlu, M., and Özdoğan, E.: Amyloidosis in two cases of Behçet's disease., Behçet's disease, International symp., Ist. Exc. Med., Amsterdam Oxford, 171, 1979.
5. Fukuda, Y., and Watanabe, I.: Pathological studies on intestinal Behçet's (Entere-Behçet's) disease. Behçet Disease, International sym., Ist, Exc. Med., Amsterdam-Oxford. 90, 1979.
6. Fukuda, Y., Watanabe, I., and Noriyuki, K.: Behçet's Disease Research Committee of Japan, Annual Report 1976.
7. Inaba, G., Hashimoto, T., Aoyama, J., and Schmizu, T.: Vasculitis in Behçet's disease. Its essentiality and speciality. J. Clin. Science 13, 896, 1977.
8. Nagae, K., Matsuzaki, O., Sarashina, O., et al.: Pathological analysis of intestinal Behçet's disease., J.Jap.Soc., Colo-proctol. 29,409,1976.
9. Nestor, G., Beroniade, V., Cornarus, S., and Badea, I.: Behçet's disease with renal involvement., Rum. Med. Rev., 14,27,1970.
10. Petty, T.L., Scoggin, C.H., and Good, J.T.: Recurrent pneumonitis

Behçet's syndrome., JAMA, 238, 2529, 1977.

11. Shimizu, T.: Vascular lesions of Behçet's disease, Cardioangiology 1, 124, 1977.
12. Shimizu, T., and Ogino, T.: Clinico-pathological studies on the intestinal lesions in Behçet's disease-with special reference to enteric-Behçet's syndrome. Stomach and Intestine, 10, 1593, 1975.
13. Shimizu, T.: Clinicopathological studies on Behçet's disease. Behçet's disease, International symposium, Ist., Exc. Med., Amsterdam Oxford., 9, 1979.
14. Shimizu, T. and Hashimoto, T.: Intersitan changes in Behçet's syndrome. Jap. J. Gastroenterol., 65, 1177, 1968.