

Behçet hastalığında üst ekstremitte trombozu

Upper extremity thrombosis in Behçet's disease

Adem Küçük¹, İlknur Albayrak², Sinan Bağcı³, Sami Küçükşen³, Recep Tunç¹

ÖZET

Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral, genital ülser ve göz tutulumuyla karakterize, ayrıca eklem, nörolojik, gastrointestinal sistem ve damar tutulumunun da oluşabileceği sistemik bir hastalıktır. BH' de venöz tutulum arteriyel tutulumdan daha fazla görülmektedir. Venöz tutulum sıklıkla alt ekstremitte venlerinde meydana gelir. Üst ekstremitte venlerinde tutulum ise nadirdir. Bu yazıda üst ekstremitte yüzeysel ven trombozu ile gelen BH olgusundan bahsedilecektir.

Anahtar kelimeler: Behçet hastalığı, üst ekstremitte, yüzeysel ven trombozu

GİRİŞ

Behçet hastalığı (BH) tekrarlayan oral, genital ülser ve göz tutulumuyla seyreden, ayrıca eklem, kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal sistem ve damar tutulumunun da görüldüğü sistemik bir hastalıktır [1]. Damar tutulumu arteriyel oklüzyon, arteriyel anevrizma, venöz oklüzyon ve varis oluşumuyla seyreder. Venöz tutulum arteriyel tutulumla göre daha sık görülmektedir. BH' de vasküler komplikasyon sıklığı %7.7-60 aralığında değişmektedir [2]. Venöz tutulum daha çok alt ekstremitte süperfisiyal tromboflebit veya derin ven trombozu (DVT) şeklinde görülür. Geniş serilerde yüzeysel tromboflebitin hastaların yaklaşık yarısında görüldüğü ve DVT'nin habercisi olabileceği tespit edilmiştir. Üst ekstremitte venlerinde ise tutulum nadirdir [3].

Bu yazıda 10 yıldır BH tanısıyla takip edilen ve sol kolda şişlik şikayetiyle başvuran hastada saptan

ABSTRACT

Behçet's disease (BD) is a systemic disease characterized by oral aphthosis, genital ulcers, ocular lesions and also gastrointestinal, musculoskeletal, neurological and vessel involvements may develop. Venous manifestations are more common than arterial involvement. Venous involvement often occurs in the veins of lower extremity. Upper extremity venous involvement is rare. In this paper we report a case of BH presenting with upper extremity superficial vein thrombosis.

Key words: Behçet's disease, upper extremity, superficial vein thrombosis

nan üst ekstremitte trombozundan bahsedilerek BH'nin nadir görülen bir komplikasyonu vurgulanacaktır.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 10 yıldır BH tanısıyla takip edilen 32 yaşındaki erkek hasta, polikliniğimize aniden başlayan ve bir haftadır devam eden sol kolda şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde tekrarlayan oral aft, genital ülser, son 2 yıldır görülen üveit atakları, eritema nodosum öyküsü mevcuttu. Hastanın daha önceden geçirilmiş DVT öyküsü yoktu, sigara kullanımı ve travma tariflemiyordu. Azatioprin 150 mg/gün, kolşisin 1,5 mg/gün ve metilprednizolon 8 mg/gün kullanıyordu.

Fizik muayenede ağız içinde 2 tane oral aft vardı, sol kol ve sol ön kolda 3 cm çap farkı mevcuttu. Sol kolda sağa göre sıcaklık artışı ve hafif kızarıklık

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

² Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya, Türkiye

³ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: İlknur Albayrak,

Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya, Türkiye Email: ilknurftr@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 17.01.2013, Kabul Tarihi / Accepted: 25.02.2013

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2013, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit 16,7 K/uL, hemoglobin 12,8 g/dl, trombosit 281.000 /mL, kreatin 0.72 mg/dl, üre 45 mg /dl, ALT 38 U/L, AST 31 U/L, albumin 3,5 g/ dl, eritrosit sedimentasyon hızı 32 mm/sa, C-reaktif protein 60 mg/dl idi.

Yapılan üst ekstremitte venöz renkli doppler ultrasonografide sol ön kolda 1/3 proksimal ve distal kesimde, kol 1/3 distal kesimde sefalik ven normalden geniş ve tromboze, sol ön kol 1/3 proksimal kesimlerinde bazilik ven normalden geniş ve tromboze görünümdeydi.

Hastanın sol kolundaki şişlik BH' ye bağlı üst ekstremitte yüzeysel ven trombozu olarak düşünüldü. Hastanın mevcut immünsüpresif tedavisine 5 gün boyunca 10000 U/gün düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi eklendi. Sonrasında INR değeri 2-2,5 arasında olacak şekilde warfarin tedavisi başlandı, düşük molekül ağırlıklı heparin kesildi. Hastanın takibinde klinik düzelme saptandı.

TARTIŞMA

Bu vaka sunumunda 10 yıldır BH tanısıyla takip edilirken, BH' de nadir görülen venöz tutulum bölgesi olan üst ekstremitte venlerinde yüzeysel ven trombozu saptanan bir hastadan bahsedilmiştir.

BH etyolojisi bilinmeyen, heterojen, multisistemik, inflamatuvar bir vaskülitir. BH oral, genital ülser ile seyreden, kemik mineral yoğunluğunun etkilendiği ayrıca eklem, kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal sistem ve damar tutulumunun da görüldüğü sistemik bir hastalıktır [1,4]. BH' de venöz tutulum daha fazla olmak üzere hem venöz hem de arteriyel tutulum görülür. Venöz tutulum sıklığı %6,3-23 oranında bildirilmiştir [3]. Arteriyel oklüzyon, arteriyel anevrizma, venöz oklüzyon ve varis oluşumuyla seyreder. Yüksek kanama ve rüptür riski taşıyan anevrizmalar oluşur. Damar oklüzyonu ise emboli riski düşük trombus oluşumu sonrası gelişir (5). BH' de damar tutulumu etnik farklılıklar göstermektedir. Şimdiye kadar en fazla damar tutulumlu seri Cezayir' den (%62), en az ise Japonya' dan (%8) bildirilmiştir (6, 7). Türkiye' de yapılan ve 5970 Behçet hastasını kapsayan retrospektif bir çalışmada %15 hastada büyük damar tutulumu saptanmıştır. Bu hastaların %87' sinde venöz (DVT %78) ve %13' ünde arteriyel tutulum gözlenmiştir. İlk vasküler olayın %76 oranında ilk 5 yılda geliştiği ve %30 oranında tanı kriterlerinden önce oluş-

tuğu saptanmıştır [8]. Bizim olgumuzda hastalık tanısından 10 yıl sonra yüzeysel ven trombozu tespit edildi.

DVT daha çok alt ekstremitte oluşmasına rağmen diğer venöz yapılarda da görülebilir. Geç dönemde kronik venöz yetmezlik bulguları alt ekstremitelerde siktir [9]. Üst ve alt vena kava, hepatik ve kranial ven trombozları da görülebilir. Klinikte bu tür venöz tutulum vena kava süperior sendromu, vena kava inferior sendromu, Budd-Chiari sendromu ve dural ven trombozuna bağlı kafa içi basınç artışı sendromu olarak karşımıza çıkabilir. BH' de majör ven tutulumu yüksek mortalite ile birliktedir [3]. Ancak BH' de üst ekstremitte yüzeysel ven trombozuna çok nadir rastlanmaktadır. Bizim olgumuzda ise BH komplikasyonu olarak üst ekstremitte venlerinde yüzeysel ven trombozu tespit edilmiştir.

BH' de görülen vasküler tutulumun mekanizması tam olarak anlaşılammıştır. Koagülasyon faktörlerinde net bir patoloji saptanmamıştır. Vaskülitin endotel hasarından kaynaklandığı düşünülmektedir [10]. Ayrıca perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu yaygın olarak görülür [11].

Büyük damar tutulumu, BH' de sistemik semptomlara yol açan ve akut faz yanıtı oluşturan ana nedenlerden biridir. Damar tutulumu olan hastalarda paterji pozitifliği, yüzeysel tromboflebit, eritema nodosum, nörolojik ve GİS tutulumları daha fazla görülürken, üveitli hastalarda daha az damar tutulumu olmaktadır. Damar tutulumu olanların yaklaşık %25' inde 5 yıl içinde yeni bir vasküler olay görülmektedir (5). Yani ilk vasküler olay sonrası, diğer vasküler olaylar için de risk artmaktadır. Bu nedenle vasküler tutulum kötü prognoz kriterlerindedir [12]. Bizim olgumuzda damar tutulumu ilk kez görüldü. Hastamızın eritema nodosum ve üveit atağı öyküsü mevcuttu, eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein yüksekliği tespit edildi.

BH' de damar tutulumunun tedavisinde arteriyel, büyük damar tutulumlu olgularda siklofosfamid ve kortikosteroidler, DVT olanlarda ise azatiopurin ve siklofosfamid önerilmiştir [13]. BH' de özellikle rekürren ve progresif trombus varlığında immünsüpresif tedavi şarttır [14]. DVT tedavisinde akut dönemde immünsüpresif tedavi ve yüksek doz kortikosteroid başta olmak üzere venöz antikoagulanlar, kolşisin ve anti-agreganlar değişik kombinasyonlar şeklinde kullanılabilir [15]. Bizim hastamıza ise yüzeysel ven trombozu komplikasyonlarını

önlemek için kolşisin, azotioprin ve steroid tedavisine ek olarak antikoagulan tedavi de verilmiştir. Hastanın takiplerinde düzelme görülmüştür.

BH de damar tutulumu sık görülen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Sıklıkla alt ekstremitede DVT görülür. Üst ekstremitelerde venlerinde tutulum ise nadirdir. Ancak nadir de olsa BH tanısıyla takip edilen hastalarda erken tedavi açısından üst ekstremitelerde de yüzeysel ven trombozu gelişebileceği akıld tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. *Lancet* 1990;335:1078-1080.
2. Ceylan N, Bayraktaroglu S, Erturk SM, et al. Pulmonary and vascular manifestations of Behçet disease: imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 2010;194:158-164.
3. Lie JT. Vascular involvement in Behçet's disease: arterial and venous vessels of all sizes. *J Rheumatol* 1992;19:341-343.
4. Kutlucan A, Tunc SE, Baltacı D, et al. Serum levels of TNF- α and osteoprotegerin and bone mineral density in patients with Behçet's Disease. *Dicle Medical Journal* 2012;39:325-330.
5. Calamia K, Schimer M, Melikoğlu M. Major vessel involvement in Behçet's disease. *Current Opinion in Rheuma* 2005;17:1-8.
6. Filali-Ansary N, Tazi-Mezalak Z, Mohattane A. Behçet's disease-162 cases. *Ann Med Interne* 1999;150:656-657.
7. Masuda K, Inaba G, Misushima Y. A nation-wide survey of Behçet's disease in Japan. *Jpn J Ophthalmol* 1975;19:278-285.
8. Uğurlu S, Melikoğlu M, Taşçılar K, et al. Behçet hastalığında büyük damar tutulumu: retrospektif çalışma. 9. Ulusal Romatoloji Kongresi, pp; 2008.
9. Ateş A, Aydınтуğ OT, Duzgun N. Behçet's disease presenting as deep venous thrombosis and priapism. *Clin Exp Rheumatol* 2004;22:107-109.
10. Leiba M, Sidi Y, Gur H, et al. Behçet's disease and thrombophilia. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1081-1085.
11. Zouboulis CC. Epidemiology of Adamantiades Behçet's disease. In: Ziehurt M, Ohno S, eds. *Immunology of Behçet's disease*, Amsterdam: Grafisch Produktiebedrijf Gorter, 2003:1-16.
12. Kural-Seyahi E, Fresko I, Seyahi N, et al. The long term mortality ve morbidity of Behçet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine (Baltimore)* 2003;82:60-76.
13. Hatemi G, Silman A, Bang D, et al. EULAR recommendations for the management of Behçet's disease: a report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2008;67:1656-1629.
14. Calamia K, Cohen MD. Large vessel involvement in Behçet's disease. 8. International congress on Behçet's disease, 1998, Italy.
15. Kaklamani VG, Kaklamani PG. Treatment of Behçet's disease-an update. *Semin Arthritis Rheumatism* 2001;30:299-312.