



Behçet hastalığı: 182 hastanın klinik ve demografik özellikleri

Behçet's disease: The clinical and demographic characteristics of 182 patients

Ercan Karabacak, Ersin Aydın*, Bilal Doğan, Hakan Tekeli**, Levent Tekin***, Kürşat Göker, Ercan Malkoç****

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, **Nöroloji, ***Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, ****Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

*Kasımpaşa Asker Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Behçet hastalığı (BH) dünyada önemli morbiditelere neden olan, multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmada BH tanısı alan Türk hastaların klinik ve demografik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 2001-2012 yılları arasında GATA Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniği'nde BH tanısı konulmuş hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu'nun tanı kriterlerini karşılayan 182 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Başlangıç yaşı, başlangıç bulguları, hastalık süresi, sistemik bulgular dahil olmak üzere klinik ve demografik özellikler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 182 erkek hastanın yaşları 20 ile 53 arasında değişmekteydi. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı $20,59 \pm 4,55$ olarak hesaplandı. Hastalığın başlıca görülen bulgusu %100 ile oral aft iken, bunu genital ülser (%86,8) ve papülopüstüler lezyon (%80,3) izliyordu. Paterji testi hastaların %57,3'ünde pozitif. Hastaların %52,7'sinde göz tutulumu, %22,5'inde vasküler ve %7,1'inde nörolojik tutulum saptandı. Eklem tutulumu %18,1 iken sadece %0,5'inde genitoüriner tutulum mevcuttu. Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi ile BH şiddeti arasında bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın ülkemizdeki BH'nin özellikle erkek hastalarla ilgili genel demografik ve klinik özellikleri hakkında katkılar sağlayacağını düşünüyoruz. (Türkderm 2014; 48: 121-6)

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, epidemiyoloji

Summary

Background and Design: Behçet's disease (BD) is a multisystem inflammatory disorder that is an important cause of morbidity worldwide. In this study, we aimed to investigate the clinical and demographic characteristics of Turkish patients diagnosed with BD.

Materials and Methods: We retrospectively evaluated the hospital records of patients with BD who attended the Dermatovenerology Department at the GATA Haydarpaşa Teaching and Research Hospital between 2001 and 2012. One hundred eighty-two male patients who met the diagnostic criteria of the International Study Group for BD were included in the study. The clinical and demographic characteristics, including symptoms and age at onset, systemic symptoms, duration of the disease and initial signs were recorded.

Results: The ages of the 182 male patients included in the study varied from 20 to 53. The mean age at disease onset was 20.59 ± 4.55 years. The leading clinical features were aphthous ulcers (100%) followed by genital ulcers (86.8%) and papulopustular lesions (80.3%). The pathergy test was positive in 57.3% of the patients. Ocular involvement was present in 52.7%, vascular involvement in 22.5%, and neurological manifestations was found in 7.1% of the patients. Joint involvement was reported in 18.1% of the subjects. Only 0.5% had genitourinary involvement. There was no relationship of BD with the age at onset and disease duration.

Conclusion: We assume that the present study will contribute to the data on demographic and clinical characteristics of especially male BD patients in Turkey. (Türkderm 2014; 48: 121-6)

Key Words: Behçet's disease, epidemiology

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ersin Aydın, Kasımpaşa Asker Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye
Gsm: +90 0555 566 28 62 E-posta: drersinaydin@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 24.05.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 09.09.2013

Giriş

Behçet hastalığı (BH), tekrarlayan oral aftlar, genital ülserler, deri lezyonları, üveit, eklem tutulumu ve vasküler lezyonlarla karakterize multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır. İlk kez 1937 yılında bir Türk dermatolog olan Hulusi Behçet tarafından tekrarlayan oral aft, genital ülser ve hipopiyonlu iridosiklit trisemptomu ile tanımlanmıştır¹. BH'de alta yatan patoloji vaskülit olarak bilinmekle birlikte kesin etiopatogenezi hala aydınlatılamamıştır. BH'de santral sinir sistemi, genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem ve solunum sistemi tutulumları da görülebilmektedir. Miyokardial enfarktüs, perikardit ve glomerulonefrit ise nadir tutulumlardır.

BH'nin tanısı, Uluslararası Behçet Çalışma Grubu'nun (UBÇG) tanı kriterlerine göre başka bir klinik nedenle açıklanamayan tekrarlayıcı oral ülserasyona ek olarak; genital ülserasyon, göz lezyonları, deri lezyonları ve paterji testi pozitifliği bulgularından en az ikisinin birlikteliği ile konulmaktadır².

Orta Asya'daki göçlerden önce İpek Yolu boyunca görülen BH, bugün dünyanın değişik bölgelerinden bildirilmesine rağmen Akdeniz, Ortadoğu ve Uzakdoğu'da daha sıktır. Yapılan birçok epidemiyolojik araştırma, BH prevalansının en yüksek Türkiye'de (yüzbinde 370-420) saptandığını göstermektedir^{3,4}. BH'nin başlangıcı sıklıkla 20-40 yaşlar arasındadır. Çocukluk çağı ve ileri yaşlarda nadir de olsa, tüm yaşlarda görülebilir^{5,6}. BH'nin farklı etnik grup ve coğrafi bölgelerde farklı klinik özelliklere neden olabildiği bildirilmiştir. Örneğin gastrointestinal tutulum Japonlarda ve Amerikalılarda Türklere oranla daha sık görülmektedir⁷. Bununla birlikte paterji testi duyarlılığı ve özgüllüğü Türkiye ve Japonya'daki BH'lerinde oldukça yüksek, Amerika ve İngiltere gibi batı ülkelerinde ise düşük saptanmıştır⁸.

Bu çalışmada İstanbul'da bulunan GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma hastanemizde BH tanısı ile takip edilen Türk hastaların demografik ve klinik karakteristiklerini inceleyerek elde edilen sonuçları literatürdeki diğer ülkelerin benzer araştırma sonuçları ile karşılaştırdık. Çalışmamızın, Türkiye'nin en fazla popülasyona sahip ili olan İstanbul'da ve sadece erkek hastalar arasında yapılması nedeniyle, ülkemizdeki BH'nin özellikle erkek hastalarla ilgili genel demografik ve klinik özellikleri hakkında da değerli katkılar sağlayacağını düşünüyoruz.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza 2001-2012 yılları arasında polikliniğimize müracaat eden veya kliniğimize yatırılarak takip edilen, UBÇG kriterlerine göre BH tanısı alan 182 hasta dahil edildi. Hastaların bilgileri arşiv kayıtlarından ve/veya hastane otomasyon sisteminde bulunan elektronik ortam dosyalarından geriye dönük olarak incelendi. Her hastanın doğum tarihi, hastalık başlangıç yaşı, başlangıç bulguları, hastalık süresi, hastalık başlangıcı ile tanı konulması arasındaki süre, klinik bulgular (oral aft, genital ülser, papülopüstüller lezyon, eritema nodozum, göz, eklem, santral sinir sistemi, vasküler sistem, gastrointestinal sistem) ve hastalık süresi ile paterji testi sonuçları kaydedildi. Hastaların sistem (organ) tutulumuna yönelik muayeneleri ilgili kliniğin (Göz Servisi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi, Kalp ve Damar Cerrahisi Servisi, Nöroloji Servisi) uzmanlarınca gerçekleştirilmiştir.

Hastaların yapılan göz muayenesinde saptanan bulgular anterior ve posterior üveit olmak üzere iki şekilde sınıflandırıldı. İridosiklit; anterior üveit olarak, vitrit, retinit ve vaskülit ise posterior üveit olarak değerlendirildi. Hastalıkla ilintili olmayan bulgular kaydedilmedi.

Eklem tutulumu yönünden muayene edilen hastalardan direkt grafi, sintigrafi veya MRG incelemelerinde artrit saptananlar eklem tutulumu olarak değerlendirilerek monoartrit ve poliartirit olarak sınıflandırıldı.

Vasküler sistem tutulumu açısından muayene edilen hastaların doppler USG, BT veya konvansiyonel anjiyografi ile saptanan bulguları sistemik arteriyel vaskülit, pulmoner arteriyel vaskülit, venöz oklüzyon ve varisler şeklinde sınıflandırıldı.

Santral sinir sistemi (SSS) tutulumu yönünden muayene edilen hastaların sadece MRG veya venografi/anjioyografi tetkikleriyle saptanan bulguları BH açısından dikkate alındı. Baş ağrısı ve baş dönmesi gibi subjektif yakınmalar değerlendirmeye alınmadı.

Sadece şikayeti olan bir hasta genitoüriner sistem muayenesi için ilgili klinikte değerlendirildi.

Hastalara kliniğimizde paterji deri testi 20 "gauge" iğne ile steril şartlarda dermatolog tarafından uygulanmış ve 48 saat sonra değerlendirilmiştir. Sistemik ilaç kullananlara uygulanmamıştı ve papül veya püstül varlığı pozitif sonuç olarak kabul edilmiştir.

Bu veriler SPSS (Statistical Sciences for the Social Sciences) 17.0 paket programı ile istatistiksel olarak değerlendirildi. Gruplar arası anlamlılık ve farklar Ki-Kare, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirildi.

Bulgular

Bizim çalışmamızda yer alan 182 olgu, UBÇG tanı kriterlerini tam olarak karşılayan erkek hastalardan oluşuyordu.

Demografik bilgiler

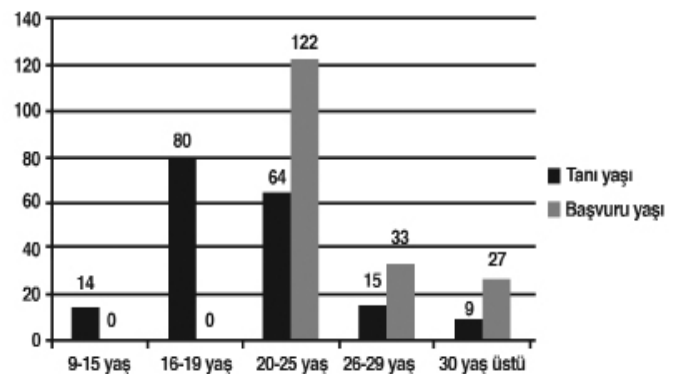
Hastaların başvuru anındaki yaş ortalaması 24,71±5,53 (20-53 yaş aralığı), şikayet başlangıç yaşı 20,59±4,55 (9-38 yaş aralığı), şikayet başlangıcından tanı konuluncaya kadar geçen süre ortalaması 6,4±4,67 (1-27 yıl), hastalık süresi 4,12±3,65 yıl (1-23 yıl) olarak saptandı. Başvuru ve tanı anındaki yaş dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Klinik özellikler

Oral aft, 86 hasta (%47,3) ile en sık başlangıç şikayeti idi. Aynı zamanda 182 olgunun tamamında oral aft saptanmıştı. Bu durum, çalışmamızda kullandığımız tanı kriterlerinin de olağan bir sonucudur. Klinik tutulumların dağılımı Tablo 1'de gösterildiği gibidir.

Deri ve mukokutanöz tutulumlar

Tekrarlayan oral aftlar, UBÇG kriterleri doğrultusunda hastaların tamamında gözlemlendi. Yüz elli sekiz hastada (%86,8) tekrarlayan genital ülser saptandı. Yüz yirmi beş hastada (%68,7) papülopüstüller lezyonlar,



Şekil 1. Başvuru ve tanı anındaki yaş dağılımı

30 hastada (%16,5) eritema nodozum izlendi. Paterji testi, uygulanan 103 (%56,6) hastanın 59'unda (%57,3) pozitif olarak sonuçlandı.

Göz tutulumları

Doksan altı hastada (%52,7) göz tutulumu saptandı. Hastaların 36'sında (%37,5) anterior üveit, 60'ında ise (%62,5) posterior üveit mevcuttu. Bununla birlikte iki hastada körlük saptandı.

Kas ve iskelet sistemi tutulumları

Otuz üç hastada (%18,1) eklem tutulumu saptandı. En sık tutulan eklemler sırasıyla ayak bileği (9 hasta, %27,27), ayak küçük eklemi (8 hasta, %24,24), diz eklemi (7 hasta, %21,21), el bileği (3 hasta, %9,09) ve sakroileit (1 hasta, %3,03) idi. Aynı zamanda birden fazla eklem tutulumu olan hastalar da mevcuttu. Bunlar sırasıyla, diz ve ayak bileği tutulumu (3 hasta, %9,09), diz ve ayak küçük eklem tutulumu (bir hasta, %9,09), ayak bileği tutulumu ve sakroileit (bir hasta, %9,09) olarak tespit edildi. Tutulum tespit edilen hastalardan 17'sinde (%51,51) uygulanan tüm vücut kemik sintigrafisinde patoloji izlendi ve hastaların 14'ünde (%82,4) poliartrit, 3'ünde (%17,6) ise monoartrit mevcuttu.

Vasküler tutulumlar

Kırk bir hastada (%22,5) vasküler tutulum gözlemlendi. Sistemik arteriyel vaskülit saptanmadı. Bir hastada pulmoner arteriyel vaskülit, 24 hastada venöz oklüzyon ve 16 hastada varis mevcuttu. Venöz oklüzyon bulunan olguların dağılımı 17 hasta derin ven trombozu (DVT), 5 hasta yüzeysel venöz tromboz ve 2 hasta vena kava trombozu şeklindeydi.

Nörolojik tutulumlar

Bütün hastalar için nöroloji konsültasyonu alındı. Hastalardan 18'inin nörolojik yakınması olmasına rağmen 13 hastada (%7,1) nörolojik tutulum gözlemlendi. Nörolojik tutulumu olan hastalardan yedi hastada baş ağrısı (%53,8), iki hastada parestezi (%15,3), üç hastada hemiparezi (%23,07) ve bir hastada çift görme (%7,69) şeklinde nörolojik yakınmalar vardı. Baş ağrısı, başka nörolojik muayene bulguları ve patolojik görüntüleme tetkikleri ile birlikte olmadığı sürece nörolojik tutulum olarak değerlendirilmedi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve MR venografi tetkikleri ile üç hastada venöz tromboz (%23,07), dokuz hastada beyaz cevher lezyonu (%69,23) ve bir hastada EEG tetkiki ile EEG anormalliği (%7,69) tespit edildi.

Genitoüriner sistem tutulumları

Bir hasta skrotal ağrı olması nedeniyle üroloji polikliniğine sevk edildi. Genitoüriner sistem muayenesinde skrotum, testisler, epididim ve

vazlar ayrıntılı muayene edildi. Bu hastada muayene ve skrotal USG görüntüleme ile epididimit saptandı.

Hastaların hiçbirinde gastrointestinal, pulmoner ve kardiyak tutulum saptanmadı.

Çalışmamızda organ tutulumuna göre oluşturulan hasta grupları, başvuru anındaki ve tanı konulduğu andaki yaş ortalamaları ile hastalık süresi açısından karşılaştırıldı. Öncelikle Kruskal-Wallis testi kullanılarak tüm gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığına bakıldı. Test sonucunda tanı grupları arasında başvuru yaşı, tanı yaşı ve tanı için geçen süre dağılımı açısından fark tespit edilemedi (p değerleri sırasıyla 0,591/0,417/0,61). Daha sonra Mann-Whitney U testi kullanılarak aynı kriterler açısından mukokutanöz BH ile sistemik tutulumu olan diğer gruplar karşılaştırıldı. Bu karşılaştırma sonucunda da anlamlı fark tespit edilemedi (Tablo 2).

Göz, eklem ve vasküler tutulumlar kendi içerisinde klinik ve tetkik sonuçlarıyla ayrı ayrı gruplandırılarak benzer şekilde karşılaştırıldı. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda anterior ve posterior üveit arasında başlangıç yaşı ve tanı yaşı dağılımı açısından anlamlı fark tespit edilemezken (p değerleri sırasıyla 0,754/0,215), tanı yılı anterior üveit bulunan hastalarda daha yüksek olarak gözlemlendi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,031). Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılan karşılaştırmalarda poliartrit-monoartrit (p sırasıyla 0,798/0,949/0,523), DVT-yüzeysel venöz tromboz (p sırasıyla 0,888/0,889/0,217) ve DVT-varis (p sırasıyla 0,736/0,884/0,673) arasında anlamlı fark tespit edilemedi. Vasküler tutulum grupları kendi arasında yaş dağılımları açısından Kruskal-Wallis testi uygulanarak değerlendirildi ancak anlamlı fark tespit edilemedi (p sırasıyla 0,936/0,979/0,56) (Tablo 2).

Tartışma

Bu çalışmada Türkiye'nin en kalabalık şehri İstanbul'da bulunan GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma hastanemizde BH tanısı ile takip edilen 182 erkek hastanın klinik ve demografik özelliklerini sunuyoruz. Etnik köken ve çevresel faktörlerin BH'nin prevalans ve kliniğini değiştirdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur. BH özellikle 3. dekatta, nadiren de olsa çocukluk çağında başlayabilmektedir^{9,10}. Hastalığın erkeklerde başlangıç yaş ortalaması ülkemizde Soylu ve ark.'nın yaptığı çalışmada¹¹ 27,6, Brezilya'da¹² 27,37, Yunanistan'da¹³ 31,6 ve Kore'de¹⁴ 33,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamıza dahil edilen olguların hastalık başlangıç yaşı ortalaması 20,59±4,55 olarak tespit edilmiştir. Diğer taraftan olguların 56'sı (%30,7) 18 yaş ve altında (yaş aralığı:9-18, yaş ortalaması:16,32±2,08) tanı almışlardır. Her iki durumda ülkemizdeki BH başlangıç yaşının diğer ülkelerle karşılaştırıldığında çok daha düşük olduğunu göstermektedir. Literatürde ailesinde de BH olan bireylerde hastalığın daha erken yaşta başladığını bildiren bazı çalışmalar mevcuttur¹⁵. Ancak bizim çalışma grubumuzda yer alan hastaların retrospektif olarak taranan dosyalarında aile hikayeleri ile ilgili düzenli bir bilgi bulunmuyordu. Bu nedenle aile hikayesi ile BH'nin erken yaşta başlaması arasındaki ilişki değerlendirilemedi. Çalışmamızda hastalığın başlangıcından tanı konmasına kadar geçen süre literatürle uyumlu olarak 4,12±3,65 (1-23 yıl aralığında) yıl bulundu.

Çalışmamızda hastaların tamamında oral aft gözlemlendi. Bu durum kullandığımız UBÇG tanı kriterlerinden de kaynaklanmaktadır. Mukokutanöz bulguların dağılımı ise dünyanın farklı bölgelerinden bildirilen çalışmalarla benzerlik gösteriyordu (Tablo 3).

Çeşitli araştırmacılar tarafından çalışmadan çalışmaya değişen paterji testi pozitiflikleri bildirilmiştir. Çalışmamızda paterji testi 103 hastanın

Tablo 1. Klinik bulguların dağılımı

Klinik Tutulum	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Oral Aft	182	100
Genital Ülser	158	86,8
Papülopüstüler Lezyon	125	68,7
Paterji Testi	59 (103)	57,3
Göz	96	52,7
Vasküler Sistem	41	22,5
Eklem	33	18,1
Eritema Nodosum	30	16,5
SSS	13	7,1
Üriner Sistem	1	0,5
GIS	1	0,5

59'unda (%57,3) pozitif olarak saptandı. Bu oran Tursen ve ark.'nın çalışmasında yer alan erkek hastalarda saptanan %56 paterji pozitifliği ile örtüşüyordu¹⁶. Ancak 2003 yılında yayınlanan kliniğimizde yapılan bir başka çalışmada bildirilen %8'lik paterji testi prevalansı bu çalışmada bildirilen orana (%57,3) göre oldukça düşüktü¹⁷. Bu durumun test standardizasyonu ile ya da başka faktörlerle oluşup oluşmadığı konusu çok net değildir ve daha kapsamlı başka araştırmalar gerektirmektedir. Göz tutulumu Behçet hastalığında en önemli morbidite nedenlerinden biridir. Ciddi takip yapılmayıp gerekli önlemler alınmadığında bazı olgular körlüğe kadar gidebilen kötü prognoz riski taşımaktadır. Genel değerlendirmelerde oküler tutulum sıklığı %50 civarındadır¹⁸. Bizim olgularımızın 96'sında (%52,7) göz tutulumu mevcuttu. Tipik tutulum tekrarlayan üveit ve retinal vaskülit formundaydı. Çalışmamızda saptanan oküler tutulum oranı diğer Avrupa ülkelerine oranla daha düşük gibi görülmektedir (Tablo 3). BH'de vasküler tutulum kötü prognoz kriterlerindedir. İlk vasküler olay sonrası diğer vasküler olaylar için de risk artmaktadır¹⁹. Behçet hastalarında %1,8-%57,1 arasında değişen oranlarda vasküler tutulum

bildirilmiştir^{20,21}. Bizim çalışmamızda olguların 41'inde (%22,5) vasküler tutulum mevcuttu. Bu veri, İtalya'da yapılan çalışmada yer alan erkek hastalarda %25 olarak saptanan vasküler tutulum oranı ile benzerlik gösteriyordu²². Bununla birlikte Uzakdoğu ülkelerinde tespit edilen %3,3-%5,8 arasında değişen vasküler tutulum oranlarından yüksekti^{14,23}. BH'de artrit ya da artralji şeklinde eklem sorunları, her ne kadar UBÇG kriterleri içinde yer almasa da, hastaların yaklaşık yarısında görülen ana bulgudur¹⁹. Farklı ülkelerden %16-%93 arasında değişen oranlarda eklem tutulumu bildirilmiştir²⁴⁻²⁶. En sık olarak alt ekstremitte büyük eklemlerini tutma eğiliminde olsa da üst ekstremitte büyük eklemlerini, el-ayak küçük eklemlerini ve sakroiliak eklemi de tutabilmektedir^{27,28}. Bizim araştırmamızın sonuçları da literatür bilgisi ile uyumlu idi. Hastalarımızın %18,1'inde eklem tutulumu mevcut idi. Eklem tutulumu olan hastaların sadece yarısında (%51,5) 3 fazlı kemik sintigrafisinde tutulum görüldü. Dolayısı ile bu tür hastaların eklem tutulumunun belirlenmesinde tek başına sintigrafinin yeterli olmadığı söylenebilir. Behçet artriti genellikle kendi kendini sınırlayabilen, intermitant ve non-eroziv olabilmesine

Tablo 2. Organ tutulumuna göre oluşturulan hasta ve gruplar arasındaki ilişki

	Göz		Eklem		Vasküler			
	Ant. Üveit	Post. Üveit	Poliartrit	Monoartrit	Kronik DVT	Trombüs	Venöz Yetmezlik	
Sayı	36	60	14	3	14	5	16	
%	37,5	62,5	82,4	17,6	40,0	14,3	45,7	
Toplam	96		17		35			
Yaş Ort.	Başvuru Yaşı	25,39±6,64	25,38±6,29	22,71±2,81	24,33±5,85	23,57±3,73	24,40±5,32	24,94±5,55
	Tanı Yaşı	20,47±4,52	21,63±4,76	19,21±3,59	19±5	20,29±2,92	19,40±6,87	20,56±5,47
	Tanı Yılı	4,92±4,84	3,75±3,9	3,50±2,24	5,33±3,78	3,29±1,97	5±3,53	4,38±3,16
Mann-Whitney p=	Başvuru Yaşı	0,754		0,798		—	0,888	0,736
	Tanı Yaşı	0,215		0,949		—	0,889	0,884
	Tanı Yılı	0,031		0,523		—	0,217	0,673
Kruskal-Wallis p=	Başvuru Yaşı	Uygulanmadı				0,936		
	Tanı Yaşı	Uygulanmadı				0,979		
	Tanı Yılı	Uygulanmadı				0,56		

Tablo 3. Klinik tutulumlarının karşılaştırılması

	Zouboulis ve ark. Yunanistan	Liao-Yuan Wang Çin	Sachetto Z ve ark. Brezilya	Pipitone ve ark. İtalya	Çalışmamız Türkiye
Hasta Sayısı (n)	82	170	87	137	182
Başlangıç Yaşı (Ort.)	35,52	34,4	28,03	29,6	20,59
Oral aft (%)	100	100	100	99,3	100
Genital ülser (%)	82,9	63,5	77,01	62,8	86,8
Eritema Nodosum (%)	51,2	41,8	19,77	38,9	16,5
Göz (%)	76,8	14,1	80,46	60,6	52,7
Eklem (%)	59,7	37,1	13,79	43,1	18,1
Vasküler (%)	10,9	8,8	13,95	30,7	22,5
SSS (%)	19,5	4,1	31,03	17,5	7,1
GIS (%)	7,3	10,0	1,16	-	0,5
Epididimit (%)	18,5	1,8	-	10,5	0,5
Paterji testi (%)	42,6	63,5	-	50,8	57,3

rağmen nadiren de olsa eklemde erozyonlara yol açabilir²⁹. Önceki yapılan çalışmalarda eklem tutulumunun hastanın yaşam kalitesi üzerine olumsuz bir etkisi olabildiği gösterilmiştir²⁷. Hem hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek hem de eklem tutulumuna bağlı gelişebilecek komplikasyonlar açısından bu tür hastaları takip eden hekimlerin, sintigrafinin negatif olmasının tutulumu ekarte etmeyebileceğini hatırlayarak daha dikkatli olmaları gerektiğini düşünüyoruz.

BH'nin en korkulan organ tutulumlarından biri nörolojik tutulumdur. Minör kriterlerden sayılmasına rağmen, ilk kez 20.yy ortalarına doğru tariflenen nörolojik tutulumların prevalansı %2,2 ile %50 arasında değişmektedir³⁰. Genel BH grubu içinde nörolojik tutulumun prevalansı için çelişkili oranlar bildirilmişse de, ülkemizden bildirilen geniş serilerde bu oran yaklaşık %5-%7 arasındadır³¹. ABD'de yapılan prevalans çalışmasında nörolojik tutulum %23³², İtalya'da ki çalışmada ise %17,1²² olarak tespit edilmişken bizim çalışmamızdaki oran %7,1'dir. Bu sonuç daha önceki Türkiye çalışmalarında olduğu gibi diğer ülke çalışmalarına göre düşük orandadır³³. Çalışmamızda venöz tromboz, intrakraniyal vaskülitik tutulumlar, beyin sapı tutulumları izlenmiş olmakla birlikte artmış intrakraniyal hipertansiyon hiç görülmemiştir.

BH'de epididimit yaygın olarak görülebilmektedir. Hatta BH'nin minör kriterleri arasında sayılmaktadır³⁴. BH'lerde şikayetten bağımsız olarak yapılan rutin skrotal USG ile hastaların %17'sinde epididimit saptanmıştır³⁵. Bizim çalışmamızda olguların rutin genitouriner sistem muayenesi yapılmamıştır. Sadece bir hastada ağrı şikayeti nedeniyle muayene yapılmış ve epididimit saptanmıştır. Genital ülserlerin yapmış olduğu ağrı ile epididimit ağrısı BH'lerde karışabilmektedir. Bu nedenle BH'lerde epididimit muayenesinin ileride oluşabilecek komplikasyonları engellemek amacıyla rutin olarak yapılmasında fayda olacaktır.

GIS tutulum prevalansı %1,1-%60 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir^{12,18,19,36-38}. Ancak çalışmamızda GIS tutulum saptanmadı. Rutin gastroenterolojik muayene ve endoskopik değerlendirmeler subklinik tutulumların saptanmasının yanı sıra verilerin daha sağlıklı olmasına da katkı sağlayacaktır.

BH'de organ tutulumlarının sıklığı, çalışmada kullanılan tanı kriterleri ve araştırmanın yapıldığı kliniğe göre değişiklikler gösterebilmektedir³⁹. Bizim çalışmamız dermatoloji kliniğinde yapıldığından deri lezyonları daha yüksek oranda saptandı.

Literatürde BH'nin ilk belirtisinden tanı alınca kadar geçen sürenin organ tutulumu yönünden farklılıklara neden olabileceğini bildiren araştırmalar mevcuttur⁴⁰. Bizim çalışmamızda ise hastalık başlangıç yaşı, ilk şikayetin ortaya çıkmasından tanı alınca kadar geçen süre ve hastalık süresi ile BH klinik tutulumları arasında herhangi bir korelasyon saptanmadı. Bu da Pipitone ve ark.'nın yaptığı çalışma ile örtüşüyordu²². Çalışmamızda anterior üveitin posterior üveitten daha geç oluştuğu/saptandığı sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuç BH gelişim sürecinin anlaşılmasında ileriki çalışmalarda bir katkı sunabilir. BH prevalansının ülkeden ülkeye farklılıklar göstermesine rağmen, klinik tutulumların dağılımının birbirine yakın oranlarda bildirilmesinin, günümüz dünyasında halen devam eden göçler nedeniyle olabileceğini belirten çalışmalar da mevcuttur⁴¹.

Yeni yapılacak çok merkezli ve multidisipliner araştırmalar BH kliniğinin daha iyi tanımlanmasını sağlarken aynı zamanda BH takibinde kullanılacak parametrelerin standardizasyonuna da ışık tutabileceklerdir.

Kaynaklar

1. Behcet H: Uber rezidiverende, aphtose durch ein Virus verursachte Geschwure am Mund, am Auge, und den Genitalien. Dermatol Wochenschr 1937;105:1152-7.
2. International Study Group for Behçet's Disease: Criteria for diagnosis of Behçet's disease. Lancet 1990;335:1078-80.
3. Yurdakul S, Günaydin I, Tüzün Y, et al: The prevalence of Behçet's syndrome in a rural area in northern Turkey. J Rheumatol 1988;15:820-2.
4. Azizlerli G, Köse AA, Sarica R, et al: Prevalence of Behçet's disease in Istanbul, Turkey. Int J Dermatol 2003;42:803-6.
5. Yazici H, Fresko I, Yurdakul S: Behçet's syndrome: disease manifestations, management, advances in treatment. Nat Clin Pract Rheumatol 2007;3:148-55.
6. Tsuyoshi S, Mitsuhiro T, Noboru S, Goro I: Behçet's disease. Journal rheumatology 2002;12:134-6.
7. O'Neil TW, Rigby AS, McHugh S, Silman AJ, Barnes C: On behalf of the international study group for behçet's disease. Regional differences in clinical manifestations of Behçet's disease. Amsterdam, Elsevier, 1993;pp 159-163.
8. Kaklamani VG, Vaiopoulos G, Kaklamani PG: Behçet's Disease. Semin Arthritis Rheum 1998;27:197-217.
9. Mahr A, Belarbi L, Wechsler B, et al: Population-based prevalence study of Behçet's disease: differences by ethnic origin and low variation by age at immigration. Arthritis Rheum 2008;58:3951-9.
10. Krause I, Uziel Y, Guedj D, Mukamel M, Harel L, et al: Childhood Behçet's disease: clinical features and comparison with adult-onset disease. Rheumatology (Oxford) 1999;38:457-62.
11. Soylu M, Şekeroğlu HT, Erdem E, Demircan N: Behçet's Disease: The Clinical and Demographic Characteristics of 406 Patients. Turk J Rheumatol 2012;27:115-20.
12. Sachetto Z, Mahayri N, Ferraz RH, Costalat LT, Bertolo MB: Behçet's disease in Brazilian patients: demographic and clinical features. Rheumatol Int 2012;32:2063-7.
13. Zouboulis CC, Vaiopoulos G, Marcomichelakis N, et al: Onset signs, clinical course, prognosis, treatment and outcome of adult patients with Adamantiades-Behçet's disease in Greece. Clin Exp Rheumatol 2003;21:19-26.
14. Bang DS, Oh SH, Lee KH, Lee ES, Lee SN: Influence of sex on patients with Behçet's disease in Korea. J Korean Med Sci 2003;18:231-5.
15. Karıncaoğlu Y, Borlu M, Tokar SC, et al: Demographic and clinical properties of juvenile-onset Behçet's disease: A controlled multicenter study. J Am Acad Dermatol 2008;58:579-84.
16. Tursen U, Gurler A, Boyvat A: Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's disease. Int J Dermatol 2003;42:346-51.
17. Dogan B, Taskapan O, Harmanyeri Y: Prevalance of pathergy test positivity in Behçet's disease in Turkey. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003;17:228-9.
18. Özyazgan Y: Behçet Hastalığında Göz Tutulumu. Turkderm 2009;43 Özel Sayı:48-53.
19. Can M, Direskeneli H: Behçet Hastalığında Kas, İskelet Sistemi ve Damar Tutulumu. Turkderm 2009;43 Özel Sayı:54-60.
20. Bang D, Lee J, Lee E, et al: Epidemiological and clinical survey of Behçet's disease in Korea: the first multicenter study. J Korean Med Sci 2001;16:615-8.
21. El Menyawi MM, Raslan HM, Edrees A: Clinical features of Behçet's disease in Egypt. Rheumatol Int 2009;29:641-6.
22. Pipitone N, Boiardi L, Olivieri I, et al: Clinical manifestations of Behçet's disease in 137 Italian patients: results of a multicenter study. Clin Exp Rheumatol 2004;22:46-51.
23. Shang Y, Han S, Li J, et al: The clinical feature of Behçet's disease in Northeastern China. Yonsei Med J 2009;50:630-6.
24. Cheng TK, Thong BY, Chng HH: Behçet's disease: experience in a tertiary rheumatology center in Singapore and a review of the literature. Ann Acad Med Singapore 2004;33:510-4.
25. Gurler A, Boyvat A, Tursen U: Clinical manifestations of Behçet's Disease: an analysis of 2147 patients. Yonsei Med J 1997;38:423-7.
26. Seaman G, Pearce RA: Behçet's Disease manifestation in a population drawn from the UK Behçet's Syndrome Society. Behçet's Disease. Ed. Hamza M. Tunisia, Pub Adhoua, 1997;196-9.
27. Gur A, Sarac AJ, Burkan YK, Nas K, Cevik R: Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behçet's disease: relationship between arthritis and these factors. Clin Rheumatol 2006;25:524-31.
28. Cho SB, Lee JH, Ahn KJ, et al: Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and joint involvement in Behçet's disease. Yonsei Med J 2012;53:759-64.

29. Davatchi F, Shahram F, Chams-Davatchi C, et al: Behcet's disease: from East to West. *Clin Rheumatol* 2010;29:823-33.
30. Al-Araji A, Sharquie K, Al-Rawi Z: Prevalence and pattern of neurological involvement in Behcet's disease: a prospective study from Iraq. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;7:608-13.
31. Akman-Demir G: Behçet Hastalığında Nörolojik Tutulum. *Turkderm* 2009;43 Özel Sayı:61-4.
32. Davatchi F, Shahram F, Chams C, Chams H, Nadji A: Behçet's disease. *Acta Medica Iranica* 2005;43:233-42.
33. Serdaroğlu P, Yazici H, Ozdemir C, et al: Neurologic involvement in Behçet's syndrome. A prospective study. *Arch Neurol* 1989;46:265-9.
34. Cho SB, Cho S, Bang D: New insights in the clinical understanding of Behçet's disease. *Yonsei Med J* 2012;53:35-42.
35. Yılmaz O, Yılmaz S, Kisacik B, et al: Varicocele and epididymitis in Behcet disease. *J Ultrasound Med* 2011;30:909-13.
36. Shimizu T, Ehrlich GE, Inaba G, Hayashi K: Behcet's disease (Behçet's syndrome). *Semin Arthritis Rheum* 1979;8:223-60.
37. Oshima Y, Shimizu T, Yokohari R, et al: Clinical studies on Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis* 1963;22:36-45.
38. Yurdakul S, Tuzuner N, Yurdakul I, et al: Gastrointestinal involvement in Behçet's syndrome: a controlled study. *Ann Rheum Dis* 1996;55:208-10.
39. Yücel A, Sönmezoğlu Maraklı S, Aksungur VL, et al: Clinical evaluation of Behçet's disease: a five year follow-up study. *J Dermatol* 2005;32:365-70.
40. Alpsoy E, Donmez L, Bacanlı A, Apaydin C, Butun B: Review of the Chronology of Clinical Manifestations in 60 Patients with Behçet's Disease. *Dermatology* 2003;207:354-6.
41. Mohammad A, Mandl T, Sturfelt G, Segelmark M: Incidence, prevalence and clinical characteristics of Behcet's disease in southern Sweden. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52:304-10.