

Konkomitan Akciğer Tüberkülozlu Bir Behçet Hastalığı Olgusu*

Firdevs Atabey*, Recep Dodurgalı*, Sezai Öztürk*, Hanife Can*, Füsün Şahin*, Arman Poluman*

Özet: Behçet; ağızda, genital bölgede tekrarlayıcı ülserasyonlarla gözde üveitle seyreden, bunun yanında dermal, renal, santral sinir sistemi, gastrointestinal sistem ve iskelet sistemi tutulumu da yapabilen multisistemik bir hastalıktır.

Hücrel bağışıklığın parsiyel veya total supresyonuna bağlı olarak bağışıklık direncinin azalması sonucu gelişebilecek hastalıkların başında olan tüberkülozun da Behçet Hastalığı seyri sırasında nadir olmakla birlikte görülebileceği bildirilmektedir.

Olgumuzda klinik radyolojik ve bakteriyolojik olarak kanıtlarımız; akciğer tüberkülozu ile Behçet Hastalığı'nın eş zamanlı görülmesi Behçet'e bağlı olası hücrel immünsüpresyonu akla getirmiştir.

Sonuç olarak ülkemiz için önemli bir hastalık olan Behçet Hastalığı'nın seyri sırasında hücrel bağışıklığın iyi izlenmesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar kelimeler: Behçet, Tüberküloz

Behçet Hastalığı; ağızda, genital bölgede tekrarlayıcı ülserasyonlar ve gözde üveitle seyreden, bunun yanısıra dermal, renal, santral sinir sistemi tutulumu da yapabilen remisyon ve ekzaserbasyonlarla seyreden, tekrarlayıcı natürde bir vaskülitir(1).

Behçet Hastalığında immün sistemin etkilendiği iyi bilinmekte, özellikle otoimmün bir etyoloji ileri sürülmekle birlikte, humoral immünitinin yanısıra hücrel bağışıklığın da olumsuz olarak etkilendiği savunulmaktadır. Hücrel bağışıklığın parsiyel veya total supresyonuna bağlı olarak bağışıklık direncinin azalması sonucu gelişebilecek veya aktive olabilecek hastalıkların başında olan tüberkülozun da Behçet hastalığı seyri sırasında nadir olmakla birlikte görülebileceği bildirilmektedir(2). Bu çalışmada Behçet Hastalıklı bir olgudaki konkomitan akciğer tüberkülozu gelişimi sunulmuştur.

Olgu Sunumu

MA, 31 yaşında, erkek hasta. Yaklaşık bir aydır öksürük, balgam çıkarma, zayıflama, gece terlemesi yakınmaları ile Ocak 1997'de kliniğimize yatırıldı. Hastamıza 1.5 ay önce oral aft ve ön-arka üveit bulguları ile Behçet Hastalığı tanısı konmuş olup, bu tarihten beri 80 mgr/gün oral prednisona ilave olarak 15 gündür de Kolşisin 1.5 gr/gün kullanmakta idi. 15 senedir günde 5-6

*27.28.11.1997, VI. Ulusal Behçet Hastalığı Kongresi, İstanbul'da sunulmuştur.

*Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi

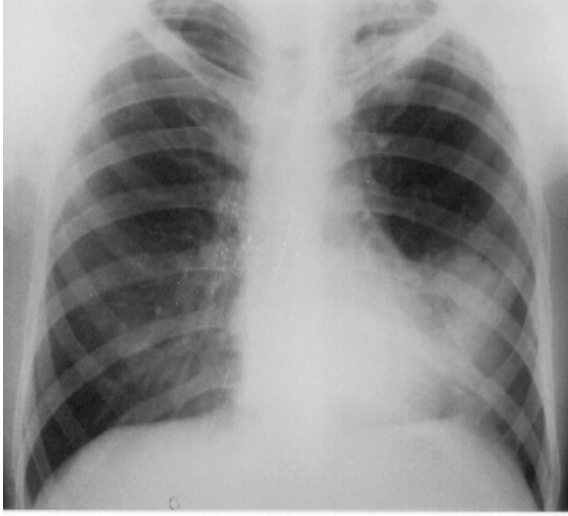
Yazışma adresi: Dr.Recep Dodurgalı

Sarıgül Cad. no.98/1 Gözde Apt., Fatih-İstanbul
adet sigara içimi dışında öz ve soy geçmişi bir özellik yoktu.

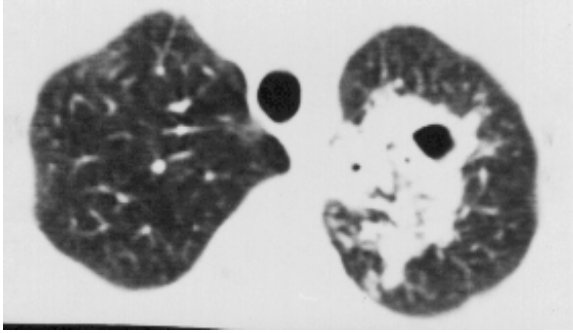
Fizik muayenede ağızda aft, oskülyasyonla sol orta ve alt akciğer alanları ile sağ alt alanda öksürük ve pozisyonla değişmeyen inspiratuar raller mevcuttu. Laboratuvar bulguları; Eritrosit 3.8 milyon, Hematokrit %36, Lökosit 7000/mm³, Lenfosit 1740/mm³, Sedimentasyon hızı 120 mm/saat idi. Rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. ARB direkt muayene ve homojenizasyonla (+) bulundu. PPD 10 mm idi (Bir BCG skarı mevcuttu). Serolojik teste Antitbc IgG(-) idi. Lenfosit subpopulasyonları CD3 %71.52, CD19 %5.81, CD4 %26.46, CD8 %41.17, CD4/CD8 0.6 (parsiyel immün supresyon bulgusu) olarak ölçüldü.

PA akciğer grafisinde sol akciğer üst zonda içinde kaviter açıklıklar içeren nonhomojen dansite artışı ve sol alt alanda parakardial bölgede sınırları düzensiz homojen opasite görüldü (Resim 1). Toraks BT: sol üst lobda kavite içeren eksudatif infiltrasyon ve lokal fibrozis ile lingula'da pnömonik kondansasyon saptandı (Resim 2).

Olgumuz klinik, radyolojik ve bakteriyolojik bulgularla erişkin tipi reaktivasyon tüberkülozu olarak değerlendirildi ve INH 5 mg/kg/gün, Rifampisin 10 mgr/kg/gün Ethambutol 25 mg/kg/gün ve Morfazinamid 50 mg/kg/gün olarak standart anti-tüberkülo ilaç tedavisi başlandı. Bir aylık tedavi sonunda yapılan kontrolde semptom ve bulgularda gerilemeyle akciğerdeki lezyonlarda radyolojik olarak kısmi düzelme izlendi ve balgamda ARB negatifti.



Resim 1. PA akciğer grafisi.



Resim 2. Toraks BT'si.

Tartışma

Behçet hastalığı Japonya ve Akdeniz ülkelerinde oldukça sıktır (2-4). HLA-B51 geni taşıyanlarda hastalık riski yüksektir (7-9). Ülkemizde erkek/kadın oranı 1.5/1'dir. Hastalığın etyopatogenezinde rol aldığı düşünülen immunolojik faktörlerin önemlileri ısı şoku proteinlerine karşı artmış T ve B hücre yanıtı, nötrofilik aktivitede artış ve sitokin düzeylerinde saptanan artışlarla değişikliklerdir (3).

Serum sitokin düzeylerinin de Behçetlilerde değişiklikler gösterdiği ve lenfosit ve monosit kaynaklı Th1 sitokinlerinin arttığı ve özellikle nötrofil fonksiyonlarını uyarma özelliğine sahip IL-8 düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir(4).

Tüm bu bulgular enflamatuvar cevabın arttığı ve immün sistemde genel bir regülasyon defektinin olduğu yönündedir. Bir çalışmada hastalık aktivitesi ilişkili oligoklonal T hücre ekspansiyonlarının bulunması enflamasyonu tetikleyen bir antijenin bulunduğunu düşündürmüştür (5).

Paterji sonrası derinin immünohistopatolojik incelemesinde ise mononükleer hücre popülasyonu

nunun başlıca CD4 helper hücreler olduğu ve seyrek CD8 hücreleri bildirilmiştir (6).

Behçet hastalığının tedavisi hastalığın semptomlarına göre düzenlenir. Tedavide kullanılan başlıca ajanlar kolşisin, kortikosteroid, dapson, talidomit ve immunosupresiflerdir.

Erişkin tipteki akciğer tüberkülozu reaktivasyonunda predispozan faktörler genellikle silikozis, kızamık, iyi kontrol edilemeyen diabetes mellitus, sarkoidozis, üremi, alkolizm, gastrektomi, açlık ve diğer beslenme yetersizlikleri, fiziksel felaketler, ruhsal bunalım, immüno-supresif ilaçlar ve kortikosteroid kullanımı ve yine Hodgkin hastalığı gibi çeşitli neoplazik durumlardır. Bu klinik tabloların hepsinde de lenfosit ya da makrofaj fonksiyon bozukluğunun bulunması ve yine durumun sellüler immün yanıtla ilgili olması ihtimali çok kuvvetlidir.

İntakt sellüler immünite tüberkülozun prevansiyonunda çok önemlidir. Kortikosteroid ve sitotoksik ajanlar gibi sellüler immunitayı deprese eden ajanlar kişide, tüberküloza zemin hazırlar. Tüberkülozun endemik olduğu ülkelerde immüno-suprese hastaların %19'lara kadar çıktığı bildirilmiştir (7).

Hastamızda Behçet hastalığının kliniği 3 aydan fazla gibi gözükmektedir. Hastamız 1.5 aydan beri 80 mg/gün prednizolon ve 15 gündür de 1.5 mg/gün kolşisin kullanmakta idi. Prednizolonun günlük verilmesi gecikmiş hipersensitivitenin göstergesi olan deri testlerini baskılar ve yaklaşık 2 haftalık sürede anerjiye neden olur (8). PPD'yi negatifleştiren günlük prednizolon dozunun 10-80 mg arasında değiştiği bildirilmektedir. Miliar ve Horne; hastalarında minimum 10 mg günlük prednizolon dozunda tüberkülin supresyonunun görüldüğünü bildirdiler (9).

Olgumuzda PPD deri testi 10 mm endurasyonu gösteriyordu. Periferik lenfosit subpopulasyonu tetkikinde ise CD4/CD8 oranı 0.6 idi ki bu değer parsiyel bir immüno-supresyon göstermektedir. Hastamızın 80 mg/gün oral prednizolon kullanması parsiyel bir immüno-supresyona yol açmış olabilir ya da bizzat Behçet hastalığının kendisi immüno-supresyon oluşturabilir.

Ayrıca Lenzini'nin bildirdiği gibi erişkin tipi reaktivasyon tüberkülozunda da immün yetmezlik görüldüğü bildirildiğinden tüberküloza ait parsiyel bir immün supresyon varlığı da sözkonusu olabilir (10).

Hastamızdaki immüno-supresyonun kullandığı kortikosteroidden mi yoksa bizzat hastalığın kendisinden mi kaynaklandığını ayırt etmek pek mümkün değildir. Bu nedenle antitüberkülo tedaviye başladıktan sonra hastanın

kortikosteroid ve immünsüpressif tedavisi kesilerek izlenmeye başlandı.

Sonuç olarak ülkemiz için önemli bir hastalık olan Behçet Hastalığı'nın seyri sırasında hücresel bağışıklığın iyi izlenmesinin önemi ve özellikle bu hastalığın tedavisinde uygulanan kortikosteroid vb. immünsupresiv ilaçların uygulanması süresince profilaktik, tüberkülozu önleyici INH'nin verilmesi, hastaların sık sık bakteriyolojik ve radyolojik olarak kontrol edilmesi gerektiği vurgulanmak istendi.

A Case of Behçet's Disease With Concomittant Pulmonary Tuberculosis

Abstract: Behçet's disease is a multisystem disorder presenting with recurrent oral and genital ulcerations as well as uveitis, and which may also have dermal, renal, central nervous system, gastrointestinal system and skeletal system involvements.

It was reported that tuberculosis, which takes the first row among diseases that might develop as a result of decreased immune resistance due to partial or total supression of cellular immunity, might be encountered with concomittantly though rarely, during the cause of Behçet's disease.

Our clinical, radiological and bacteriological evidences in our case as well as concomittance of pulmonary tuberculosis with Behçet's disease suggested possible cellular immunosupression due to Behçet's disease.

In conclusion attempts were made by this report to emphasize adequate observation of cellular immunity during the course of Behçet's disease which should not be ignored in our country.

Key words: Behçet, Tuberculosis.

Kaynaklar

1. Behçet H: Über Rezidivierende Aphtose, durch ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an den Genitalien. Derm Wochenschr 36:1152-8, 1937.
2. Skogberg K, Ruutu P, Tukiainen P, Voltanen V. Effect of immunosuppressive therapy on the clinical presentation and outcome of tuberculosis. Clin Infect Dis 17:1012-1017, 1993.
3. Mizuki N, Ohno S: Immunogenetic Studies of Behçet's Disease. Rev Rhum (Eng Ed). 63:520-27, 1996.
4. Niwa Y, Mizushima Y: Neutrophil Potentiating factors released from stimulated lmyocytes, special reference to the increase in neutrophil potentiating factors from streptococcus stimulated lymphocytes of patients. with Behçet's disease Clin Exp Immunol 79:353-60, 1990.
5. Esin S, Gül A, Hoder V. Peripheral blood T cell expansions in patients with Behçet's disease Clin Exp Immunol 107:520-27, 1997.
6. Gül A, Esin S: Immunohistology of skin Pathergy reaction in Behçet's disease. Br J Dermatol 132:901-7, 1995.
7. Chan JC, Shun Yang S: High incidence of pulmonary tuberculosis in the non HIV infected immunocompromised patients in Hong Kong. Chest 96:835-9, 1989.
8. Bovornkitti S, Kongsadel P: Reversion and reconversion rate of tuberkulin skin reactions in correlation with the use of prednisone. Chest 38:51, 1960.
9. American Thoracic Society: Treatment of tuberculosis and infection in adults and children. Am J Respir Clin Care Med 149:1359-74, 1994.
10. Lenzini L: The spectrum of human tuberculosis Clin Exper Immunol 27:230, 1977.