

Behçet Hastalığında Arteriyel Tutulum ve Cerrahi Tedavi Sonuçları*

Emel NAZLIEL, Murat ÖZEREN, Yavuz YÖRÜKOĞLU, Ertan YÜCEL

SK Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniği, Dışkapı-Ankara

ÖZET

SSK Ankara Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Kliniğinde Ağustos 1989-Aralık 1993 tarihleri arasında, ortalama 36 yaşında (32-40), 7 erkek Vaskulo-Behçet olgusuna 8 primer 7 reoperasyon olmak üzere toplam 15 arteriyel cerrahi işlem yapılmıştır. Postoperatif takip süresi ortalama 21 (6-36) aydır. 7 hastanın 4'ünde ilk ameliyat sahasında ortalama 6.5 ay (1-15 ay) sonra akut greft trombozu, proksimal ve distal anastomoz anevrizması, spontan rüptür ve kanama nedenleri ile 1'inde de başka bir lokalizasyonda 2 yıl sonra oluşan akut oklüzyon nedeni ile acil reoperasyon yapılmıştır. 7 Vaskulo-Behçet olgusu sunularak, greft trombozu ve anastomoz anevrizması gelişimi nedeniyle, Behçet hastalığında cerrahi sonuçlarını iyi olmadığı vurgulanmıştır.

SUMMARY

Arterial Involvement in Behçet's Disease and Surgical Results

8 primary and 7 reoperations of total 15 surgical interventions were performed on 7 male Vaskulo-Behçet cases mean age 36 (32-40) between the dates August 1989-December 1993 at the SSK Ankara Hospital Department of Cardiovascular Surgery. Postoperative follow-up was mean 21 (6-36) months. 4 of the 7 patients were taken to the urgent operations as a results of acute graft thrombosis, aneurysm of the proximal and the distal anastomoses, spontaneous rupture and bleeding at the first operation field mean 6.5 (1-15) months later and another case taken to the urgent operations as a results of acute occlusion of different localization 2 years later. 7 Vaskulo-Behçet cases which have got good surgical results because of formation of graft thrombosis and aneurysms of anastomoses, are presented.

GİRİŞ

Behçet hastalığı sebebi tam olarak bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. İlk kez 1937'de Hulusi Behçet tarafından rekürent orogenital ülser ve iritis ile triad olarak tanımlanmıştır (1). Hastalık, genç erkeklerde 20 ve 40 yaşları arasında olur. Behçet hastalığı en çok Akdeniz ülkeleri, Ortadoğu ve Japonya'da yaygındır (2).

Behçet hastalığı neuro-entero- ve vaskulo-behçet olarak 3 subgruba ayrılmıştır. Behçet hastalığında vasküler tutulum Vaskülo-Behçet

olarak adlandırılmıştır. Vaskülo-Behçet olgularının 3 büyük klinik tipi mevcuttur, bunlar, anevrizma formasyonu, arteriyel oklüzyon ve venöz trombozistir (3, 4, 5).

Bu yazımızda Behçet hastalığının arteriyel tutulumu nedeniyle cerrahi tedavi uyguladığımız 7 olguyu sunarak takip sonuçlarını bildiriyoruz.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimize Şubat 1988-Aralık 1993 tarihleri arasında başvuran 161 Behçet olgusunun 61 (%)

37.8)'inde vasküler tutulum saptanmış, 61 olgunun 54 (% 33,5)'ünde venöz, 7 (% 4.3)'sinde arteriyel tutulum bulunmuştur. Tüm hastalarda teşhis uluslararası çalışma grubu kriterlerine göre yapılmıştır (6).

Tümü erkek olan olgularımızın hepsinde genital ülserasyon, aftöz stomatit, paterji pozitifliği mevcuttu. Olguların yaşları 32 ile 40 arasında değişmekte olup ortalama 36 dır. Arteriyel tutulum olgularda angiografi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi.

SONUÇLAR

8 primer arteriyel lezyon 7 Behçet hastasında saptanmıştır (Tablo 1). Hastalar 3 gruba bölü-

Tablo 1. Arteriyel lezyonların lokalizasyonları

Abdominal aorta	1	% 12.5
İliak arter	2	% 25.0
Femoral arter	3	% 37.5
Popliteal arter	1	% 12.5
Brakial arter	1	% 12.5
Toplam	8	% 100

Tablo 2.

Olgu	C	Y	1. Tutulum	2. Tutulum	3. Tutulum	4. Tutulum	5. Tutulum
1	E	40	Sol femoral arter anevrizması	Sağ dış iliak arter anevrizması (12 ay)			
2	E	41	Sol popliteal arter anevrizması	Greft trombozu (7 ay)			
3	E	35	Abdominal aort anevrizması	Anastomoz anevrizması (15 ay)			
4	E	36	Sağ femoral arter anevrizması	Sağ femoral greft trombozu (3ay)	Sol femoral arter akut oklüzyonu (9 ay)	Sol dış iliak arter akut oklüzyonu (3 ay)	Anastomoz hattı anevrizması ve kanama (1ay)
5	E	32	Sağ dış iliak arter oklüzyonu				
6	E	35	Sağ brakial arter anevrizması				
7	E	40	Sağ femoral arter anevrizması	Anastomoz hattından kanama (1 ay)			

() Arteriyel lezyonların ortaya çıkış süresi

nerek incelendiğinde ilk grup arteriel oklüzyon (1 olgu), ikinci grup arteriel anevrizmalar (5 olgu), üçüncü grup hem arteriyel anevrizma hem de oklüzyon saptanan olgular (1 olgu) (Tablo 2).

İlk grupta bulunan 5. olgu semptomatik olup kliniğimize akut arter tıkanıklığı bulguları ile geldi. Akut arteriyel oklüzyon düşünülen hastaya trombektomi yapıldı, sağ eksternal iliak arterde mevcut olan tromboz trombektomiye yanıt veremeyince ekstremitayı kurtarmak için sağ iliofemoral bypass uygulandı.

İkinci grupta bulunan olgulardan ilki bir yıl önce başka bir merkezde sol femoral anevrizma nedeniyle opere olmuştu. Olgu kliniğimize sağ ayağında ağrı ve soğukluk nedeniyle başvurdu. Hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde ve angiografisinde sağ eksternal iliak arterde anevrizma ve bunun arter üzerine basısı gözlemlendi. (olgu 1). Olguya 6 mm Gore-tex tubuler greft interpozisyonu uygulandı. Sağ kol kübital bölgede şişlik ve ağrı nedeniyle başvuran ikinci olguda sağ brakial arter anevrizması saptandı (olgu 6), anevrizmektomi ve uç uca anastomoz yapıldı. Bu grubun üçüncü olgusunda lumbalji ve karın ağrısı nedeni ile çekilen bilgisayarlı tomografi ve angiografide

rüptüre olmuş abdominal aort anevrizması saptandı (olgu 3), aorto-biliak 16x8 mm bifurkasyon greft implantasyonu uygulandı. Olguda 15 ay sonra proksimal ve sağ distal anastomoz yerinde anevrizma saptandı. Anastomoz hatlarının tamiri yapıldı. Sol ayağında ağrı yakınması ile gelen dördüncü olguda sol popliteal arterde anevrizma mevcuttu (olgu 2), anevrizmektomi ve safen ven interpozisyonu uygulanan hasta 7 ay sonra greft trombozu nedeniyle geldi, trombektomi yapılan hastada yanıt alınamayınca femoropopliteal safen bypass uygulandı. Sağ femoral arter anevrizması tanısı alan 5. olguya (olgu 7) 6 mm Goretex greft interpozisyonu uygulandı. Olgu 1 ay sonra anastomoz hattından kanama ile geldi, anastomoz hattının tamiri yapıldı.

Üçüncü grupta bir hastada anevrizma ve arteriyel oklüzyon oluştu (olgu 4). İlk kez saf femoral arter anevrizması ile gelen olguya iliofemoral 6 mm Gore-tex greft interpozisyonu uygulandı. Ancak olgu 3 ay sonra greft trombozu ile geldi ve trombektomiye yanıt verdi. Olgu 9 ay sonra sol femoral arter akut oklüzyonu ile kliniğimize başvurdu, trombektomi uygulandı. Son operasyondan 3 ay sonra sol dış iliak arter akut oklüzyonu ile gelen hastaya retrombektomi yapıldı, ancak yanıt alınamadı ve hastaya sol ana iliak-femoral 8 mm Gore-tex greft bypass yapıldı. Olgu bir ay sonra distal anastomoz hattında anevrizma formasyonu ile geldi. Anevrizmadan kanaması başlayan olgunun sol iliofemoral grefti ligatüre edildi ve sol alt ekstremité 3 gün sonra ampute edildi.

Reoperasyon, olgulara, anastomoz anevrizması, greft trombozu, retromboz ve hemoraji nedenleriyle uygulanmıştır (Tablo 3).

7 vaskülo-Behçet olgusuna 8 primer ve 7 reoperasyon olmak üzere toplam 15 arteriyel müdahale uygulandı. Postoperatif takip ortalama 21 (6-36) aydır.

TARTIŞMA

Behçet hastalığında vasküler tutulum çeşitli geniş hasta gruplarında yapılan çalışmalarda Türkiye'de % 24.3 (7), Japonya'daki iki seride %

Tablo 3. Reoperasyon endikasyonları

Anastomoz anevrizması	1	% 14.2
Greft trombozu	2	% 28.5
Retromboz	2	% 28.5
Hemoraji	2	% 28.5
Toplam	7	% 100

3.6 ve % 18.7 olarak bildirilmiştir (4, 8). En sık vasküler tutulum % 25-26 ile yüzeysel ve derin tromboflebit olup bunu % 8 ile süperior ve inferior vena cava'nın trombozu izlemektedir. Biz 161 Behçet olgusu arasında vasküler tutulumu % 37.8 olarak bulduk.

Arteriyel tutulum, Behçet hastalığında nadir görülür. Urayama (5) tarafından 40 yıl boyunca 868 hastada 22 olguda arteriyel oklüzyon veya anevrizma % 2.53, Hamza tarafından % 2.2 olarak saptanmıştır (3). En sık etkilenen arter aorta olup bunu pulmoner, femoral, subklavian ve popliteal arterler izlemektedir. Bizim grubumuzda arteriel tutulum % 4.3 dür. Arteriyel tutulum olan olgu sayısı yerleşim konusunda bilgi vermek için yeterli değildir (Tablo 2).

Behçet hastalığının etiyolojisi ve patogenezi konusu halen açık değildir. İnfektif ajanlar, immün mekanizma, fibrinolitik defekt, genetik nedenler, ekolojik faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (9). HLA grubunun çeşitli popülasyonlarda saptanması genetik etiyoloji konusunda ipuçları vermektedir (9). Ayrıca Behçet hastalarını periferde dolaşan mononükleer hücrelerinde virüs tip 1 RNA bulunması viral etiyolojiyi desteklemiştir (10). Behçet hastalarında anormal otoimmün fenomen saptanmıştır. Bu da kanda dolaşan immün komplekslerin hastalığın aktivitesi ile iyi bir kolerasyon içinde olduğu gösterilmesidir. Hücrel bağışıklık sistemi hastalığın patogenezinin sorumlu tutulmaktadır (11).

Behçet hastalığı histolojik olarak hem arterleri hem de veni etkileyen mikroskopik olarak fibrinoid dejenerasyon, endotelial hücre şişmesi ve mononükleer hücre infiltrasyonu ile karakterli obliteratif, nekrotizan vaskülitir (4).

Tedavide immünosüpresif ajanların kullanımı tedavide en yaygın yaklaşımdır. Bu ajanlar içinde kortikosteroidler (12), sitotoksik ilaçlar, siklosporin (13) ve kolşisin (14), taliadomit (15) kullanılmaktadır.

Orta yaş erkek hastalarda ayakta şişme veya aort, periferik arter anevrizması veya oklüzyonu varlığında Vaskülo-Behçet olabileceği daima hatırlanmalıdır. Venöz tutulumda konservatif tedavi en iyi seçenektir. Behçet hastalığında angiografi veya arteriel bypass'a bağlı punkurların giriş noktasında veya bypass hatlarında daha sonradan anevrizmaya yol açtığı iyi bilinmektedir. Arteriyel tutulum olan hastalarda cerrahi teknik olarak özel bir yaklaşım metodu yoktur. Konvansiyonel arteriel rekonstrüksiyon metodları kullanılabilir ancak rekkürent anevrizma akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Behçet's H: Über rezidivierende, aphtöse, durch ein virüs verursachte Gestwüre am Mund, am Auge und an den Genitalien. *Dermatol Wochenschr* 105: 1152-1157, 1937
2. Yörükoğlu Y, Zengin M, Paşaoğlu E, Nazlıel K, Salman E, Yücel E.: Ruptured abdominal aortic aneurysm due to Behçet's disease-A case report. *Vasc Surg*: 212-217, 1993
3. Hamza M: Large artery involvement in Behçet's disease. *J Rheumatol* 14: 554-559, 1987
4. Matsumoto T, Uekusa T, Fukuda Y.: Vasculo-Behçet's Disease: a pathologic Study of Eight cases. *Hum Pathol* 22: 45-51, 1991
5. Urayama A, Sakuragi S, Sakai F, et al: Angio-Behçet's syndrome, in Inaba G (ed): *International Symposium on Behçet's disease*. Tokyo, Japan, University of Tokyo Press. pp 171-176, 1982
6. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet* 335: 1078-1080, 1990
7. Müftüoğlu AU, Yurdakul S, Yazıcı H, et al: Vascular involvement in Behçet's disease-A review of 129 cases. In: *Advances in Behçet's disease*, ed. by Lehner T, Barnes CG. London: Royal Society of Medicine Services Ltd., pp 255-260, 1986
8. Shimuzu T, Hashimoto T, Matsuo T, et al: Clinico-pathological studies on Vasculo-Behçet's syndrome. *Nippon Rinsho* 36: 798-807, 1978
9. Jorizzo JJ: Behçet's disease. An update based on the 1985 international conference London. *Arch Dermatol* 122: 556-558, 1986
10. Eglin RP, Lehner T, Subak -Sharpe JH: Detection of RNA Complemenetary to Herpes Simplex Virus in Mononuclear Cells from Patients with Behçet's Syndrome and Reccurent Oral ulcers 2: 1356-1360, 1982
11. Levinsky RJ, Lehner T: Circulating soluble Immune complexes in reccurant oral ulceration and Behçet's syndrome. *Clin Exp Immunol* 32: 193-198, 1978
12. Schiffman L, Giansiracusa D, Calabro JJ, Eyvazadeh C, Weber CA: Behçet's syndrome. *Compr Ther* 12: 62-66, 1986
13. Nussenblatt RB, Palastine AG, Chan CC, Mochizuki M, Yancey K: Effectiveness of cyclosporin therapy for Behçet's disease. *Arth Rheum* 10: 154-158, 1986
14. Sande HM, Randle HW Use of Colchicine in Behçet's syndrome. *Cutis* 37: 344-348, 1986
15. Ronoux G: The General Immunopharmacology of Levamisole. *Drugs* 20: 89-99, 1980

Yazışma Adresi

Dr. Kemal NAZLIEL
Tunalıhilmî Cad. 34/10
Ankara