

VAKA TAKDİMİ

RENAL TUTULUM GÖSTEREN BEHÇET OLGUSU*

Dr. Şükrü BALEVİ**, Dr. Hüseyin ENDOĞRU**, Dr. İnci MEVLİTOĞLU**

** S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Oral, göz, deri, genital tutulum ilk belirti olabilir. Hastalığın markeri yoktur. Renal tutulum enderdir. Fokal nekrotizan glomerulonefritis epitel hücreli diffüz proliferatif glomerulonefritis meydana gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı

SUMMARY

Involvement of the eye, skin, genitalia, oral may be the initial presentation. There is no marker for the disease. Renal involvement is rare. Focal necrotizing glomerulonephritis and diffuse proliferative glomerulonephritis with epithelial cell crescent formation can occur

Key Words: Behçet's disease.

GİRİŞ

Multisistem hastalığı olarak ele alınan Behçet Hastalığında böbrek tutulumu ender olarak görülür. Hastalık kriterleri major ve minor kriterler olarak iki kısımda incelenir. Aft, göz tutulumu, genital ek-sülserasyon ve deri bulguları major kriterler olarak değerlendirilir. Santral sinir sistemi bulgusu, gastrointestinal sistem akciğer bulgusu, epididimitis, artrit ve atralji bulgusu, böbrek bulgusu kardiovasküler sistem bulgusu minör kriterler olarak değerlendirilir. Major bulgulardan dört tanesi varsa komplet yoksa inkomplet Behçet Hastalığından bahsedilir (1).

Hastalığın spesifik laboratuvar bulgusu yoktur. Ancak paterji testi tanıda yardımcı olup deri bulguları arasında major bulgudur (2,3)

OLGU TAKDİMİ

Hastamız (O.T.) 42 yaşında erkek, evli, serbest meslek sahibi. Şikayeti: Ağızda ve apış arasında yara, vücudunda sivilceler. Hikayesi: 1970 yılında apış arasında ve ağız içinde yaralar çıkmaya başlamış. Bu yakınmaları bir hafta devam edip geçiyormuş ve 15-20 gün sonra tekrarlıyormuş. 1973 yılında ağız içinde ve vücudunda çokca yaralar çıkmış ve hasta

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji kliniğine başvurmuş ve kliniğe yatırılmıştır. Yapılan incelemede Behçet Hastalığı tanısı konmuş ve Ultralan tablet başlanmış. O sıralarda göz muayenesi normal bulunmuş. Bir süre tedaviyi sürdüren hasta, şikayetleri kalmayınca tedaviyi bırakmış. 10 yıl hiç şikayeti olmadığını söyleyen hasta 1989'da sağ böbreğinden taş ameliyatı olmuş. 2 yıl önce bayılma nöbeti geçirdiğini söyleyen hasta Adana Balçala Hastanesine kaldırılmış ve beyin içi anevrizma rüptürü tanısı ile ameliyat edilmiş. Ameliyattan sonra taburcu edilmiş ancak kısa süre sonra sarılık başlamış, hasta tekrar yatırılarak incelenmiş. Yapılan incelemede karaciğer enzimleri yüksek bulunmuş ve Hepatit C'ye bağlı Kr. Aktif Hepatit tanısı konmuş. Hastaya Colchicum Dispert Dr ve Kortizon başlanmış. Bu ilaçları bir süre alan hasta tedaviyi yine kendiliğinden bırakmış.

2 ay önce ağız içinde ve apış arasında yara şikayeti tekrarlayan hasta tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı.

Özgeçmişi: 1989'da sağ böbrekte taş ameliyatı, 1991'de beyin içi anevrizma ameliyatı geçirmiş. 1991'de karaciğer biyopsisi yapılmış.

Soy geçmişi: Bir özellik yok.

* Bu Olgu Takdimi 4. Ulusal Behçet Hastalığı Kongresinde serbest bildiri şeklinde yayınlanmıştır. Haberleşme Adresi: Yrd. Doç. Dr. Şükrü BALEVİ, S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı, KONYA

Fizik Muayene: Lomber bölgede hassasiyet dışında sistem muayeneleri normal bulundu. Tansiyon: 14/9cmHg, Nabız: 80/dk, Ateş: 36,5°C idi.

Dermatolojik Muayene: Hasta seboreik görünümlü, frontal bölgede 5 cm uzunluğunda ameliyat kesisi skarı vardı. Ağız içinde dil kenarında 1 cm ve 0.5 cm çapında iki adet erode alan vardı. Sağ lumbal bölgede çizgi şeklinde ameliyat skarı görüldü. Genital bölgede skrotumda üzeri hafif sörez sızıntılı, yumuşak, düzgün kenarlı, ağrılı, 1-92 cm çapında beş tane ülser vardı. Sırtta, boyun ve femoral bölgede papül ve püstüller görüldü.

Laboratuvar: Eritrosit: 3220.000 /mm³, lökosit: 9400/mm³, Hkt: %33, Hb: 9.8 gr/dl, Sedim: 30-66 mm/h, üre: 66 mg/dl, Kreatinin: 3.6 mg/dl, AKŞ: 91 mg/dl, Na: 145 mmol/l, K: 3.9 mmol/L, Cl: 105 mg/dl, Total Bilirubin: 0.5 mg/dl, Alkale fosfat: 54 U/l, SGOT: 50 U/L, SGPT: 58 U/l, Total Protein: 6.9 gr/dl, Albumin: 3.3 gr/dl, Ca: 9.1 mg/dl, İnorganik Fosfor: 3.6 mg/dl, VDRL (-), HTLV (-), HbsAg (-) bulundu.

Tam İdrar: Glukoz, bilirubin ve keton: Negatif, SG: 1020, Blood: Mode rate, PH: 7.0, Protein: -300 mg dl, Üro.: 0.2 U/dl. Nitro.: Positive, Deu: Moderate. İdrar mikroskopisinde Ca kristalleri epitel hücresi vardı.

İdrar kültüründe pseudomonas üredi. Beyin tomografisindeki bulgu konjenital anevrizma bulgusu olarak değerlendirildi. IVP incelemesinde sağ pelvis kalis sistemi ektazik ve deforme, sol böbrek üst kalis grubu deforme bulundu. Kontrast maddenin idrara geçiş hızı aynı idi, hidronefroz görünümü yoktu. Kreatinin klirensi düşük bulundu. Bunun sonucu olarak İç Hastalıkları konsültasyonu istendi. Kr. böbrek yetmezliği tanısı kondu (hastanın durumundan dolayı biyopsi yapılması mahzurlu görüldü). Neden olarak Behçet Hastalığı düşünüldü.

İntaniye Bölümü ile yapılan konsültasyonda ve

inceleme sonucu olarak Hepatit C'ye bağlı Kr. Aktif Hepatit tanısı kondu. Göz konsültasyonu sonucu sağ gözde optik atrofi bulundu ve neden olarak da Behçet Hastalığı gösterildi.

Hastaya uygulanan paterji testi pozitif bulundu.

TARTIŞMA

Ağızda ve genital bölgesinde lezyonlarla kliniğimize başvuran hasta 4x1 Colchicum dispet Dr tedavisine alındı. İdrar kültür ve antibiyogram sonucuna göre Rocephine amp. 1 gr 1x1 Im başlandı. Genital ülserasyon için gündüz % 0.1 Rivanol solüsyonu pansumanı, gece Silverdin krem ve ağızdaki erozyonlara Kenakort Orabase uygulandı.

Yapılan idrar tahlilinde Kr glomerulonefritise uyar idrar bulgularına rastlandı. Kreatinin klirensi düşük bulunarak Kr böbrek yetmezliği tanısı aldı. Hastanın durumundan dolayı böbrek biyopsisi yapılamadı. Behçet Hastalığından başka Kr. Böbrek Yetmezliğine neden olabilecek başka bir etken bulunamadı.

Yapılan çeşitli araştırmalar Behçet Hastalığında ender de olsa renal tutulumun olabileceğini bildirmektedir (4). Behçet Hastalığı ender de olsa renal yetmezliğe neden olabilir (5). Renal tutulum bazen asemptomatik hafif derecede glomerular hasar yapabilir, bu yüzden renal tutulum sanıldığından daha yaygın olabilir (6).

Retrospektif olarak yapılan bir çalışmada 728 hasta ayrıntılı, olarak incelenmiş, 6'sında renal arter oklüzyonu ve/ veya anevrizması, çok nadir olarak da renal ven trombozuna rastlanmıştır (7).

Kronik Böbrek yetmezliğinde nedenler arasında Behçet Hastalığı 'da düşünülmelidir. Asemptomatik böbrek hasarı ilerde Kr. böbrek Yetmezliğine neden olabileceğinden, hastaların bu yönden de araştırılması gerektiği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Kaplan RP, Ahmed AR. Behçet's disease. In: Demis DJ. Clinical dermatology Philadelphia: Harper and Row Publishers. 1987: 9-17.
2. Gamble CN et al. The immun complex pathogenesis of glomerulonephritis and pulmonary vasculitis in Behçet's disease. Am J Med 1979; 66: 1031-1039.
3. Gürler A, Erdem C, Kundakçı H. Behçet Hastalığında üç aşamalı paterji testi ile elde edilen sonuçlar. Lepra Mecmuası 1987; 2: 74.
4. Fitzpatrick TB, Freedbery IM, Austen KF, Wolff K. Dermatology In General Medicine. Newyork: Mc Graw-Hill Book Company 1987; 1241.
5. Rook A, Wilkinson D, Ebling FE. testbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Scientifics Publications 1992: 2433.
6. Moschella SL, Hurley HJ. Dermatology. Philadelphia: W.B. Saunders Company 1992: 588.
7. Kansu E ve ark. Behçet Hastalığında vasküler komplikasyonlar. III. Ulusal Behçet Hastalığı Kongresi 1991: 150-151.