

BEHÇET HASTALIĞINDA TEMPORO-MANDİBULER, SAKRO-İLİAK ve ENTESOPATİK TUTULUM

Dr. İsrail ŞİMŞEK*, Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU**, Dr. Hüseyin TOL***- Dr. Şükrü BALEVİ***,
Dr. Hüseyin ENDOĞRU***, Dr. Serdar TARHAN**,

* S.Ü.T.F. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Radyodiagnostik Anabilim Dalı
*** S.Ü.T.F. Dermatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Behçet hastalığı (BH); eklemlerde kalıcı artrit tablosu göstermeyen sistemik bir hastalıktır. Çalışmaya alınan 40 Behçet hastası ve 23 kontrol grubunda sakroileit (Sİ), topuk entesopatisi (Aşil tendiniti ve / veya plantar fasciit) ve temporomandibuler artrit tutulumu klinik ve radyolojik bakımdan karşılaştırıldı. BH'nda kontrol grubuna göre radyolojik bakımdan anlamlı bir fark görülmesine rağmen klinik olarak bu fark anlamsızdır (p>0.05). Topuk entesopatisi ve temporomandibuler artrit arasında klinik ve radyolojik bulgular eşdeğer seviyelerde tesbit edildi. BH seyri esnasında her ne kadar topuk ve temporo-mandibuler eklem şikayeti olmaksızın da bu durum hastalığa özgü ve normal popülasyonda görülenden fazla değildir.

Anahtar kelimeler: Behçet Hastalığı, Temporo-mandibuler eklem, sakroileit, entesopati.

SUMMARY

The involvement of Temporo-mandibular, sacroiliac joints and entesopatic in Behçet's Disease

Behçet's disease is a systemic disease which does not show destructive arthritis in joints sacroiliitis ankle enthesopathia (Achilles tendinitis and plantar fasciitis) and temporomandibular arthritis were clinically and radiologically compared in 40 patients with Behçet's Disease and 23 control groups. There was a statistically significant difference in the radiological findings of both groups while there was clinically no significant difference between them (P<0.05). Clinical and radiological findings of ankle enthesopathia and temporo-mandibular joint arthritis were the same. It was concluded that although ankle and temporo-mandibular joint complaints are found during the Behçet's Disease, those complaints were specific for the disease and were not more than those found in normal population.

Key Words: Behçet's disease, Temporo-mandibular joints, Sacroiliitis, entesopathia.

Behçet hastalığı (BH); artrit bulgularının sık olarak görüldüğü sebebi belli olmayan bir hastalıktır. En fazla diz ve ayak bileği artritinin görüldüğü bu sistemik hastalığın seyri esnasında, daha az sıklıkta birçok eklemden artrit tablosu gelişebilir. Tekrarlayıcı karakterde ve eklemden genellikle kalıcı bir hasar yapmayan Behçet artrit, yakın zamana kadar hastalığın klinik tanısı için gerekli minör kriterlerden biri olarak kabul edilmiştir (1,2).

Sistemik bir hastalık olmasına karşın eklem tutulumu genelde oligoartiküler karakterli olan BH artrit, gerçek artritden ziyade artralji niteliğinde ortaya çıkar. Romatoid artritteki eroziv artrit ile intermitan hidrartroz veya palindromik romatizma gibi pek hasar yapmayan artritler arasındaki geniş artritlik tabloları taklit edebilir (3).

İzlediğimiz Behçetli hastaların bir kısmında gözlemlediğimiz çene eklemi şikayetleri dikkat çekici

nitelikteydi. Biz bu çalışmamızda Behçet hastalığı olan 40 olguda temporomandibuler, sakroiliak ve topuk bölgesi tutulum oranlarını klinik ve radyolojik olarak araştırdık.

MATERYAL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı'nda bugünkü kriterlere göre (4) kesin Behçet Hastalığı tanısı alan 40 hasta ile 23 kontrol vakası çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların lökomotor sistem değerlendirmesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) kliniğinde yapıldı. Hastaların lökomotor sistem bulguları içinde, özellikle temporomandibular eklem, sakro-iliak eklem ve topuk bölgesi muayene bulguları esas alındı. Bu amaçla; temporo-mandibuler eklemin palpasyonla ağrılı olup olmaması, aktif eklem hareket genişliği (ROM) ve aktif dirençli eklem hareket genişliği (aktif ROM) muayeneleri, bu muayeneler esnasında klik ve /veya krepitasyon olması hali (+) bulgu olarak kaydedildi. Sakro-iliak eklem patolojisi göstergesi olarak Mennel testi yapıldı. Topuk palpasyonu; özellikle Aşil tendonu ve longitudinal ligamentin kalkaneusa yapışma yerlerine uygulandı. Presyonla ağrı mevcudiyeti (+) bulgu olarak kabul edildi.

Röntgen Değerlendirmesi: Klinik şikayet ve bulgusuna bakmaksızın tüm hastalara ve kontrol grubuna bilateral temporomandibuler eklem (ağız açık ve kapalı konumda, lateral oblik pozisyonda),

sakro iliak eklem (Sİ) ve bilateral ayak ve ayak bileği iki yönlü grafisi çekildi (5). Temporo mandibuler eklemden (TME) kondilin eminense göre lokalizasyonuna, tavan sklerozuna; sakroiliak eklemden; sakroileite, ayak bileği grafisinde; Aşil tendon kalsifikasyonu ve epin kalkanei bulunup bulunmadığına bakıldı. Radyolojik bulguların fizik muayene bulguları ile uyumu Behçetli ve kontrol grubu olgularda Yates düzeltmesi yapılan x2-testi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 40 BH olgusunun 21'i kadın ve 19'u erkek, yaş ortalaması da 35 (17-56) di. Kontrol grubuna alınan olguların 18'i kadın, 5'i erkekti ve yaş ortalamaları 37 (20-63) idi.

Behçet'li olguların Sİ eklemleri Mennel testi ile değerlendirildiğinde 9(%10) olguda test (+) bulunmuştur. Kontrol grubu olguların da 7'sinde (%15) Mennel Testi (+) bulunmuştur. Testin gerek (+) gerekse (-) olduğu Behçetli ve kontrol grubu olguların oransal değerleri birbirine çok yakındır (Tablo 1).

Behçetli ve kontrol grubu olguların Sİ eklemlerinin radyolojik değerlendirmesinde Behçetlilerde 41 eklemden, kontrol grubunda 8 eklemden 0 ile 4 arası derecelendirme esasına göre patolojik bulgu tesbit edilmiştir. Görülen patolojik görüntüler arasında 4. derece sakro-ileit (tam Sİ ankiloz) saptanmamıştır (Resim 1).



Resim 1. BH'da sakroiliak eklem grafisi: Solda düzensizlik, sağda skleroz ve düzensizlik, bilateral asimetrik tutulum.

Tablo 1: Behçetli olgular ile kontrol grubunda fizik muayene ve radyolojik eklem bulgularının oransal karşılaştırılması.

n ₁ : Kadın n ₂ : Erkek n : Toplam	Behçetli Hastalar						Kontrol Grubu					
	(+) Bulgu Veren Olgular			(-) Bulgu Veren Olgular			(+) Bulgu Veren Olgular			(-) Bulgu Veren Olgular		
	Sayı	n	%	Sayı	n	%	Sayı	n	%	Sayı	n	%
SİE	Fizik Muayene	n ₁ : 6 n ₂ : 3	9	10	36 35	71 90	5 2	7	15	31 8	39	85
	Radyolojik Bulgu	n ₁ : 23 n ₂ : 18	41	51	19 20	39 49	7 1	8	20	29 9	38	80
Topuk	Fizik Muayene	n ₁ :10 n ₂ : 5	15	20	32 33	65 80	5 2	7	18	31 8	39	82
	Radyolojik Bulgu	n ₁ : 10 n ₂ : 9	19	23	32 29	61 76	11 4	15	33	25 6	31	67
TME	Fizik Muayene	n ₁ : 18 n ₂ : 14	32	40	24 24	48 60	9 5	14	30	27 5	32	70
	Radyolojik Bulgu	n ₁ : 14 n ₂ : 8	22	27	28 30	58 75	10 1	11	24	26 9	35	76

Behçetli ve kontrol grubundan elde edilen fizik muayene bulguları karşılaştırıldığında aralarında oransal bakımdan önemli bir fark olmamasına rağmen radyolojik bulgular arasında x2- değerlendirmesine göre oldukça anlamlı bir fark görülmektedir (P<0,001). Fizik muayene ile hem Behçetli hem de kontrol olgularında (+) muayene bulgusunun oldukça büyük bir oranda görülmesi; Sİ'in Behçetli olgularda çoğunlukla asemptomatik bir seyir gösterdiğini düşündürmektedir.

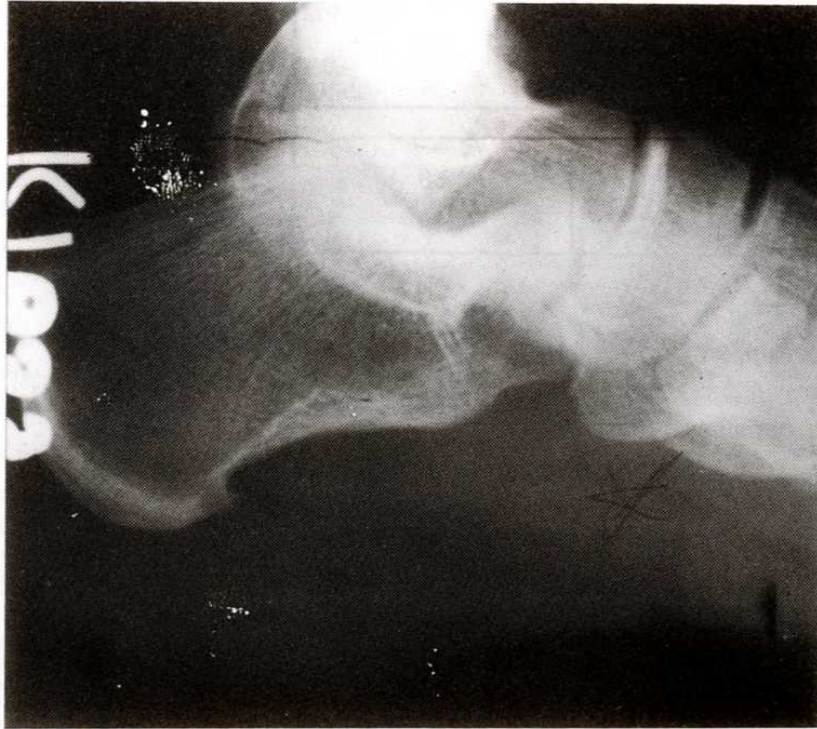
Behçet hastaları ve kontrol olgularında TME'in palpasyonla ağrı, aktif-dirençli ROM ağrısı, klik ve/ veya krepitasyon semptomları gibi klinik muayene bulguları bakımından değerlendirilmesinde: Behçetli hastaların TME'lerinin 32'sinde (%40) bu semptomlardan en az bir tanesinin mevcut olduğu görüldü. Kontrol grubu TME'nin 14'ünde (%30) de bu semptomlardan en az biri (+)'ti. TME'in radyolojik değerlendirmesinde (Resim: 2,3): Behçetli olguların 22'sinde (%27), kontrol grubu olguların da 11'inde (%24) kondil arkası / eminens önü (KA/EÖ) konumunun mevcut bulunduğu görüldü (Tablo 1). Behçetli hastalarda KA/EÖ konumunun

Tablo 2. Hastalık yaşı ile patolojik röntgen bulgularının ilişkisi

	Sakroileit		Entesopati		TME	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Hastalık Yaşı ≤ 2 yıl	17 % 21.1	23 % 28.7	8 % 10.0	30 % 37.5	8 % 10.0	30 % 37.5
Hastalık Yaşı ≥3	24 % 30.0	16 20.0	11 % 13.7	31 % 38.7	14 % 17.5	28 % 35.0
Toplam	80		80		80	

kontrol grubu olgularda görüldenden daha fazla bulunmadığı (P>0,05) x2 değerlendirmesinden anlaşılmıştır. Hernekadar Behçetli hastalarda bazı TME şikayetleri görülmekteyse de, bizim serimizde bu semptomların görülme sıklığı kontrol grubu olgularına göre anlamlı görülmediğinden, serimizi oluşturan Behçetli olgulardaki TME şikayetleri, Behçet hastalığına özgü bir semptom değildir.

Topuk bölgesinin fizik muayenesinde Aşil tendonu ve plantar fasya presyonla kontrol edildi. Presyonla ağrı olması (+) bulgu olarak kabul edildi. Behçetli olgularda 15 (%20) topukta, kontrol grubunda 7 (%18) olguda (+) muayene bulgusu tesbit edildi. Behçetli hastaların topuk bölgesinin radyolojik olarak değerlendirilmesinde (Resim :4,5); 19 (%23) topukta Aşil tendon kalsifikasyonu ve/veya epin kalkanei tespit



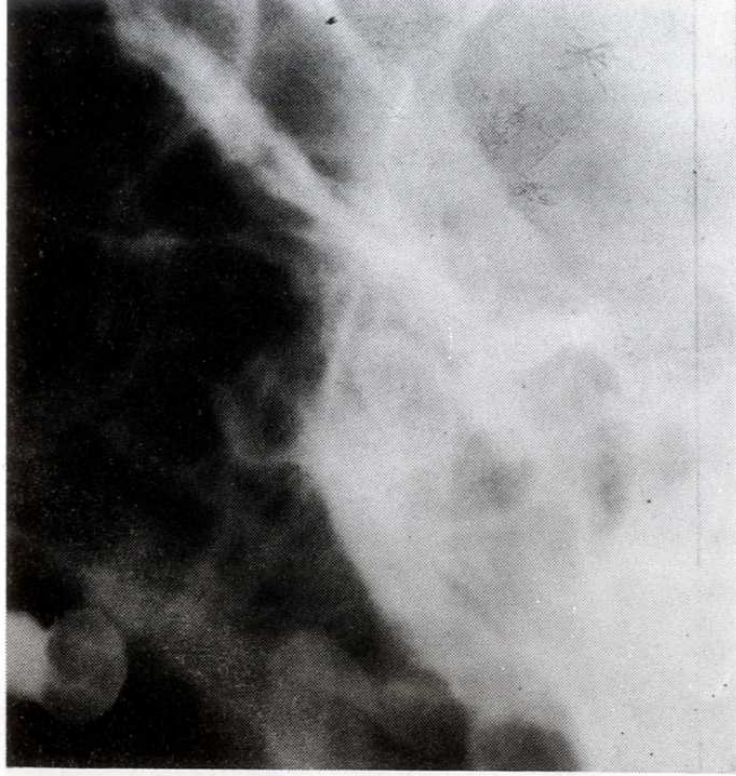
Resim 2. BH'da epin kalkanei görünümü.



Resim 3. Aşil tendonu başlangıcında spur gelişimi



Resim 4. TME'de ağız açık iken kondil eminens seviyesinde görülmektedir (Normal pozisyon)



Resim 5. Behçet hastalığında TME ağız açık iken kondil arka kenarı eminens ön kenarı önünde görülmektedir.

edildi (Tablo 1). Kontrol grubunda 15 (%33) topukta Aşil tendon kalsifikasyonu ve /veya epin kalkanei tesbit edildi. Topuk patolojisi serimizde oransal bakımdan daha çok görülen bir semptom görüntüsü vermekle birlikte istatistiksel olarak aradaki fark anlamlı değildi ($p>0,05$).

Behçetli olgularda Sİ'in KA/EÖ konumu ile birlikte bulunması ve topuk patolojisi ile KA/EÖ konumunun birlikte görülmesinin kontrol olgularına göre daha fazla görülmesi hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Behçetli olgularda hastalık yaşı 0-2 ile 3 ve daha fazla yıldanberi hastalığı olanlar TME bulgusu verme bakımından karşılaştırıldı (Tablo 2). Bizim serimizde görülen TME bulgularının kontrollere kıyasla daha fazla görülmesi istatistiksel bakımdan anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Yakın zamana kadar Behçet hastalığının minör kriterlerinden sayılan artrit bulguları, 1990'da toplanan enternasyonal çalışma grubu tarafından teşhis kriteri olarak kabul edilmemiştir (4). Sakro-iliak tutulumunda BH'da oldukça farklı oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (6,7). New York kriterlerine göre 1 ile 3. derecede röntgen bulguları veren sakro-ileit, nadiren tam ankiloz bulguları gösterebilir. Her ne kadar sakroiliak arteroposterior grafiler değerlendirilirken sakroilitin varlığına ve derecesine karar vermede değerlendiren kişilere bağlı büyük çelişkiler çıkabileceği bildirilmekteyse de (8), BH semptomatolojisinde sakroileit önemli bir yer tutar. Bu konuda Dilşen ve ark. radyolojik bulgu olarak sakroileit mevcudiyetini % 65 oranında bulmuşlar, sadece bir vakada komple ankiloz olduğunu bildirmişlerdir (9). Aynı konuda Caporn ve ark.'rı (6) % 64, Çalgüneri ve ark. 'rı (10)

% 45.5 luk bir oran vermektedirler. Bizim olgularımızda bu oran % 51 olarak bulunmuştur. Hastalık süresi ile sakroileitin derecesi arasında bir ilişki olduğu izlenimi veren radiografik bulgular (7,11); bizim olgularımızda da tutulum sıklığı, unilateral veya bilateral olma ve simetrik tutulum yönünden benzer sonuçlar vermiştir (Tablo 1-2).

Olgularımızda grade-4 sakroileite rastlanmamıştır. Ayrıca sakroileitin kadın-erkek dağılımı hemen hemen eşit oranlardadır. Bu durum önceki araştırmacıların verileriyle benzerlik göstermektedir (7,10,11).

Behçet Hastalığı tek başına veya Ankilozan Spondilitle (AS) birlikte bulunabilir (6). Bu sebeple sakroileitin ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bizim olgularımızda BH ile birlikte AS, bir vakada görülmüştür.

Topuk bölgesinde gerek Aşil tendiniti ve gerekse plantar fassit bulguları oldukça düşük oranda görülmektedir (Tablo 1). Presyonla (+) ağrı bulgusu veren Behçetli hastaların oranı % 20 iken, bu oran kontrol grubunda % 18 olarak tesbit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre Behçetli ve kontrol grubu olgularda topuk ağrısı klinik bakımdan eşdeğer düzeyde görülmektedir.

Aynı bölgenin radyolojik değerlendirmesinde Behçetli ve kontrol grubunun oranları büyük benzerlik göstermektedir. Dikkat çekici başka bir nokta da radyolojik bulgu veren topuk patolojileri aynı oranlarda klinik bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu oranlar diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir (7,11).

İzlediğimiz Behçetli hastalardan bazılarının çene ağrısı ve özellikle de TME'de zaman zaman artan ağrı ve hassasiyetten yakınmaları sebebiyle bu eklem fonksiyonları araştırılmıştır. Yaptığımız literatür taramasında BH'da TME tutulumu ile ilgili bir kaynak bulamadık.

Pekçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen TME ağrısı, eklemde bazı fonksiyonel bozuklukların bir belirtisi olarak kabul edilmektedir. Bu bakımdan TME'in muayene bulguları dikkatle incelenmelidir. Kendi dinamikleri içinde sublukse olabilen bu eklem, spontan olarak redükte olabilir. Subluksasyon ağrı

açılımında kondilin eminens önüne geçmesi, ağız kapandığında tekrar geriye dönmesidir. Luksasyonda geri dönüş olmaz (12,13).

TME disfonksiyonunda eklemde palpasyonla ağrı ve hassasiyet, aktif dirençli ROM ağrısı ile eklem hareketi esnasında klik ve/veya krepitasyon gibi seslerin bulunması önemli semptomlardan sayılır. TME'in disfonksiyon semptomları genellikle reversibl karakterdedir. Bu semptomların birçok sebebi vardır. Enflamatuvar ve dejeneratif artritler de hem sinovyal membran hem de eklem yüzlerinde fonksiyonel bozukluğa sebep olan değişiklikleri yaparlar. Disfonksiyon semptomları tedavi edilmez ya da spontan olarak iyileşmezse çiğneme kaslarında fonksiyon bozukluğu ve ağrısız hareket kısıtlanması gelişebilir (1,13,14).

Bizim serimizi meydana getiren olgulara fizik muayene ile TME bulgusu oranları Behçetli ve kontrol grubunda oldukça yakın nispetlerde bulunmuştur (% 20 ve % 18). Radyolojik bakımdan TME grafilerinin değerlendirilmesinde istatistik bakımdan çok anlamlı olmayan kontrol grubu lehine oransal bir farkın bulunduğu görülmektedir. Behçetli olgulardan hem fizik hem de radyolojik muayene ile (+) bulgu vermeyenlerin nispetleri de birbirine çok yakındır.

Behçet hastalıklı olgular ile kontrol grubu arasında TME bulgularının görülme sıklığı bakımından anlamlı bir fark görülmemekte ancak ($p>0,05$) oransal bakımdan hastalık yaşı 2 yıl ve daha fazla olanlarda sakro-iliak, topuk ve TME patolojilerinde artış eğilimi dikkat çekici niteliktedir (Tablo 2). Aslında radyografik olarak genel popülasyonda % 22 civarında tesbit edilen TME lezyonlarının çoğu, zaten asemptomatiktir (15). Hatta asemptomatik bu varyasyonların sanıldığından çok daha fazla olduğu bildirilmektedir (16). Bizim kontrol olgularımızda da oldukça benzer oranlar bulunmuştur (Tablo 1).

Sonuç olarak olgularımızın sayıca azlığı dikkate alınırsa büyük ve uzun süre izlenmiş BH serilerinde hem sakroileit ve entesopatik patolojiler hem de TME patolojilerinin özellikleri çok daha iyi aydınlanabilir.

KAYNAKLAR

- 1) Lightfoot JR R. W. Intermittent and periodic arthritic syndromes in McCarty D.J, Koopman WJ. Arthritis and allied conditions. Twelfth ed. Lea Febiger, Philadelphia, London, 1993: 1121-37.
- 2) Barnes CG. Daha az görülen romatizmal hastalıklar, HLF Currey. Üçüncü Baskıdan Çeviri: Akoğlu T, Akoğlu E. Klinik Romatoloji. Kemal Matbaası A.Ş. Adana, 1980: 286-314.
- 3) Yazıcı H. Behçet Hastalığı, Ed Tuna N. Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Şti. Ankara, 1982: 724-26.
- 4) International study Group for Behçet's disease criteria for diagnosis of Behçet's disease. The Lancet 1990; 335: 1078-80.
- 5) Kundert M. Limits of perceptibility of condyle displacements on temporomandibular joint radiographs. J Oral Rehabil. 1979 Oct; 6(4): 375-89.
- 6) Capom N, Higgs E.R., Dieppe P.A, Watt L. Arthritis in Behçet's syndrome. The British Journal of Radiology 1983; 56: 87-91.
- 7) Yurdakul S, Yazıcı H, Tüzün Y, Pazarlı H, Yalçın B, Altaç M et al. The arthritis of Behçet's disease: A prospective study. Ann Rheum. Dis. 1983 Oct; 42 (5): 505-15.
- 8) Yazıcı H, Turunç M, Özdoğan H, Yurdakul S, Akıncı A, Barnes CG. Observer variation in grading sacroiliac radiographs might be a cause of 'sacroiliitis' reported in certain disease states. Ann. Rheum. Dis. 1987 Feb; 46(2): 139-45.
- 9) Dilşen N, Koniçe M, Övül C. Arthritic patterns in Behçet's disease in Behçet's syndrome. Excerpta Medica. International Congress Series 1979; 467: 145-49.
- 10) Çalgüneri M, Karaaslan Y, Yücel AE, Talim P. Behçet Hastalığında sakroiliak tutulum. Adana: III. Ulusal Behçet Hastalığı Kongresi, 29-30 Kasım 1991: 63-65.
- 11) Kılıç C. 42 Behçet olgusunda klinik bulgular ve arthritisin klinik, radyolojik özellikleri. Uzmanlık Tezi, Erzurum - 1984.
- 12) Ryan DE, Painful temporomandibular joint in. McCarty DJ, Koopman WJ. Arthritis and Allied Conditions. Twelfth ed. Lea Febiger, Philadelphia, London, 1993: 1573-82.
- 13) Kavuncu V, Kozakçıoğlu M, Aksoy C. Temporomandibuler eklem disfonksiyon sendromunda semptomlar ve muayene yöntemleri. Fizik Tedavi Rehab. Derg. 1993; 17 (1): 43-47.
- 14) Kozakçıoğlu M, Aksoy C, Kavuncu V, Danişger S. Temporomandibuler eklem disfonksiyonu, etyoloji. Fizik Ted. Rehab. Derg. 1993; 17 (1): 48-51.
- 15) Katzberg RW, Keith DA, Guralnick WC, Manzione JV. JR. Ten. Eick WR. Internal derangements and arthritis of the temporomandibular joint. Radiology 1983 Jan; 146 (1): 107-12.
- 16) Blaschke DD, Blaschke TJ. Normal TMJ bony relationships in centric occlusion. J. Dent. Res. 1981 Feb; 60 (2): 98-104.