

VAKA TAKDİMLERİ

BEHÇET HASTALIĞI'NA BAĞLI BİR AORTA ABDOMİNALİS ANEVİRİZMASI

Dr. Ünal ARSLAN, Dr. Turgay Çetin

Sosyal Sigortalar Kurumu, Göztepe Hastahanesi 3. Cerrahi Kliniği - İSTANBUL

GİRİŞ

Behçet Hastalığı ilk defa 1937 de bir Türk dermatoloğu olan Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tarif edilen, etyolojisi bilinmeyen, orijinal tanımı tekrarlayan oral ve genital ülserasyonlarla hipopiyonlu iridosiklitis trisemptom kompleksi olan bir multisistem hastalıdır (1,2).

Hastaların %25-45 inde vasküler sistemin tutulduğu gösterilmiştir (1, 4). En sık olarak tromboflebitis görülmekte, bunu venöz ve arteriel trombozlar izlemektedir. Nadiren arteriel anevrizmalar da ortaya çıkmakta, sıklıkla aortada, sonra pulmoner arterler ve periferik arterlerde görülmektedir (1,3,4).

Behçet Hastalığına bağlı aorta anevrizması nadir olup bir kez 1961 de Mishima ve ark., rezeksiyonunu gerçekleştirdikleri bir olgu yayınlamışlardır (3).

Olgumuza da Behçet Hastalığı'na bağlı aorta abdominalis anevrizması tanısı konulmuş, nadir görülmesi nedeniyle ayrıntılı olarak incelenmiştir.

OLGU

K.S. 1946 doğumlu erkek hasta şiddetli karn ağrıları nedeniyle acil servise başvurdu. Hastanın sorgusunda, ağrıların tüm batında yaygın olup, bele, sırtta ve bacaklara yayıldığı, atipik karakterde olan ağrıların üç dört haftada bir kolik tarzında şiddetlenmediği öğrenildi.

Hastanın yapılan muayenesinde batında yaygın hassasiyet, sol umbilikal bölgede pulzasyon ve trill veren ağrılı kitle tesbit edildi. Aorta abdominalis anevrizması düşünülerek anjiyografik tetkik yapıldı.

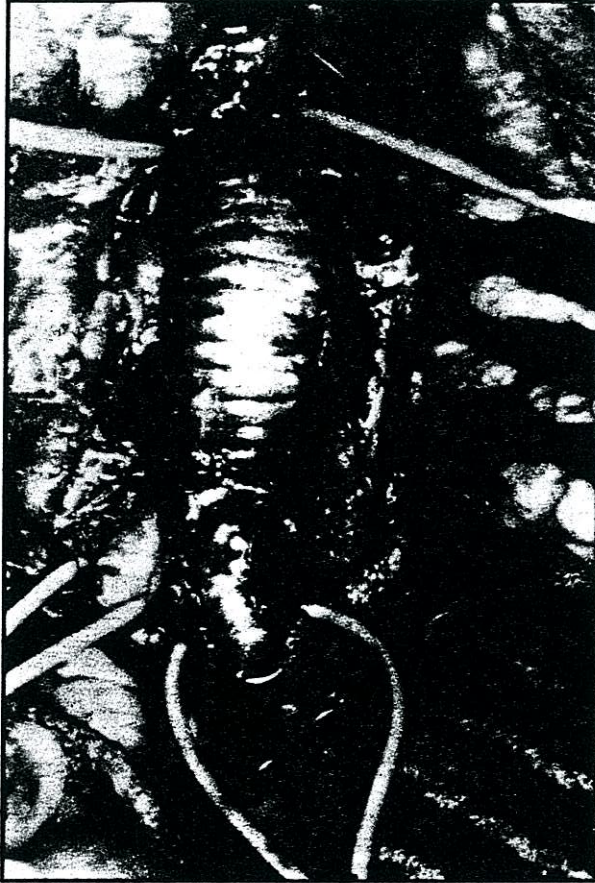
Anjiyografide aorta abdominalis alt kısmında sola gelişmiş 3x5 cm boyutlarında sakküler biçimde anevrizma tesbit edildi. Ultrasonografik tetkikle tanı doğrulandı ve tedavi için yatırıldı.

Hastanın diğer sistem muayenelerinde, ağızda 3-5 mm çaplarda, ortası kirli sarı, etrafı kırmızı aftöz lezyonlar, skrotum derisinde eksülserasyonlar, sakroiliak ve servikal eklemlerde hassasiyet, alt ekstremitelerde eski tromboflebit sekelleri görülmesi üzerine hastada Behçet Hastalığı düşünüldü. Paterji fenomeni (+) bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 80 mm/saat idi. Diğer rutin ve biyokimyasal tetkikler normaldi. VDRL ve Kolmer fiksasyon testi negatif bulundu. Hemokülterde üreme olmadı. HLA B5 ve HLA B12 tetkikleri negatif bulundu. Dermatoloji kliniğince yapılan konsültasyon sonucu olgunun Behçet Hastalığı olduğuna karar verildi. Göz konsültasyonunda patoloji bulunmadı. Dahiliye konsültasyonu sonucu koroner iskemisi tesbit edilerek tedavi önerildi.

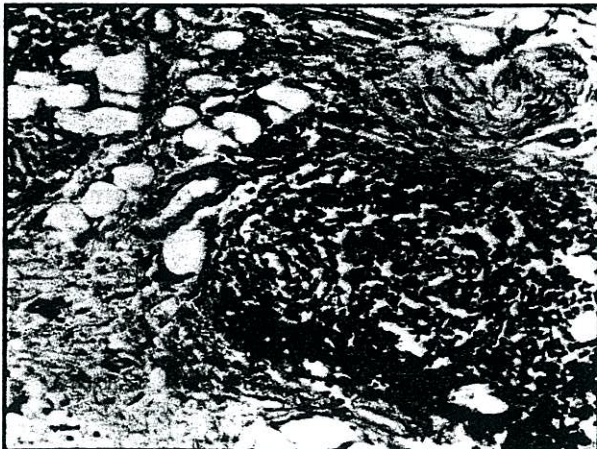
7.7.1986 da Aorta abdominalis anevrizması nedeniyle operasyona alındı. Operasyonda anevrizma rezeke edilerek greft interpozisyonu ile aortanın bütünlüğü sağlandı (Resim 1). Portoperatif dönemde cerrahi bir komplikasyon olmamakla birlikte etyolojisi izah edilmeyen 38 derece civarında ateş devam etti, antibiyotik tedavisine cevap vermedi. Bu ara aftöz lezyonlar ve skrotal ülserlerde artma oldu. Bir ay süre ile uygulanan konservatif tedavi ile genel durumu düzelen hasta taburcu edildi.

Anevrizma duvarın histopatolojik tetkikinde (SSK Göztepe Has. Patolojik Anatomi Lab. No: 3723/1986) damar cidarı ile trombüs arasında bol damar kesitleri, çok sayıda hemosiderinli iri makro-

fajlar, lenfosit, plazmosit, az lökositlerle bol fibrosit ve fibroblastların yer aldığı taze ve eski organizasyon alanları, media tabakasında hücreden fakir hyalinize bağ dokusu artımı, adventisiada vasa vasorumlar, bunların çevresinde mononükleer hücre infiltrasyonu tesbit edildi (Resim 2).



RESİM 1



RESİM 2

TARTIŞMA

1972 Japonya Behçet Sendromu Araştırma Komitesi'nin belirlediği tanı kriterlerine göre değerlendirildiğinde, olgumuzda dört majör kriterden üçünün (aftlar, skrotal ülserler, deri lezyonları) ve minör kriterlerden artritik lezyonlar ve santral sinir sistemi lezyonlarının bulunduğu, bu haliyle olgunun Behçet Sendromu olduğu görülmektedir.

Behçet Hastalığının yaygın lezyonu vaskülitir. Genellikle orta çaplı arterleri ve venleri tutar (2). Vasküler komplikasyonlardan anevrizmaların, arter duvarındaki vasa vasorumların tıkaçıcı endarteriti sonucunda arter duvarının zayıflamasına bağlı olabileceği bildirilmektedir (4). Olgumuzda da anevrizma duvarının histopatolojik tetkiki vaskülitte uyumlu bulunmuştur.

Anevrizmaların dejeneratif, inflamatuvar, mekanik ve konjenital birçok nedenlerle ortaya çıkabileceği bildirilmekle birlikte olgumuzda sifilize ait serolojik testlerin negatif olması, hemokültürde üreme olmaması, arteriosklerozise ait bir bulgunun olması, mekanik bir neden görülmemesi ve histopatolojik incelemenin Behçet Hastalığı ile uyum göstermesi nedeniyle anevrizmanın Behçet Hastalığına bağlı bir komplikasyon olduğu açıktır.

Birçok tedavi yöntemleri denenmiş olmakla birlikte hastalığın kesin bir tedavisi bulunamamıştır. Bununla birlikte anevrizmanın tedavisi esas olarak cerrahidir. Cerrahi tedavide birçok zorluklar olduğu bildirilmiştir. Rekonstrüktif girişimlerin fals anevrizma ile sonuçlanabileceği, trombozise eğilimin fazla olması nedeniyle greft trombozunun sık görüldüğü bildirilmektedir. Tamirde, yüzeysel venlerde gelişen tromboflebitler nedeniyle yüzeysel venlerin kalitesinin bozulduğu ve otojen ven tamirine uygun olmadığından, sentetik greftler tercih edilmektedir (4).

KAYNAKLAR

1. Dündar (Kaldırımçı), S.: Behçet Hastalığında vasküler sistem. Türkiye Klinikleri Behçet özel sayısı, Aralık 1985, sayfa: 435-437.
2. Gürler, A.: Behçet Hastalığında tanı kriterleri ve klinik gözlemler Türkiye Klinikleri Behçet özel sayısı, Aralık 1985, sayfa: 403-409.
3. Hills, A. E.: Behçet's syndrome with aortic aneurysm. Brit. Med. J. : 152-154, 1967.
4. Schwartz, P. et al. : Peripheral false aneurysms in Behçet's Disease, Br. J. Surg., 74: 67-68, 1987.