

# Behçet Hastalığı ve Ankilozan Spondilit Birlikteliği: Olgu Sunumu

## Coexistence of Behçet's Disease and Ankylosing Spondylitis: A Case Report

İlknur Albayrak, Adem Küçük\*\*, Sinan Bağcı\*

Beyşehir Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya, Türkiye

\*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Konya, Türkiye

\*\*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

### ÖZET

**Giriş:** Behçet hastalığı (BH) ve ankilozan spondilit (AS) sık görülen romatolojik hastalıklardandır. BH sıklıkla vaskülitin eşlik ettiği iritis, aftöz stomatit ve genital ülserden oluşan üçlü semptom kompleksiyle karakterize multisistemik bir hastalıktır. AS ise spondilartropati (SPA) ailesinin temel ögesidir, aksiyal iskelet ve bilateral sakroiliyak eklem tutulumuyla seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bazı vakalarda ise nadiren bu iki hastalık birlikte görülebilmektedir. Ayrıca BH' nin SPA' nın bir alt grubu olup olmadığına dair tartışmalar mevcuttur.

**Olgu:** Bu yazıda 33 yaşında BH tanısıyla takip edilirken inflamatuvar bel ağrısı şikayeti olması üzerine ek olarak AS tanısı konan, medikal tedavi başlanan, ancak sakroiliyak eklem ağrısının düzelmemesi üzerine floroskopi eşliğinde bilateral sakroiliyak eklem enjeksiyonu yapılan kadın hastadan bahsedilecektir. (*FTR Bil Der 2012;15: 64-6*)

**Anahtar kelimeler:** Behçet hastalığı, ankilozan spondilit, rehabilitasyon

### ABSTRACT

**Aim:** Behçet' s disease (BD) and ankylosing spondilitis (AS) are common rheumatologic diseases. BD is a multi-system disease characterized by a triple symptom complex consisting of genital ulcer, aphthous stomatitis and iritis, frequently accompanied by vasculitis. AS is the main representative of the family of spondyloarthropathies (SPA) and a chronic inflammatory joint disease of axial joints and in particular both sacroiliac joints. Co existence of these two disease is a very rare entity. Also there has been a discussion on whether BD has been a member of SPA.

**Case:** In this paper we present a 33-year-old female who had diagnosis of BD, applying with complaint of inflamatory back pain. We diagnosed AS and set up medical treatment. As patient was suffering from significant pain on sacroiliac joints, fluoroscopy guided sacroiliac joint injection performed. (*J PMR Sci 2012;15: 64-6*)

**Keywords:** Behçet' s disease, ankylosing spondilitis, rehabilitation

**Yazışma Adresi**  
**Corresponding Author**

İlknur Albayrak  
Beyşehir Devlet Hastanesi,  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon,  
Konya, Türkiye

**Tel.:** +90 332 223 71 42  
**E-posta:** ilknurfr@gmail.com

**Geliş Tarihi/Received:** 28.06.2012  
**Kabul Tarihi/Accepted:** 01.08.2012

### Giriş

Behçet hastalığı (BH) oral ve genital ülserle karakterize, göz, deri, eklem, santral sinir sistemi, kan damarı gibi çeşitli organ tutulumlarının görüldüğü bir hastalıktır. BH' de nadiren de olsa

sakroiliit görülür (1). Bu nedenle BH' nin seronegatif spondiloartropati (SPA)'nın bir alt grubu olup olmadığına dair tartışmalar mevcuttur. Ankilozan spondilit (AS) ise SPA grubunun prototipidir, primer olarak sakroiliyak eklem ve vertebra tutulumuyla seyreden kronik, inflamatuvar bir hastalıktır (2,3).

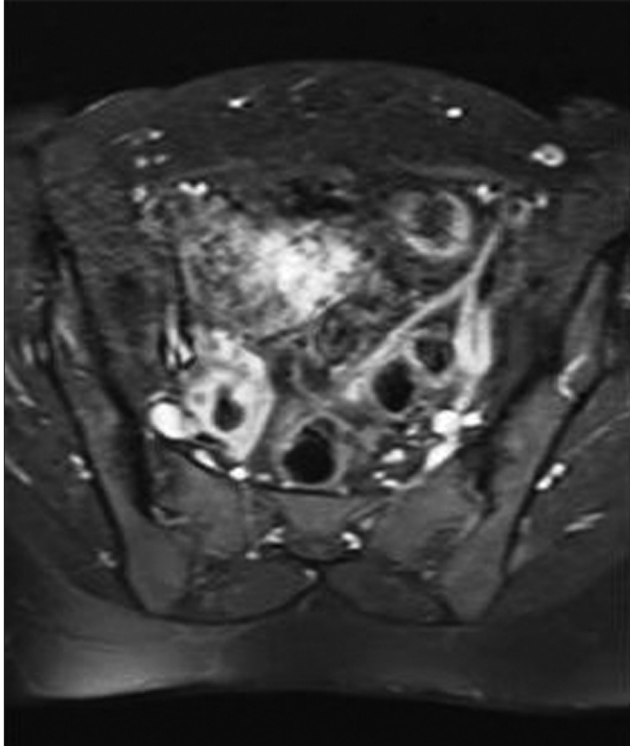
Bu yazıda AS ve BH birlikteliği bulunan 33 yaşındaki kadın hastadan bahsedilecektir.

## Olgu

33 yaşında kadın hasta polikliniğimize yaklaşık 3 yıldır devam eden son 3 aydır şiddetlenen bele lokalize ağrı şikayetiyle başvurdu. Hastanın ağrısı istirahatle artan, hareketle azalan inflamatuvar ağrı karakterindeydi. Hasta bir saat sabah tutukluğu tarif ediyordu. Entezit, periferik artrit, psöriyazis, üretrit, genital akıntı, ishal, kabızlık öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişini sorgulandığında oral aft (ayda 2 kez) ve genital ülser şikayetleri nedeniyle 5 yıl önce romatolog tarafından BH tanısı konduğu öğrenildi. Öyküde iki yıl önce eritema nodozum geçirildiği ve paterji testinin pozitif bulunduğu öğrenildi. BH nedeniyle kolşisin 1,5 mg/gün kullanıyordu. Hastanın aile hikayesinde herhangi bir romatolojik hastalık öyküsü yoktu.

Fizik muayenede hastanın postürü normaldi, bel eklem hareket açıklığı ağırlı, sonlarda kısıtlıydı. El parmak zemin mesafesi 8 cm idi. Boyun, sırt ve kalça muayenesi normaldi. Entezis noktalarında hassasiyet yoktu. Her iki sakroiliyak eklem kompresyonla ağırlıydı, Ganslen testi bilateral pozitif. Schober testi 14,5 cm, modifiye Schober testi 20 cm idi. Üst ve alt ekstremitelerde nörolojik muayenesi normaldi.

Laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 20 mm/sa, C-reaktif protein (CRP) 3 mg/dl (0-6), romatoid faktör negatif. Diğer rutin kan tetkikleri normaldi. HLA-B27 ve HLA-B51 pozitif.



Şekil 1. Kontrastlı bilateral sakroiliyak MR görüntülemesinde bilateral sakroiliit

Kontrastlı bilateral sakroiliyak manyetik rezonans (MR) incelemesinde; her iki sakroiliyak eklem düzeyinde eklem konturlarında belirgin skleroz ile uyumlu hipointens alanlar ve eklem konturlarında erozyonlara bağlı düzensizlikler gözlemlendi, eklem aralığında kontrast tutulumu izlendi. Bulgular bilateral sakroiliit olarak değerlendirildi (Şekil 1).

Hastaya BH'ye ek olarak Modifiye New York kriterlerine göre AS tanısı kondu (4). Sülfasalazin 2 gr/gün ve indometazin 150 mg/gün başlandı, kolşisine aynı dozda devam etmesi önerildi. Hastaya AS'ye yönelik günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler tarif edildi. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde sakroiliyak eklem hassasiyetinin ve ağrı şikayetinin devam ettiği görüldü. Bu nedenle hastanın her iki sakroiliyak eklemine floroskopi eşliğinde 2 ml betametazon dipropionate ve 4 ml lidokain enjeksiyonu uygulandı. Enjeksiyon sonrasında şikayetlerinde belirgin düzelme oldu. Hastaya medikal tedavisine aynı şekilde devam etmesi önerildi. 3 ay sonraki kontrolünde eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP düzeyi normal düzeydeydi ve hastanın herhangi bir şikayeti yoktu.

## Tartışma

Literatürde BH ve AS birlikteliği olan vaka sunumları mevcuttur. Bizim vakamızda da BH tanısıyla takip edilirken ek olarak AS tanısı konan bir hastadan bahsedilmiştir.

BH' de nadiren de olsa sakroiliit görülmesi nedeniyle BH'nin SPA'nın bir alt grubu olup olmadığına dair tartışmalar mevcuttur. Ancak pek çok yayında iki ayrı hastalık olarak değerlendirilmiştir (5). Maghouri ve arkadaşları BH' de sakroiliit sıklığını incelemişler ve 27 hastanın 2' sinde (%7,4); birinde evre 2 sakroiliit, birinde ise şüpheli sakroiliit tespit etmişlerdir (6). Taarit ve arkadaşları BH' ye bağlı eklem tutulumu olan 309 hastanın %6'sında sakroiliit ve 2 vakada AS saptamıştır (7). Dilşen ve arkadaşları ise 331 BH'li hastanın %34'ünde sakroiliit, %10'unda ise AS olduğunu tespit etmiştir (8). Yazıcı ve arkadaşları Türk popülasyonundaki Behçet hastaları ile kontrol grubunu karşılaştırmış ve sakroiliit sıklığında anlamlı bir artış tespit etmemişlerdir. 184 BH' li hastayı değerlendirmişler ve sadece tek bir vakada AS saptamıştır (9). Bu çalışmalarda gösteriyor ki BH' de sakroiliit görülme sıklığı oldukça düşüktür, genel popülasyondaki sıklıktan fazla değildir. Ayrıca BH' nin temel özelliklerinden biri vaskülitir (10). Hastalarda vaskülit görülme sıklığı %25-35'dir ve hem venöz hem de arteriyel tutulum görülebilir (11). AS' de ise vaskülit neredeyse hiç görülmez. BH' de sakroiliit görülme olasılığının çok düşük olması, buna karşılık vasküler tutulumun sıklıkla görülmesi nedeniyle SPA'nın alt grubu olma ihtimali çok düşüktür.

BH' de eklem tutulumu %45-70 oranında görülmektedir. Akut veya subakut artralji, eroziv olmayan asimetrik, mono veya oligoartrit şeklinde görülebilir. Diz, ayak bileği, el bileği tutulumu oldukça sıkken, distal interfalangeal eklem, vertebra ve sakroiliyak eklem tutulumu çok nadirdir (12). AS' de ise vertebra ve sakroiliyak eklem tutulumu oldukça sıktır. Periferik eklem

tutulumu ise %20-30 sıklıktadır, en çok asimetrik ve noneroziv formda diz eklem tutulumu görülür (1).

HLA açısından değerlendirdiğimizde AS' li hastaların %90'ında HLA-B27 pozitifliği görülürken, BH' li hastaların %60-80'inde HLA-B5 pozitifliği saptanır. HLA-B27 görülme sıklığı ise BH ve SPA birlikteliği olanlarda daha fazladır (13). Kallel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HLA-B5 negatif olan BH' li hastalarda AS görülme riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (2). Ayrıca hem HLA-B51 hem de HLA-B27 pozitifliği olan hastalarda da AS ve BH birlikteliği görülebilir (14). Bizim vakamızda da aynı şekilde hem HLA-B51 hem de HLA-B27 pozitifliği.

Hem BH hem de AS'de göz tutulumu olabilir, ancak birbirinden farklı formlardadır. AS' de genelde anterior üveit görülür ve iyi seyirlidir. BH ise posterior daha sık olmak üzere hem posterior hem de anterior üveit yapabilir ve hastaların %25'inde görme kaybına yol açabilir (15, 16). Bizim hastamızda ise göz tutulumu yoktu.

BH ve AS' de hastaların büyük kısmında tedaviye olumlu cevap alınır. Bizim hastamızda olduğu gibi bazı vakalarda sakroiliyak eklem ağrısı devam edebilir. Bu durumda floroskopi eşliğinde sakroiliyak ekleme kortikosteroid ve lokal anestetik enjeksiyonu yapılabilir. Bu tedavinin en önemli avantajı lokalize sakroiliyak eklem ağrısı şikayeti olan hastalarda, sistemik tedaviyi dolayısıyla ilaç ve yan etki yükünü artırmak yerine sadece ağrılı bölgeye lokal olarak müdahale edilerek düzelme sağlanmasıdır. Ayrıca floroskopi eşliğinde yapıyor olması körleme metoda göre daha kesin tedavi sağlar. Günlük pratikte nadir kullanılan bu yöntem avantajları nedeniyle daha çok yer verilmelidir.

BH'de HLA-B27 bulunmaması, HLA-B5 pozitifliği olması, BH'de sakroiliitin çok nadir görülmesi, göz tutulumu ve kliniğin SPA'den farklı olması, vasküler tutulumun ön planda olması gibi nedenlerle BH, SPA' nin alt grubu olarak düşünülmemektedir, ayrı bir hastalık olarak değerlendirilmelidir (17,18). Ancak bazı hastalarda BH ve AS birlikteliği görülmesi hala tam olarak açıklanamamıştır. Biz de bu yazıda böyle bir vaka sunduk. Bu bilgilere göre BH olan hastalarda sakroiliit varlığında ek olarak AS olabileceği de akılda bulundurulmalıdır.

## Kaynaklar

1. Moll MH, Halslock I, Wright V. Seronegative spondyloarthritis. In: Scott JT (ed). Copeman's Textbook of Rheumatic Diseases, 5th edition. Edinburgh: Churchill Livingstone 1992: 578-88.
2. Kallel MH, Bejia I, Fournie B, Fournie A. Behçet syndrome with ankylosing spondylitis. Rev Rhum Engl Ed 1995; 62 (4): 295-9.
3. Chang HK, Cho EH, Kim JU, Herr H. A case of coexisting Behçet's disease and ankylosing spondylitis. Korean J Intern Med 2000; 15 (1): 93-5.
4. Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum 1984; 27 (4): 361-8.
5. Kocuyigit H, Turan Y, Bayram K, Gurgan A, Devenci H, Güvenç A. Coexistence of Behçet's Disease and Ankylosing Spondylitis: A Case Report. Turk J Rheumatol 2010; 25 (4):217-20.
6. Maghraoui AE, Tabache F, Bezza A, Abouzahir A, Ghafir D, Ohayon V et al. A controlled study of sacroiliitis in Behçet's disease. Clin Rheumatol 2001; 20 (3):189-91.
7. Taarit CB, Ben Turki S, Ben Maiz H. Rheumatologic manifestations of Behçet's disease: report of 309 cases. Rev Med Interne 2001; 22 (11):1049-55.
8. Dilsen N, Konice M, Aral O. Why Behçet's disease should be accepted as a seronegative arthritis. In: Lehner T, Barnes CG, eds. Recent advances in Behçet's disease London New York: Royal Society of medicine Services. 1986: 281-4.
9. Yazıcı H, Tuzlacı M, Yurdakul S. A controlled survey of sacroiliitis in Behçet's disease. Ann Rheum Dis 1981; 40 (6): 558-9.
10. Shimuzu T, Ehrlich GE, Inaba G. Behçet' s disease (Behçet' s syndrome). Semin Arthritis Rheum 1979; 8: 233-60
11. Koc Y, Gullu I, Akpek G, et al. Vascular involvement in Behçet's disease. J Rheumatol 1992; 19: 402-10
12. International Study Group for Behçet's disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease Lancet 1990; 335 (8697): 1078-80.
13. Yurdakul S, Yazıcı H, Tuzun Y, Pazarlı H, Yalçın B, Altaç M et al. The Arthritis of Behçet's disease: a prospective study. Ann Rheum Dis 1983; 42 (5): 505-15.
14. Celik C, Ucan H, Uckun A C, Alemdaroglu E. Coexistence of Behçet's Disease and Ankylosing Spondylitis. Turk J Rheumatol 2011; 26 (3): 271-2.
15. Kaklamani VG, Vaiopoulos G, Kaklamani PG. Behçet's disease. Semin Arthritis Rheum 1998; 27 (4): 197-217.
16. Hazleman BL. Rheumatic disorders of the eye and the various structures involved. Br J Rheumatol 1996; 35 (3): 258-68.
17. Olivieri I, Salvarani C, Cantini F. Is Behçet's disease part of the spondyloarthritis complex? J Rheumatol 1997; 24 (10): 1870-2.
18. Yazıcı H, Yurdakul S, Hamuryudan V. Behçet's Syndrome. In: Klippel JH, Dieppe PA, eds, Rheumatology. London: Mosby, 1998: 7.26.1-6.