

## FİZİKSEL TIP

### NÖRO-BEHÇET SENDROMLU DÖRT OLGUNUN REHABİLİTASYONU

#### THE REHABILITATION OF FOUR PATIENTS WITH NEURO-BEHÇET'S SYNDROME

Güldal Funda NAKİPOĞLU MD\*, Meryem Doğan ASLAN MD\*, Asuman DOĞAN MD\*, Hilmi UYSAL MD\*\*, Neşe ÖZGİRGIN MD\*

\* Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5. FTR Kliniği.

\*\* Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Uzmanı

#### ÖZET

*Behçet hastalığı sıklığı % 16-40 arasında değişen nörolojik semptomlara neden olabilen sistemik form bir vaskülitir. Behçet hastalarında nörolojik tutulum şiddetli fonksiyonel yetersizliklere yol açabilir. Bu hastaların rehabilitasyon programına alınması önem taşımaktadır.*

**Anahtar Sözcükler:** Nöro-Behçet sendromu, rehabilitasyon

#### SUMMARY

*Behcet disease is a systemic form of vasculitis which causes neurological symptoms with a frequency varying between 16 and 40%. Neurological involvement in Behcet's disease can be the cause of the disease's severe functional impairment. The rehabilitation is very important in these patients.*

**Key words:** Neuro-Behcet's syndrome, rehabilitation

#### GİRİŞ

Behçet hastalığı multisistemik, rekürren, göz, deri, mukoza, eklemler, vasküler sistem, akciğerler, kalp, gastrointestinal sistem ve sinir sistemini etkileyen inflamatuvar bir bozukluktur(1).

Behçet hastalığının nörolojik tutulumu ilk kez 1941'de tanımlanmış ve ilk otopsi vakası 1944'de rapor edilmiştir(1). Nörolojik semptom sıklığı % 16-40 olarak bildirilmiştir(2). Nöro-Behçet sendromu; intrakranial basınç artışı, strok ya da spinal kord tutulumu şeklinde görülebilir. Nörolojik tutulum ve gelişecek komplikasyonlar, Behçet hastalarının fonksiyonel bağımsızlığını ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastalarda rehabilitasyon çok önemli bir yer tutmaktadır. Nörolojik tutulumlu Behçet hastalığı olan, klinik tabloları farklı 4 hastamızın rehabilitasyonunu sunmayı ve literatürler çerçevesinde nöro-Behçet sendromunu gözden geçirmeyi amaçladık.

#### OLGU 1:

E.C. 35 yaşında erkek hasta, bacaklarda kasılma ve yürüyememe şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinden; 1988 yılında oral aft, genital ülser, cilt lezyonu, artrit ve pater-

ji testi pozitifliği kriterleri ile Behçet hastalığı tanısı aldığı, kolşisin ve steroid tedavisi kullandığı öğrenildi. 1997 yılında kollarda, bacaklarda kasılmalar, idrar kaçırma ve cinsel fonksiyon bozukluğu gelişen hastaya nöro-Behçet sendromu teşhisi konduğu ve azathioprine 50 mg 3x1 başlandığı ve 2 yıldan beri yürüyemez hale geldiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; TA: 110/70 mmHg, Nabız:88/dk, Ateş 36.2°, koopere, oryante, genel durumu iyi idi. Rektum kontrolü mevcut, mesane kontrolü mevcut değildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Nöromuskuloskeletal sistem muayenesinde; yatak aktiviteleri ve kısa oturma dengesi vardı. Uzun oturma dengesi ve ayakta durma dengesi yoktu. Baş-boyun muayenesi ve kranial sinir muayenesi normaldi. Bilateral üst ekstremitte muayenesinde; motor kuvvet omuz, dirsek, el bileği çevresinde 4+/5, Eklem hareket açıklığı (EHA) normal, tonus normal, derin tendon refleksleri (DTR'leri) hiperaktif, Hoffman pozitif. Yüzeysel ve derin duyu muayenesi normaldi. Bilateral alt ekstremitte muayenesinde; Ashworth 3 fleksör ve addüktör yönde spastisitesi mevcut olup, yoğun spastisite nedeniyle motor kuvvet objektif olarak değerlendirilemedi. EHA değerlendirmesinde; kalça eklemi abduksiyonu bilateral 0-20° de limitli, diğer EHA'ları açıktı. Diz fleksiyonu bilateral açıktı. Sol diz ekstansiyonu açık, sağ dizde 10° fleksiyon kontraktürü mevcuttu. Bilateral aşıl

tendonları gergindi ve ayaklar çok zor nötral pozisyona geliyordu. DTR'leri hiperaktif, Babinsky pozitif, yüzeysel ve derin duyu muayenesi normaldi. Serebeller testler doğaldı. Bulgularla hastaya spinal kord tutulumu olan nöro-Behçet tanısı konuldu ve rehabilitasyon programına alındı. Hastamıza EHA egzersizi, denge-koordinasyon egzersizi, üst ekstremitelere progresif dirençli egzersiz (PRE) uygulandı. Alt ekstremitelere spastisitesine yönelik parafin, germe egzersizi ve baklofen tb 60 mg, tizanidin tb 12 mg şeklinde medikal tedavi uygulandı. İdrar inkontinansı olan hastaya ürodinami yapıldı. Total mesane kapasitesi 73 ml., maksimal detrüssör basıncı 61 cmH<sub>2</sub>O, hiperrefleks, duyasu kısmen korunmuş, hipokomplian, sinerjik mesane olarak değerlendirildi. Oksibutinine tb 3x1 kullanması ve daimi sondaya devam etmesi, ürodinami kontrolü önerildi. Azathioprine 50 mg tb. 3x1 tedavisine devam edildi ve 10 mg/gün oral steroid tedaviye eklendi. Ayakta durma dengesi ve yük aktarımı gelişen hasta bir çift uzun yürüme cihazı ve bir adet walker ile bağımsız ambule durumda taburcu edildi.

#### **OLGU 2:**

A.Ş. 33 yaşında erkek hasta, bacaklarda güçsüzlük ve uyuşma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinden; 2 yıl önce bacaklarda güçsüzlük ve uyuşma başladığı, 1 hafta içinde yürüyemez hale geldiği ve idrar inkontinansı geliştiği öğrenildi. Multipl Skleroz tanısı ile izlenirken, oral aft, cilt lezyonları, paterji testi pozitifliği, artralji ve rekürren myelit kriterleri ile nöro-Behçet tanısı kondu. Fizik muayenesinde; TA:110/80 mmHg, Nabız:80/dk, Ateş: 36.5°, koopere, oryante ve genel durumu iyi idi. Mesane kontrolü yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Nöromuskuloskeletal sistem muayenesinde; yatak aktiviteleri, oturma ve ayakta durma dengeleri mevcuttu. Hasta gövde dengesi çok iyi olmaksızın, yetersiz kalça diz fleksiyonu ve yetersiz ayak bileği dorsifleksiyonu ile ayakları sürüyerek adım alabiliyordu. Baş-boyun ve kranial sinir muayeneleri normaldi. Bilateral üst ekstremitelerde muayenesinde; EHA normal, motor kuvvet bilateral 5/5, tonus normal, DTR'leri normoaktif, patolojik refleks yoktu, yüzeysel ve derin duyu muayenesi normaldi. Bilateral alt ekstremitelerde muayenesinde; EHA normal, bilateral aşil tendonları gergindi, fakat ayaklar nötral pozisyona gelebiliyordu. Sağ alt ekstremitelerde motor kuvvet muayenesinde; bilateral kalça fleksiyonu ve abduksiyonu 4/5, adduksiyon ve ekstansiyonu 3/5, diz fleksiyon ve ekstansiyonu 4/5, ayak bileği dorsifleksiyonu ve plantar flek-

siyonu ve başparmak dorsifleksiyonu 4/5 idi. Tonus sağ alt ekstremitelerde Ashworth 1 fleksör ve ekstansör yönde, sol alt ekstremitelerde Ashworth 2 ekstansör yönde artmıştı. DTR'leri bilateral hiperaktif, Babinsky ve klonus bilateral pozitif. Yüzeysel duyu muayenesinde bilateral T12 ve altı hipoestezikti. Derin duyu bilateral bozuktu. Hastanın anal muayenesinde; anal yüzeysel duyu, anal derin duyu, anal istemli kontraksiyon ve bulbokavernöz refleksi pozitif. Hastanın Torakal MR-Anjiyografisinde T11-12 düzeyinde yan lokalizasyonda medulla spinaliste maksimum 1 mm çaplı hiperintens alan mevcuttu. Spinal kord tutulumlu nöro-Behçet sendromu tanısıyla hasta, rehabilitasyon programına alındı. Hastamıza denge-koordinasyon egzersizi, üst ve alt ekstremitelere PRE uygulandı ve yürüme eğitimi verildi. Mesane kontrolü olmayan hastanın yapılan ürodinamisinde, total mesane kapasitesi 317 ml., maksimal detrüssör basıncı 39 cm H<sub>2</sub>O saptandı. Retrograd sistografisinde 3.evres vesikoureteral reflü(VUR) saptanması üzerine Üroloji ile konsulte edildi ve periüreteral antireflü enjeksiyon açısından Üroloji kliniğine yönlendirildi. Düşük doz steroid tedavisine devam edildi. Hasta bir çift kanedyen ve bir çift ortopedik bot ile bağımsız ambule durumda taburcu edildi.

#### **OLGU 3:**

H.B. 47 yaşında bayan hasta, sol üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlük şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Anamnezinden 20 yıl önce oral aft, genital ülser, paterji testi pozitifliği kriterleri ile Behçet hastalığı tanısı aldığı, 17 yıl önce sol üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlük başladığı öğrenildi ve nöro-Behçet sendromu hemisferik tutulum tanısı aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; TA:110/80 mmHg, Nabız:80/dk, Ateş 36.7°, koopere, oryante ve genel durumu iyi idi. Sistem muayeneleri doğaldı. Nöromuskuloskeletal sistem muayenesinde; yatak aktiviteleri, oturma ve ayakta durma dengeleri mevcuttu. Baş-boyun muayenesi ve kranial sinir muayeneleri normaldi. Bilateral üst ekstremitelerde muayenesinde; sağ üst ekstremitelerde muayenesi normaldi. Sol üst ekstremitelerde muayenesinde; EHA normal, motor değerlendirmede Brunstroom kolda 5, elde 5, tonusu normal, DTR'leri hiperaktif, patolojik refleks negatif. Yüzeysel ve derin duyasu normaldi. Bilateral alt ekstremitelerde muayenesinde; sağ alt ekstremitelerde normaldi. Sol alt ekstremitelerde muayenesinde EHA normal, motor değerlendirmede Brunstroom 3, tonusu normal, DTR'leri hiperaktif, Babinsky pozitif. Serebeller testler normaldi. Hastamız bir kişinin sürekli desteği ile gövde dengesi çok iyi olmaksızın, sol diz rekürvatuma kaçır şekilde,

sol ayak inversionda ve yetersiz ayak bileği dorsifleksiyonu ile adım alabiliyordu. Kranial MR'ında sağ hemisferik iskemik lezyon ve multipl gliotik sinyal değişikliği saptandı. Hasta nöro-Behçet sendromu hemisferik tutulum tanısıyla rehabilitasyon programına alındı. Hastamıza nörofizyolojik egzersiz, denge-koordinasyon egzersizi ve yürüme eğitimi uygulandı. Hastamızın giriş Barthel indexi 65 iken, taburculukta 85 oldu. Diz ve ayakbileği kontrolü gelişen hastamız bir adet alüminyum baston ve bir çift ortopedik bot ile bağımsız ambule durumda taburcu edildi.

#### OLGU 4:

S.B. 56 yaşında bayan hasta, sol tarafında güçsüzlük ve yürümede zorlanma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinden; 18 yıl önce oral aft, genital ülser ve paterji testi pozitifliği kriterleri ile Behçet tanısı konduğu, 23.9.2002 'de aniden sol tarafında güçsüzlük, konuşamama geliştiği ve nöro-Behçet sendromu hemisferik tutulum tanısı aldığı tespit edildi. Fizik muayenesinde; TA:100/70 mmHg, Nabız:84/dk, Ateş 36.4°, koopere, oryante ve genel durumu iyi idi. Nöromuskuloskeletal sistem muayenesinde; yatak aktiviteleri, oturma ve ayakta durma dengeleri mevcuttu. Hasta bir kişinin sürekli gözetiminde, küçük ve güvensiz adımlarla, sol tarafa fazla yük vermeden ve sol ayağı düz basarak adım alabiliyordu. Baş-boyun muayenesi ve kranial sinir muayenesi normaldi. Bilateral üst ekstremitte muayenesinde, sağ üst ekstremitte muayenesi normaldi, sol üst ekstremitede EHA normal, omuz fleksiyonu EHA sonuna doğru ağırlıydı, Brunnstrom kolda ve elde 5, tonus normaldi. DTR'leri normoaktif, Hoffman pozitif idi. Yüzeysel duyu solda hipostezik, derin duyu normaldi. Bilateral alt ekstremitte muayenesinde; sağ alt ekstremitte normaldi, sol alt ekstremitede EHA normal, Brunstrom 4, tonus normaldi. DTR'leri hiperaktif, patolojik refleks yoktu. Yüzeysel duyu solda hipostezik, derin duyu normaldi. Romberg testi pozitif. Kranial BT'sinde; sağ internal kapsül gövdesi komşuluğunda, sağ sentrum semiovale düzeyinde uzanımı izlenen enfarkt alanı mevcuttu. Hasta nöro-Behçet sendromu hemisferik tutulum tanısıyla rehabilitasyon programına alındı. Hastamıza nörofizyolojik egzersiz, denge koordinasyon egzersizi uygulandı, yürüme eğitimi verildi. Girişte 85 olan Bartel indeksi taburculukta 95 oldu. Hasta bir adet baston ve bir çift ortopedik bot ile bağımsız ambule durumda taburcu edildi.

#### TARTIŞMA

Behçet hastalığı ilk defa 1937 yılında Hulusi Behçet tarafından kronik gidişli, tekrarlayıcı oral , genital ülserler ve oküler lezyonların oluşturduğu bir triad olarak tanımlanmıştır. Behçet hastalığının tanısında "Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu" tarafından ortaya atılan kriterler son zamanlarda en çok kabul görmektedir. Bu kriterlere göre tekrarlayıcı oral ülserlere ilave olarak tekrarlayıcı genital ülserasyonlar, üveit veya retinal vaskülit, kutanöz püstüller veya eritema nodosum, paterji testi pozitifliğinden iki tanesinin daha bulunması ile tanı konur(3).

Türkiye'de prevalans kırsal alanlarda şehirlerden daha yüksek bulunmuştur. (37/100000'e karşı 8/100000) Nörolojik komplikasyonlu Behçet sendromu vakalarına ilişkin epidemiyolojik çalışma yoktur ancak Behçet sendromlu 170 hastalık otopsi serisinde nörolojik tutulumun patolojik kanıtı %20 bulunmuştur(4).

Behçet hastalığının etiyopatogenezi hala bilinmemektedir. Hastalık ilk rapor edildiğinde viral etiyoloji düşünülmüştür. Virüsler arasında Herpes virus en büyük ilgiyi toplarken, streptokoklar da suçlanmıştır(5). Bununla birlikte direkt enfeksiyöz etken varlığını gösteren bir kanıt bulunamamıştır. Behçet hastalarından alınan örneklerle, mikroorganizmalar arasında ortak bazı ısı şok proteinleri gösterildiğinden itibaren, otoimmün özellik gösteren Behçet hastalarında antijenik çapraz reaksiyon daha iyi bir açıklama olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte erkek predominansı olması, otoimmün hastalıklarla birlikteliği olmaması, spesifik bir antijen ya da antikör saptanamaması, HLA klas II antijenlerle herhangi bir ilişkisi olmaması otoimmün teoriyi desteklememektedir. Akdeniz ülkeleri ve Ortadoğu'da Behçet hastalarında HLA B51 önemli derecede pozitifdir(4).

Behçet hastalığı 3. dekadın geç dönemlerinde başlama eğilimindedir, bildirilen serilerin çoğunda hastalığın başlangıcı 25-29 yaş civarındadır. Hastalık erkeklerde daha şiddetli olma eğilimindedir(3). Bazı yazarlar, Behçet hastalığının başlangıcından santral sinir sistemi (SSS) tutulumu arasında geçen ortalama süreyi 1-7 yıl olarak vermektedirler(6).

İlk vakamızda Behçet hastalığı tanısından 5 yıl sonra, 3.vakada 3 yıl sonra ve son vakamızda 17 yıl sonra nörolojik tutu-

lum tespit edilmişti. 2. vakanın ise anamnezinde Behçet hastalığı tanısı yoktu, nöro-Behçet tanısı tekrarlayan oral aft, paterji testi pozitifliği, artralji, cilt lezyonları ve rekürren myelit kriterleri ile konuldu.

Oral ülserler hastaların % 99'unda bulunurken, % 67 hastada ilk semptom olarak bildirilmiştir(3). Bu hastalarda ağız hijyeni ve diş kontrollerine dikkat edilmelidir. Hastalarımıza bu açıdan özen gösterdik.

Behçet hastalarında üveit veya retinal vaskülit şeklindeki göz tutulumu, rehabilitasyon programını olumsuz etkilemektedir. Hastalarımızın hiçbirinde göz tutulumu olmadığı için, bu durum rehabilitasyon programımızı etkilemedi.

Artralji ve artrit sık ve belirgin semptomlar arasındadır. Artraljiler artrite göre daha sık görülmekle beraber, artrit de vakaların yaklaşık %50 kadarında gelişebilmektedir. En sık tutulan eklem dizdir, bunu sırası ile ayak bileği, dirsek ve el bileği takip eder. Küçük eklemler nadiren hastalığa katılmaktadır. Artritin başlangıcı anidir, değişik süreler ile devam edebilir ve semptomlar birkaç günden birkaç aya kadar devam edebilir. Genellikle monoartiküler veya simetrik oligoartikülerdir. Subakut ve kendi kendini sınırlayıcı şekilde giden bu tablo tipik olarak deformite ve eklem harabiyeti ile ilişkili değildir. Eroziv eklem harabiyeti %1'den az hastada görülebilir(3). Nöro-Behçet hastalarının rehabilitasyonunda artralji ve artrit takibi açısından dikkatli olunmalıdır. Biz de hastalarımızı bu yönden de sık aralıklarla takip ettik.

Behçet hastalığında vaskülit genellikle temel patolojik özellik olarak düşünülmektedir. Vasküler komplikasyonlara anormal prokoagülan aktivite veya endotel hücre aktivasyonu neden olabilir(4). Bununla birlikte vaskülitik bir süreç SSS'nde gösterilmemiştir. SSS'nin patolojisi ile ilgili çalışmalarda daha çok beyin sapı ve bazal ganglion alanlarında, hem düşük grade kronik lenfositik ve nötrofilik meningoensefalit, hem de multifokal nekrotik odaklar görülmüştür. Behçet hastalığında tutulan dokuların inceleme sırasındaki lezyon yaşına göre, lezyonun histopatolojik tipi değişiklik gösterebilir. Yaygın olarak mononükleer hücre ve/veya nötrofil hakimiyeti gösteren nonspesifik bir inflamatuvar reaksiyon meydana gelir. SSS lezyonlarının patolojik incelenmesinde geç dönemde ise, multipl skleroza benzer şekilde demiyelinizan sendrom izlenebilir. Patoloji yanında klinik açıdan da bu hastalar multipl skleroz ile

karışabilir. Bizim 2. vakamız da multipl skleroz tanısı ile izlenirken, tarafımızdan oral aft, artralji, paterji pozitifliği, cilt lezyonları ve rekürren myelit tanı kriterleri ile nöro-Behçet sendromu tanısı konuldu.

Behçet hastalığında SSS tutulumu parankimal veya nonparankimal olabilir. Hastaların çoğunda parankimal tutulum tespit edilmiştir. Beyin sapı tutulumu % 51, spinal kord tutulumu % 14, hemisferik tutulum % 15 ve izole piramidal bulgular % 19 kadardır. Nonparankimal tutulumun çoğunu dural sinus trombozuna bağlı intrakranial basınç artışı oluşturmaktadır. Parankimal tutulumlu olgular, kötü prognozla birlikte(2).

Pallis-Fudge ve Wadia-Williams, klinik sendromu tanımlamış ve 3 tip olarak klasifiye etmiştir. (i)Beyin sapı sendromu: Beyin sapındaki rahatsızlık ateş, artralji, deri erüpsiyonu gibi sistemik semptomlarla birlikte. Kranial nöropati, oküler motor disfonksiyon, nistagmus, bakış paralizisi, dizartri, ataksi ve sıklıkla bulber kas zayıflığını içeren beyin sapı bulguları subakut gelişir. Meningismusu olan hastalarda başağrısı yaygındır ve bu vakalarda BOS'ta pleositoz ve yüksek protein içeriği gözlenir. (ii)Meningomyelitik sendrom: Spinal kord ve hemisfer bulgularını içeren, değişik nörolojik bulguları kapsayan bir menenjit tablosudur. (iii)Organik konfüzyon sendromu: Fokal nörolojik bulgulardan zengin olmaksızın meningoensefalit olan bir konfüzyonel sendrom, bazı vakalarda kronik progresif seyrederek ve sonunda demans, Parkinson, psödobulber palsi ve kuadriparezi ile sonuçlanabilir(4).

Bir başka klasifikasyona göre hastalık 3 kategoriye ayrılmaktadır. Kategori I' de serebral venöz sinüs trombozu ile birlikte ya da birlikte olmayan intrakranial basınç artışı mevcuttur. Morbidite, mortalite ve hastalığın gidişi bu grupta daha iyi olmaya meyillidir. Kategori II'yi strokla ortaya çıkan vakalar oluşturur. Bu grupta mortalite yüksektir. Kategori III' de ise spinal kord tutulumu ve serebrospinal sıvı pleositozu yer almaktadır. Beyin sapı tutulumu bağımsız bir grup olarak belirtilmiştir(7).

Bizim vakalarımızdan ilk ikisinde spinal kord tutulumu varken, diğer ikisinde serebral hemisfer tutulumu mevcuttu.

Daha önceleri Behçet hastalığında SSS tutulumu çoğunlukla ölümcül kabul edilirken, bugün için atakların immünespresiflerle önlenmesi ve tedavi mümkün olabilmektedir(3). Bizim hastalarımız da gerekli antikoagülan ve immünespresif tedavileri almaktadırlar.

Dural venöz sinüslerin trombozu sonucu olarak vasküler komplikasyonlar, bazı serilerde yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır. Dural venöz trombozu olan bu vakaların çoğu izole intrakraniyal hipertansiyon ile birlikte. Arteriyel tromboz nadirdir ve anevrizma formasyonu da rapor edilmiştir. Behçet hastalarının rehabilitasyonunda arteriyel ve venöz tromboz açısından dikkatli olunmalıdır. Biz de hastalarımızı rehabilite ederken bu yönden günlük kontrollerden geçirdik.

Behçet hastalığında mesane fonksiyon bozukluğu ile ilgili semptomların % 5 oranında görüldüğü bildirilmiştir(8). Birinci ve ikinci vakalarımızda ürodinamik inceleme ile mesane tutulumu tespit edildi ve gerekli tedavileri verildi. Üçüncü ve dördüncü vakalarımızda mesane tutulumu yoktu.

Nöro-Behçet sendromu vakaların % 5,3-30'unda şiddetli fonksiyonel yetersizlikle sonuçlanır(9). Hastalarda günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel bağımsızlıkları etkilenmekte; immobilizasyonun neden olacağı birçok komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu durumu değerlendirmek için disabilite skoru kullanılabilir.1 skoru fonksiyonel tam bağımsızlığı gösterirken, 5 skoru Behçet hastalığı ile ilgili herhangi bir nedenle oluşan ölümü belirtir(1). İlk hastamız ambulasyon için cihaz ve desteğe, diğer hastalarımız sadece desteğe ihtiyaç duyuyorlardı, bu durumda disabilite durumları fiziksel bağımlılığı gösteren 2 skoruydu.

Behçet hastalarında nörolojik tutulum ilk kez 1941'de tanımlanmış ve o zamandan beri bir çok seri yayınlanmıştır. Nöro-Behçet sendromlu hastalarımızın tümünde hem günlük yaşam aktivitelerinde hem de ambulasyon düzeylerinde olumlu sonuçlar aldık. Dört vakamız da bağımsız yürür durumda taburcu edildiler. Ağır nörolojik tutulumlu Behçet hastalarında kendine bakım ve günlük yaşam aktiviteleri, fonksiyonel bağımsızlık ve hastanın mobilitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu hastaların rehabilitasyon programına alınması, medikal tedavisi kadar önemlidir.

#### KAYNAKLAR

1. Akman-Demir G, Serdaroğlu P, Taşçı B ve ark. Clinical patterns of neurological involvement in Behçet's disease. Brain 1999;122(11):2171-2182.
2. Yazıcı H, Yurdakul S, Hamuryudan V. Behçet disease. Curr Opin Rheumatol 2001 Jan; 13(1):18-22.

3. Özoran K. Vaskülitler. Ed:Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000:1726-1746.
4. Kidd D, Steuer A, Denman AM et al. Neurological complications in Behçet's syndrome. Brain 1999;122(11):2183-2194.
5. Martinez-Yelamos A, Vidaller A, Mitjavila F et al. The involvement of the parenchyma of the central nervous system in Behçet disease. Rev Neurol 1998; 27(156):223-225.
6. Doğanavşargil E, Keser G. Behçet Hastalığı. Ed: Gümüşdiş G, Doğanavşargil E. Klinik Romatoloji. İstanbul: Deniz matbaası, 1999: 423-439.
7. Shakir RA, Sulaiman K, Kahn RA et al. Neurological presentation of neuro-Behçet's syndrome: clinical categories. Eur Neurol 1990; 30(59): 249-253.
8. Iida S, Taniguchi N, Nishihara M et al. A case of neurogenic bladder due to neuro-Behçet disease. Hinyokika Kyo 2000; 46(10):727-729.
9. Wechsler B, Gerber S, Vidailhet M et al. Neurologic manifestations of Behçet's disease. Ann Med Interne 1999;150(7):555-561.

#### YAZIŞMA ADRESİ

Asuman DOĞAN  
Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
5. FTR. Kliniği  
ANKARA