



## Behçet Hastalığı

Prof. Dr. Hasan Yazıcı

Behçet hastalığının nedeni henüz bilinmemektedir. Patogenezle ilgili ana sorular şunlardır:

1. Hastalığın yeryüzünde özel bir coğrafi dağılım göstermesi
2. Erkeklerde çok daha ağır olarak gözlenen hastalık süreci
3. En belirgin klinik belirtisi paterji olan otoinflamasyon
4. Trombofili eğiliminin nedenleri
5. HLA B51 ilişkisinin anlamı

Hastalığın oluşumunda birden fazla patogenetik mekanizmanın rol oynayabileceğini düşündüren bazı klinik gözlemler de vardır. Bunlar arasında:

1. Akne lezyonlarının artritle sıkı yakınlık göstermesi (reaktif artrit benzeri bir patogenez?);
2. Yüzeysel tromboflebit, derin tromboflebit, dural sinus trombozları ve pulmoner arter anevrizmaları ilişkisi;
3. Talidomid, kolşisin ve etanersept örneklerinde olduğu üzere aynı ilacın değişik belirtilere farklı etki etmesi sayılabilir.

Son yıllarda özellikle FMF - MEFV geni ilişkisinin gösterilmesinden sonra FMF ile Behçet hastalığı arasında da bir ilişki bulunabileceği öne sürülmüştür. Her iki hastalığın Akdeniz bölgesinde sık bulunması, her iki klinik tabloya da otoinflamasyonun hakim olup artrit ve ateş gibi klinik belirtilerin olabilmesi, bazı yöntem bakımından pek iyi olmayan epidemiyolojik verilerle birleştirilmiş ve FMF ile Behçet hastalığı arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmüştür. Halbuki kontrollü klinik çalışmalar böyle bir ilişkiyi doğrulamamaktadır. Bunun yanında Behçet hastalığının çok sık görüldüğü bir yöre olan Uzakdoğu'da FMF hemen hiç görülmez.

Behçet hastalığının prognozu erkek/kadın, yaşlı ve genç arasında belirgin farklılık gösterir. Prognoz genç ve erkeklerde, kadın ve yaşlılara göre daha kötüdür. 387 hastayı 20 yıl süreyle izlediğimizde 41 ölüm gözledik. Bunların 39 tanesi erkek, 2 tanesi ise kadındı. Hastalarımızın yaşam beklentisini genel toplumdaki yaşa özgü yaşam beklentisiyle kıyasladığımızda, genç erkeklerde ölümcüllüğün, özellikle hastalığın ilk yıllarında, genel topluma kıyasla kabaca 10 kat daha arttığını gözledik. Bunun yanında kadın hastalar arasında ölümcüllük hiç artmadığı gibi erkek hastalar arasında ölümcüllük yıllar içinde azalıyor. Önde gelen ölümcüllük nedenleri pulmoner arter anevrizmaları ve merkezi sinir sistemi tutulmasıydı. Bunun yanında 20 yıl izlemekte gözlediğimiz diğer bir olgu da hastaların önemli bir kısmında 20 yıl içinde hastalık belirtilerinin hemen tamamen sönmesiydi.

Behçet hastalığında en önemli morbidite kuşkusuz görme kaybıdır. Oldukça büyük bir hasta grubunda olan deneyimimiz Behçet hastalığında tam görme kaybının günümüzde göz tutulması olanların (tüm hastaların kabaca %50'si) %10 dolaylarına kadar indiğidir.

Behçet hastalığının tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Hastalığın kontrolünde bugün elimizde hem yeni ilaçlar vardır (TNF-alfa antagonistleri ve alfa- interferon gibi) hem de eski ilaçları (sitotoksik immunosüpresifler, siklosporin, kortizon, kolşisin ve talidomid gibi) daha iyi kullanmayı biliyoruz. Örneğin yaptığımız kontrollü çalışmalardan çıkan bilgilere göre Behçet hastalığında belki de en yaygın kullanılan ilaç olan kolşisin ne kadınlarda ne de erkeklerde genellikle oral aftlara etkilidir. Ancak aynı ilaç her iki cinsten de eklem tutulması ve e. nodosuma iyi gelmekte ve oldukça ilginç olarak sadece kadınlar arasında genital lezyonlara etkili olabilmektedir.

Özetle patogenezi bilememekle beraber Behçet hastalığının prognozu günümüzde, 25-30 yıl öncesine kıyasla oldukça daha iyidir. Hastalığın belirtilerinden en başta göz tutulması olmak üzere, deri-mukoza belirtileri ve artiritin tedavisinde son yıllarda çok olumlu gelişmeler vardır. Ancak özellikle merkezi sinir sistemi tutulması ve trombotik komplikasyonların tedavisinde aynı başarıya ulaştığımız söylenemez.