

Psikotik belirtilerle komplike olmuş bir Behçet hastalığı olgusu

Gamze ERGİL,¹ Figen ATALAY,² Hakan ATALAY,³ Mecit ÇALIŞKAN⁴

ÖZET

Behçet hastalığı, ender görülen, kronik, vasküler-enflamatuvar ve nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Klinik belirtileri temel olarak oral aftları, genital ülserleri ve göz enflamasyonunu kapsamakla birlikte, çeşitli organlara ait bulgular olabilir. Değişik çalışmalarda Behçet hastalığında psikiyatrik belirtilerin görülme sıklığı %8-50 arasında bildirilmektedir. Literatürde, Behçet hastalığının psikotik belirtilerle beraberliğine ilişkin çok fazla yayın yoktur. Bu yazıda, psikotik belirtilerle komplike olmuş bir Behçet hastalığı olgusu sunulmuştur. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:281-284)

Anahtar sözcükler: Behçet hastalığı, sanrılı bozukluk, psikotik belirtiler

A case of Behcet's disease complicated with psychotic symptoms

ABSTRACT

Behcet's disease is an uncommon, chronic, vascular-inflammatory disease with an unknown origin. Clinical symptoms essentially consist of oral ulcers, genital ulcers and eye inflammation. Because of the inflammation of blood vessels there can be various symptoms related to different organs. The frequency of psychiatric symptoms in Behcet's disease is reported as %8-50 in medical literature, although there hasn't been too much report about the comorbidity of psychotic symptoms with Behcet's disease. Therefore, we wanted to present a case of Behcet's disease complicated with psychotic symptoms. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:281-284)

Key words: Behcet's disease, delusional disorder, psychotic symptoms

GİRİŞ

Behçet Hastalığı, ender görülen, kronik, vasküler, enflamatuvar ve nedeni bilinmeyen bir hastalıktır.¹ Klinik belirtileri temel olarak oral aftları, genital ülserleri ve göz enflamasyonunu kapsar. Oral ve genital ülserlerle hipoüveit arasındaki ilişki ilk olarak 1937'de Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından gösterilmiştir.² Altta yatan patolojik sürecin vaskülit olduğu

düşünülmektedir. Tanı için oral ülserlere ek olarak şu belirtilerden en az ikisi bulunmalıdır: 1. Yineleyici genital ülserasyonlar, 2. Tipik olarak tanımlanmış göz lezyonları, 3. Tipik olarak tanımlanmış deri lezyonları, 4. Pozitif paterji testi.²

Hastalık genellikle genç erişkinleri etkiler ve yukarıdaki belirtilere ek olarak çok çeşitli organlara ait bulgular olabilir; damar ve eklem

¹ Arş.Gör.Dr., ² Uzm.Dr., ⁴ Uzm.Dr. (Şef), Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İSTANBUL

³ Uzm.Dr., Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İSTANBUL

Yazışma adresi: Dr. Hakan ATALAY, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İSTANBUL

Tel: 0216 5784114

E-mail: hakanatalay2001@yahoo.com

bulguları, kalp tutulumu (miyokardit, perikardit), akciğer tutulumu (pnömoni, plörezi), gastro-intestinal sistem tutulumu (kolitis ülserozaya benzer bulgular ve pankreatit), böbrek tutulumu (glomerülonefrit ve amiloidozis) ve nörolojik bulgular (menenjit, kraniyal sinir paralizileri) gibi.^{1,2}

Behçet Hastalığı belirgin morbiditesi ve mortalitesi olan bir hastalıktır. Prevalansın en yüksek olduğu bölgeler Doğu Akdeniz, Ortadoğu ve Doğu Asya ülkeleridir. Türkiye’de 300/100000’e varan yaygınlık oranları bildirilmiştir. Japonya, Kore ve Çin’deki yaygınlık 13-17/100000, Avrupa ve Amerika’da 0.5-3/100000’tür.²

Ortalama başlangıç yaşı 25-30’dur. Olguların % 10’undan azı juvenil grupta görülür. Yüksek yaygınlığın görüldüğü bölgelerde, Behçet hastalığı HLA-B51 antijeni ile ilişkilendirilmiştir.² Bu bölgelerde Behçet Hastalığı körlüğün başlıca sebeplerinden biridir.⁸ Ortaya çıkan körlüğün nedeni, olguların %50’sinde görülen yineleyici oküler enflamasyonlardır.⁶

Vasküler lezyonlar tanı ölçütleri içinde bulunmasa da, hastaların % 35’inde arteriel ya da venöz büyük damarlarda komplikasyonlar oluşur (anevrizma formasyonu ya da trombus oluşumu gibi).⁴ Hastalığın morbidite ve mortalitesinin temel sebeplerinden biri bu komplikasyonlardır ve kötü prognozla ilişkilidirler.²

Hastaların %4-49’unda nörolojik sistem tutulumu saptanır.⁵ Behçet hastalığındaki merkezi sinir sistemi (MSS) bulguları aseptik menenjit ya da fokal vasküler lezyonlara bağlı olabilir. Bu lezyonlar en iyi manyetik rezonans görüntüleme ile belirlenir.²

En yaygın nöral parankimal lokalizasyonlar mezodiensefalik bileşke, pontobulber bölge ve hipotalamik-talamik bölgedir. Nöro-behçet meninkslerde ve beyin parankiminde enflamatuvar değişikliklere neden olur. Venler, venüller, kapillerler ve daha az sıklıkla da arterleri de içeren lenfositik perivasküler enflamasyon oluşur. Lezyonlar kronikleştikçe gliozis, atrofi ve meninkslerde fibrosis ve kalınlaşma ortaya çıkar.⁵

Behçet hastalığında çok çeşitli psikiyatrik belirtiler de görülmektedir. Çeşitli çalışmalarda Behçet hastalığında psikiyatrik belirti görülme sıklığının %8-50 arasında olduğu bildirilmektedir.⁷ Literatürde, Behçet hastalığının psikotik belirtilerle beraberliğine ilişkin çok fazla yayın bulunamamıştır. Bu nedenle, aşağıda psikotik belirtilerle komplike olmuş bir olgu sunulmaktadır.

dır. (Olgu yayın konusunda bilgilendirmiş, anonimliğinin korunacağı belirtilmiş ve kendisinden yazılı izin alınmıştır)

OLGU

Bay N. T., 51 yaşında, ilkökul mezunu, evli, 1 çocuklu, esnaf.

Hastaneye getirildiğinde kendisinin bir yakınıması yoktu, eşini muayene ettirmek amacı ile geldiğini ifade ediyordu. Yakınları özellikle son üç-dört aydır belirgin duruma gelen şüpheliğinden ve davranış bozukluklarından yakınıyorlardı.

Yakınlarına göre, bir yıldır karısından şüpheleniyormuş. Eşinin eroin mafyasının içine düştüğünü ve kendisini aldattığını söylemeye başlamış. (Bu nedenle eşinin kan tahlillerini yaptırmamızı ve gerçeği ortaya çıkarmamızı istiyordu.) Eşinin gözlerinin sarardığını ve ağzından tuhaf kokular geldiğini, bu şekilde uyuşturucu kullandığını anladığını söylüyormuş. (Bu şüpheleri nedeniyle eşini kontrol ederken eşinin genital bölgesinde eline bir ip gelmiş. Bunun, eşinin rahmine sakladığı uyuşturucu torbalarına ait olduğunu düşünmüş.) Karısının evde ufak şeylere sinirlenmesini şüphelerinin kanıtı olarak kabul ediyormuş. Eşinin masadan kalkıp mutfığa gitmesi bile, “Acaba niye kalktı, uyuşturucu mu alacak?” diye şüphelenmesine neden oluyormuş. Mafya tarafından takip edildiğini düşünüyor, kendisi de eşinin arkasına adamlar gönderiyormuş.

Evlendiklerinden beri eşi ile ilgili kıskançlıkları oluyormuş. Eşinin gittiği yerlere, görüştüğü insanlara karışmış. Devlet dairelerinde zina yapıldığını düşündüğü için öğretmen olarak çalışmasına izin vermemiş. Bilindiği kadarıyla evlendiği zamanlardan başlayarak üç-dört yıl öncesine kadar her akşam alkol içermiş ve böyle zamanlarda eşine kötü davranır, zaman zaman fiziksel şiddete başvurmuş. Ancak, sıkıntıları esas olarak gözlerini kaybettikten sonra çoğalmış ve son üç-dört aydır dayanılmaz bir duruma gelmiş.

Hasta yaklaşık 24 sene önce yüzündeki sivilce benzeri lezyonlar, testislerinde oluşan yaralar ve gözlerinde kızarma-yanma gibi yakınmaları nedeniyle hastanede yatmış ve Behçet hastalığı tanısı konmuş. 2000 yılında görme yeteneğini kaybetmiş. 2001 yılından beri bir üniversite hastanesi tarafından takip ediliyordu. Imuran 100 mg/gün, Coumadin 5 mg/gün, Colchicum 3 tb/gün, Methylprednisolone 16 mg/gün, Omepr-

razol 20 mg/gün ve nonsteroid antienflamatuar ilaçlar önerilmiş olmakla birlikte, düzenli kullanılmıyormuş. Son iki senedir ilaçlarını tamamen bırakmış, kontrollerine gitmiyormuş. İki kadreşine daha Behçet hastalığı tanısı konmuş. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yokmuş.

Dört-beş sene öncesine kadar her gece alkol içermiş ve şu anda günde bir paket sigara kullanıyor.

Psikiyatrik Muayene

Kendine bakımı azalmıştı, görme kısıtlılığı nedeniyle yürürken şemsiyesini kullanıyordu. Konuşması hızlı ve basınçlı, duygulanımı anksiyeteli, düşünce içeriğinde eşinin kendisini aldatığı ve uyuşturucu kullandığı şeklinde kıskançlık sanrıları, mafya tarafından takip edildiği şeklinde referans sanrıları vardı. Ayrıca metafizik düşünceleri vardı ve ileride olacak önemli olayları önceden rüyasında gördüğünü söylüyordu.

Uykusu, iştahı ve libidosu azalmıştı, içgörüsü yoktu.

Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları

Fizik muayenede kaşektik görünümdeydi, her iki alt ekstremitede yaygın ekimozu, sol alt ekstremitesinde 2x3 cm boyutlarında ülere lezyonu ve batin bölgesinde kollateralleri vardı.

Rutin tetkiklerinde HBsAg (+)'liği dışında belirgin bir patolojisi yoktu.

Nörolojik muayenesi ve kraniyal manyetik rezonans görüntülemesi normaldi.

Lomber ponksiyonda beyin omurilik sıvısında (BOS) proteinde hafif bir yükselme vardı (BOS protein: 50 mg/dl [aralık: 15-45 mg/dl], BOS glukoze: 50 mg/dl [aralık: 40-70 mg/dl], eş zamanlı plazma kan şekeri: 77 mg/dl). BOS boyamalarında lökosit ve bakteri, aside ve alkole dirençli basil görülmedi. Kırk sekiz saatlik enkübasyon sonunda üreme olmadı. Hücre sayımı: 1 adet/ml, Pandy (-) olarak saptandı.

Göz muayenesinde retinitis pigmentosa ile uyumlu lezyonlar ve optik atrofi, bilateral arterial/venöz doppler'inde kronik trombüs formasyonu, rekanalize akım, ingüinal bölgelerde kollateraller ve grade IV venöz yetmezlik bulundu.

TARTIŞMA

Behçet hastalığında -hastalığın başlangıcından ortalama beş yıl sonra- olguların %15-20'sinde

merkezi sinir sistemi tutulumu olduğu belirtilmiştir. Buna "Nörobeçet" veya "Psikobeçet" adı verilmektedir.⁷ Beynin en çok etkilenen bölgesi beyin sapıdır, ama hemisferler, menenksler ve spinal kord da tek tek veya birlikte tutulabilir.⁹ Buna bağlı olarak, baş ağrısından meningoensefalite kadar değişik bulgular görülebilir. Konuşma bozukluğu, gülme krizleri ve ağır psikik bozukluklarla kendini gösterebilir. Hastaların %10-30'unda multifokal nörolojik belirtiler görülür,¹¹ %5'inde ilk ortaya çıkan belirti nörolojiktir.¹⁰

Hastalığın seyri boyunca izole psikiyatrik belirtiler ve periferik sinir tutulumu da gözlenebilir. Rapor edilen psikiyatrik belirtiler arasında öfori, disinhibisyon, iritabilite, apati, geçici konfüzyon atakları ve demans bulguları vardır. Literatürde hastaların %86'sında eş zamanlı psikosomatik belirtilerin geliştiği ileri sürülmektedir.⁹

Klinik çalışmalar ve görüntüleme çalışmaları Behçet hastalığındaki nörolojik tutulumun başlıca iki formda olduğunu göstermektedir.¹

1. Fokal veya multifokal parankimal tutulumun olduğu vasküler-inflamatuar merkezi sinir sistemi hastalığı: Hastaların büyük kısmında görülen formdur.

2. İzole serebral venöz sinüs trombozu ve intrakraniyal hipertansiyon: Daha az belirti verir ve prognozu daha iyidir.

Her iki formda da BOS bulgusu olarak genellikle hafif bir protein artışı ve lenfositik pleositozdan söz edilmektedir.⁷

Olgumuzda Behçet hastalığı tanısı konulmadan yıllar önce de eşiyile ilgili kıskançlıkların ön planda olduğu paranoid kişilik özelliklerinin görülmesi, yıllarca alkol kullanımının bulunması ve son olarak da Behçet hastalığına bağlı görme kaybının gelişmesi ve duyu kusurlarının bu tür sanrsal düşünce bozukluklarına zemin hazırlayabileceğinin bilinmesi nedeniyle, son iki yıldır gelişen klinik sanrsal bozukluk tablosunu tek başına Behçet hastalığı ile açıklamak yeterli olmayacaktır. Ayrıca nörolojik bulgunun olmaması, kraniyal MR'ının normal bulunması, intrakraniyal basınç artışını düşündürecek bulgu saptanmaması nedeniyle kesin olarak Behçet hastalığının doğrudan etkilerine bağlı bir psikotik bozukluk tanısı konulamamıştır. Ancak, nörolojik tutulumu olan kimi hastalarda başka belirtiler saptanmamış olmasına karşın, BOS'da hafif protein artışının bulunabileceği belirtildiğinden ve psikotik bulgular hastalığın ilerlemiş bir döneminde yoğunlaştığından olayı, Behçet

hastalığının nörolojik tutulumu kesin olarak dışlanamamıştır.

Bu nedenlerle hastaya “sanrılı bozukluk+remisyonunda alkol kötüye kullanımı+Behçet hastalığına bağlı görme kaybı” tanısı konulmuştur. Nörolojik tutulumlu Behçet hastalığının çeşitli psikiyatrik belirtilerle seyredebileceği, bu belirtilere bazen hafif düzeyde BOS değişikliklerinin eşlik edebileceği bilindiğinden, uzun süreli izlemede yukarıda sayılan daha belirgin nörolojik belirti ve bulguların ortaya çıkabileceği düşünül-

erek hastanın belli aralıklarla MSS tutulumu açısından değerlendirilmek üzere takibinin sürdürülmesi kararlaştırılmıştır.

Sonuç olarak, bu olgu Behçet hastalığının herhangi bir nörolojik tutulumu düşündüren klinik ya da laboratuvar bulgusu olmadan, sadece psikiyatrik belirtilerle karşımıza gelebileceğini düşündürmekte ve hastalığın klinik ve laboratuvar bulgularıyla psikiyatrik belirtilerin ilişkisi konusunda daha ileri araştırmalara gereksinme olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Siva A, Altıntaş A, Saip S. Behçet's syndrome and the nervous system. *Curr Opin Neurol* 2004; 17:347-357
2. Kenneth T Calamia, Mehrdad Mazlumzadeh. Behçet's Disease. *Bulletin on the Rheumatic Diseases* 2004; 53:1.
3. Al Araji A, Sharquie K, Al-Rawi Z. Prevalance and patterns of neurological involvement in Behçet's disease: A prospective study from Iraq. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74:608.
4. Kaya A, Ertan C, Gürkan ÖU, Fitöz S. Behçet's disease with right ventricle thrombus and bilateral pulmonary artery aneurysms: a case report. *Angiology Glen Head* 2004; 55:573.
5. Hiwatashi A, Garber T, Moritani T, Kinoshita T, Westesson PL. Diffusion-weighted neuroimaging of neuro-Behçet's disease: a case report. *Neuroradiology* 2003; 45:468.
6. Evereklioglu C. Managing the symptoms of Behçet's disease. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5: 317-328.
7. Lishman WA. *Organic Psychiatry: The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*. İkinci baskı, London, Blackwell Scientific Publications, 1987.
8. Lannuzel A, Lamaury I, Charpentier D, Caparras-Le Febure D. Neurological manifestations of Behçet's disease in a Caribbean population: clinical and imaging findings. *J Neurol* 2002; 249:410.
9. Aydın N, Aydın MD, Deniz O, Kırpınar I. Neuro-Behçet's disease involving the pons with initial onset of affective symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252:44.
10. Karlıdağ R, Evereklioglu C, Ünal S, Sipahi B, Er H, Yoloğlu S. Behçet hastalarında stresli yaşam olayları ve başa çıkma yöntemleri ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:203-209.
11. Borowik H, Kusakowska A, Drozdowski W. Behçet's disease: a rare cause of multifocal lesions in the central nervous system. *Neurol Neurochir Pol* 2004; 38:323-327.