

ARAŞTIRMALAR

Behçet Hastalığında Somatosensoriel Uyarılmış Potansiyeller

SOMATOSENSORY EVOKED POTENTIALS IN BEHCET'S DISEASE

Dr. Ülkü TÜRK*, Dr. Seher BOSTANCI", Dr. Yıldız KARABAY***

Ankara Hastanesi Nöroloji Kliniği, ANKARA
AÜ Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Dermatoloji ABD, ANKARA
Ankara Hastanesi Dermatoloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Nörolojik semptom ve bulgusu olmayan 20 Behçet hastasında erken dönemde subklinik nörolojik tutulumun olup olmadığını göstermek amacı ile somatosensoriel uyarılmış potansiyeller (SEP) yapıldı. Eşleştirilmiş yaş ve cinsiyette 16 sağlıklı kontrol grubu alındı ve sonuçlar karşılaştırıldı. Median ve tibialis somatosensoriel uyarılmış potansiyellerin sonuçlarının karşılaştırılmasında anormallite bulunmadı.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, erken tanı, somatosensoriel uyarılmış potansiyeller

T Klin Dermatoloji 1993, 3:1-3

SUMMARY

Twenty patients with Behçet's disease without neurological signs and symptoms were studied by means of somatosensory evoked responses (SEP) to evaluate the possibility of an earlier and objective demonstration of subclinical neurological involvement. We took age and sex matched 16 healthy control group and compared these results. Median and tibialis somatosensory evoked potentials findings did not show abnormalities.

Key Words: Behçet's disease, early diagnosis, somatosensory evoked potentials

Turk J Dermatol 1993, 3:1-3

Behçet hastalığı bugün etiolojisi tam olarak açıklığa kavuşmamış, rezidivlerle seyreden multisistemik bir hastalıktır (1), ilk defa 1937 yılında Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından "viral olması muhtemel bir trisemptom kompleks" olarak tarif edilmiştir. Bu trisemptom kompleksin içeriğinde rekürrent aftöz stomatit, genital bölgede tekrarlayan eksülserasyonlar, gözde hipopiyonlu iridosiklit tanımlanmıştır. Ancak daha sonra yapılan incelemelerde Behçet hastalığının hemen hemen tüm sistemleri tutabilen multisistemik bir hastalık olduğu anlaşılmıştır (2,3,4).

Behçet hastalığının nörolojik komplikasyonları ilk kez 1941 yılında Knapp tarafından bildirilmiştir (5,6,7). Hastalarda nörolojik komplikasyonların ortaya çıkışı bir kaç ay ile 25 yıl arasında değişebilir. Bazen hastalığın ilk bulgusu olarak ortaya çıkabilir. Genellikle 30-40 yaş arasında ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (8,9). Behçet hastalığında nörolojik tutulum % 10-49 gibi yüksek bir oranda görülmektedir (7,9,10,11). Patolojik değişiklik

olarak demiyellinizasyon ve fokal nekrozlar görülmektedir (12).

Laboratuvar, elektroensefalografik ve nöroradyolojik araştırmalarda hastalığa spesifik bulgular gösterilememiştir. Bu yüzden tanı çoğunlukla güçtür (13). Nörolojik komplikasyonlar ortaya çıktığında mortalite ve morbidite oranı yükselmektedir ve nörolojik belirtiler görüldükten sonraki bir yıl içinde immunosupresif tedaviye başlanmazsa mortalite yükselmektedir (14). Erken tanı ve efektif tedavi santral sinir sistemi komplikasyonlarını önlemekte veya tutulumun şiddetini azaltmaktadır (13). Erken devrede tanı ve prognozu belirlemede uyarılmış potansiyellerin önemli yeri vardır (15). Yapılan bir araştırmada klinik olarak nörolojik tutulum göstermeyen Behçet hastalarında uyarılmış potansiyellerde bozukluk gösterilmiştir. Başka bir araştırmada hiçbir klinik belirtisi, semptom ve bulgusu olmayan vakalarda magnetik rezonans görüntüleme yöntemi ile beyinsapı tutulumu gösterilmiştir (13,15).

Bu çalışmada nörolojik semptom ve bulgusu olmayan, Behçet hastalığı tanısı konmuş vakalarda, sensoriel yollarda subklinik tutulum olup olmadığını belirlemek için somatosensoriel uyarılmış potansiyeller yapıldı.

Geliş Tarihi: 14.1.1993

Kabul Tarihi: 28.5.1993

Yazışma Adresi: Dr. Ülkü TÜRK

Yüksel Sok. Küçükalya Sitesi
B Blok 22/9 81570, İSTANBUL

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmaya Ankara Hastanesi Dermatoloji polikliniğine 1989-1992 yıllarında başvurarak Behçet hastalığı tanısı alan 20 hasta alındı. Bu hastalar internasyonal çalışma grubu (International study grup) kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı almışlardı (16). Yirmi hastanın 15 tanesi kadın, 5 tanesi erkek olup K/E oranı 4/1, yaşları 16-43 arasında (ortalaması (29.6) idi. Bütün hastalarda, ayrıntılı anamnez alındıktan sonra nörolojik muayene, rutin kan ve idrar tetkikleri yapıldı. Çalışmaya nörolojik bulgusu olmayan, kan ve idrar biyokimyasal analizi normal olan hastalar dahil edildi. Kontrol grubu olarak 16 sağlıklı kişi (12 kadın, 4 erkek) alındı. Kontrol grubu 18-42 yaşları arasında (ortalama 34,0) idi.

Somatosensorlel uyarılmış potansiyelleri elde etmek için median sinir el bileğinden, tibial sinir ise ayak bileğinden yüzeysel bipolar elektrotla stimüle edildi. Uyarım için 2-5 Hz lik 0.3 msn süreli kare dalga stimulus kullanıldı. Kayıt için subkutan iğne elektrodları kullanıldı. Medianus somatosensoriel uyarılmış potansiyellerin kaydı için C3 ve C4-Fpz, tibial sinir için Cz-Fpz noktaları kullanıldı. Medianus SEP için bin cevap, tibialis için 1000-4000 cevap averajlandı. Her cevap en az iki kere elde edildi. Analiz süresi medianus SEP için 50 msn, tibialis için 100 msn idi.

Hastalardan elde edilen latans ve amplitüd değerleri ile kontrollerden elde edilen sonuçlar, Mann-Whitney U Testi kullanılarak karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

Behçet hastalığı olan 20 hasta ve 16 kontrolden elde edilen medianus ve tibialis SEP sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların Medianus SEP N20 ve P25 latanslarının kontrollerle karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$).

Medianus SEP amplitüdlерinin hastalardan elde edilen sonuçları kontrol grubuna göre düşük bulunmuş, ancak istatistiksel olarak karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların Tibialis SEP P40 ve N50 latans değerlerinin kontrol grubu ile karşılaştırılmasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Tibialis SEP ortalama amplitüdü kontrol vakalarına göre

daha düşük bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Wolf ve Arkadaşları 1965'de nörolojik tutulumu olan 64 Behçet hastalığı vakası bildirmişler ve nörolojik komplikasyon oranını %10-25 olarak bulmuşlardır (17). Chajek ve Fainaru 41 Behçet hastalığı bildirmişler ve nörolojik komplikasyon oranını %12 olarak bulmuşlardır (18). O'Duffy ve Goldsteln ise nörolojik tutulum oranının %25 olarak bildirmişlerdir (7). İlk bildirimlerde mortalite %41 gibi yüksek bir oranda kaydedilmiştir. Nöro- Behçette klinik tablo spesifik özellik göstermemektedir. Meningoensefalit, kranial sinir paralizileri, epileptik nöbet, koma, organik beyin sendromu, afazi, parezi, ekstrapiramidal sistem tutulumu, pseudobulder paralizisi şeklinde ortaya çıkmaktadır (19).

Nekropsi çalışmalarında perivasküler alanda ve meninklerde lenfosit, plazma hücreleri ve makrofajlardan oluşan infiltrasyon, beyaz ve gri cevherde küçük yumuşama alanları, gliosis ve bazı vakalarda serebral infarkt gösterilmiştir (20). Behçet hastalığında nörolojik tutulum tanısı güçtür. Laboratuvar, standart radyolojik ve elektroensefalografi (EEG) bulguları nonspesifiktir. Beyin omurilik sıvısında pleositoz veya protein artışı sık görülür (17). Kompüter tomografi ile yapılan çalışmalarda düşük dansiteli kontrast madde tutan lezyonlar görülmektedir (19,21). Magnetik rezonans çalışmaları (MR) vaskülit bulguları gösterilmiştir.

Serebral vaskülitin tanısında MR çalışmasının daha hassas olduğu düşünülmektedir. Bir araştırmada santral sinir sistemi tutulumuna ait semptom göstermeyen hastalarda magnetik rezonans çalışmasında multipll Irregüler periventriküler değişiklikler bulunmuştur. MR'ın serebral vaskülit vakalarında en hassas tanı methodu olduğu öne sürülmektedir (22,23).

Santral sinir sistemi tutulumu olan vakalarda erken tanı ve tedavi hastalığın gidişini etkilemektedir. İmmunosupresif tedavinin nörobehçet vakalarında etkin olduğu gösterilmiştir (24). Nörolojik tutulum kötü prognozu gösterdiğinden erken dönemde tanı önemlidir. Bizim nörolojik tutulum işareti göstermeyen Behçet hastalarında SEP anomalisi gösterilememiştir. SEP, santral sinir sistemi tutulumu olan bazı Behçet hastalarında normal olarak bulunabilmektedir. Bu bulgu sensoriel yolların tutulmaması ile izah edilmektedir (13). Buna

Tablo 1. Behçet'ti hastalarda ve kontrol grubunda medianus ve tibialis SEP sonuçları

Grup	Medianus			Tibialis		
	N20	P25	Amp(uV)	P40	N50	Amp(uV)
Behçet n:20	16.9±1.1	21.8±2.4	4.7±2.1	35.4±2.1	43.4±1.9	2.9±2.3
Kontrol n:16	18.2±1.2	23.9±2.9	5.6±3.2	37.9±2.4	45.7±2.9	3.4±1.6
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

Ortalama değerleri standart sapma olarak verilmiştir,
n: Muayene edilen hasta sayısı

karşılık yapılan bir çalışmada klinik olarak arka kordon tutulumuna alt bir işaret olmamasına rağmen peroneal SEP'de patoloji gösterilmiştir (15).

Subklinik nörolojik tutulum gösteren Behçet hastalığında uyarılmış potansiyeller erken tanıya önemli katkıda bulunmaktadır.

Bizim nörolojik tutulum göstermeyen vakalarda yaptığımız araştırma ön çalışma olabilir. Bu konunun daha fazla araştırılması daha kesin sonuçlar verebilir kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Ohno S. Detection of Gamma interferon in the sera of patients with Behcet's disease. *Infection and immunity* 1982; 36:202-208.
2. Gupta RC. Circulating immune complexes in active Behcet's disease. *Clinical Exp. Immunol* 1978; 34:213-18.
3. Suzuki N. Abnormal B cell function in patients with Behcet's disease. *Arthritis and Rheumatism* 1986; 29 (2): 212-19.
4. Tüzün T, Kotoğyan A, Saylan T. *Dermatoloji, Nobel Tıp Kitabevi* 1985; 220-26.
5. Namer IJ, Karabudak R, Zileli T, et al. Peripheral nervous system involvement in Behcet's disease: *Eur. Neurol* 1987; 26:235-40.
6. Kansu T, Pamir N, Zileli T. Behçet hastalığının komplikasyonları. *Hacettepe tıp dergisi* 1984; 1:7-10.
7. O'Duffy JD, Goldstein NP. Neurologic involvement in seven patients with Behcet's disease. *Am J. Med.* 1976; 61:170-78.
8. O'Duffy JD, Carney JA, Deodhar S. Behcet's disease report of 12 cases, 3 with manifestations. *Ann intern Med.* 1971; 78:561.
9. Worg RC, Ellis CN, Diaz CN. Behcet's disease *Int J Dermatol* 1984; 23:25-33.
10. Harper CM, O'Neill BP, O'Duffy JD, et al. Intracranial hypertension in Behcet's disease: Demonstration of sinus occlusion with the use of digital subtraction angiography. *Mayo Clin Proc* 1985; 60:419-22.
11. Ben Itzhak J, Keren S, Simon J. Intracranial venous thrombosis in Behcet's syndrome. *Neuroradiology* 1985; 27:450-51.
12. Totsuka S, Hattori T, Yazaki M, Nagao K, Mizushima S. Clinicopathologic studies on Neuro-Behcet's disease. *Folia Psychiatrie Neural Jpn* 1985; 39:155-66.
13. Besena C, Corni G, Maschio A, Paraderial L, et al. Electrophysiological and MRI evaluation of neurological involvement in Behcet's disease. *Journal Neurol, Neurosurg and Psychiatry* 1989; 52:749-52.
14. Schotland D, Wolf SM, White HH, Dubin HV. Neurologic aspects of Behcet's disease. *Am J Med* 1963; 34:544-53.
15. Rizzo PA, Valle E, Mollica MA, et al. Multiload evoked potentials in neuro-Behcet's. A longitudinal study of two cases. *Acta Neurol Scan* 1989; 79:18-22.
16. International Study Group for Behcet's Disease. Criteria for diagnosis of Behcet's disease. *Lancet* 1990; 335:1078-80.
17. Wolf S, Schotland D, Philips L. Involvement of nervous systems in Behcet's syndrome. *Arch Neurol* 1965; 12:315-25.
18. Chajek T, Fainaru M. Behcet's disease: report of 41 cases and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1975; 54:179-96.
19. Kozin F, Houghton V, Bernhard G. Neuro-Behcet disease. Two cases and neuroradiologic findings. *Neurology* 1977; 27:1148-52.
20. Strouth J, Dyken M. Encephalopathy of Behcet's disease. *Neurology* 1964; 14:794-805.
21. Dobkin B. Computerized tomographic findings in Neuro-Behcet's disease. *Arch Neurol* 1980; 37:58-9.
22. Miller DH, Ormeroy IEC, Gibson A, Du Boulay EPGH, Rudge P, Mc Donald WI. MR brain scanning in patients with vasculitis: differentiation from multiple sclerosis. *Neuroradiology* 1987; 29:226-31.
23. Willeit J, Schmutzhard E, Aichner F, Mayr U, Weber F, Gerstenbrand F. CT and NMR imaging in Neuro-Behcet disease *J Comput Assist Tomogr* 1986; 10:313-15.
24. Nussenblatt R, Palestina A, Chan C-C, Mochizuki M, Yanney K. Effectiveness of cyclosporin therapy for Behcet's disease. *Arthritis Rheum* 1985; 28:671-9.