



Nöro-Behçet Hastalığına Bağlı Gelişen Nörojen Mesane: Olgu Sunumu

Neurogenic Bladder Due to Neuro-Behcet Disease: A Case Report

Mehmet Karabakan¹, Özer Güzel², Akif Ersoy Erkmen², Remzi Salar², Aliseydi Bozkurt¹, Serkan Akdemir²

¹Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzincan, Türkiye

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

ÖZET

Behçet hastalığı tekrarlayan oral aftöz ülserler, deri döküntüleri, göz tutulumu (hipopiyanon iridosiklit) ve genital ülserler ile seyreden etiyojisi bilinmeyen sistemik, vaskülitik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Nöro-behçet hastalığında mesane tutulumu oldukça nadir görülüp yaklaşık insidansını %0,07 olarak bildirilmiştir. Olgumuzda son 20 yıldır Behçet hastalığı ve son 2 yıldır olan üriner inkontinansın eşlik ettiği alt üriner sistem şikayetleri mevcuttu. Yapılan ürodinamik değerlendirmeyi takiben antikolinergik tedavi başlandı. Bu olgu nöro-behçet hastalığına bağlı gelişen mesane tutulumunda tanı koymanın önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur. (*JAREM 2014; 1: 28-30*)

Anahtar Sözcükler: Nörojen mesane, nöro-Behçet Hastalığı

ABSTRACT

Behcet's disease is defined as a systemic vasculitis that has unknown etiology and characterized by recurrent oral aphthous ulcers, skin rashes, eye involvement (iridocyclitis with hypopyon), and genital ulcers. Involvement of the bladder in neuro-Behcet disease is quite rare, and its incidence has been reported as approximately 0.07%. Our case had Behcet disease for 20 years and lower urinary tract symptoms with urinary incontinence for 2 years. Anti-cholinergic treatment was initiated after the urodynamic examination. This case report has been presented to emphasize the importance of diagnosis in Neuro-Behcet disease with bladder involvement. (*JAREM 2014; 1: 28-30*)

Key Words: Neurogenic bladder, neuro-Behcet disease

GİRİŞ

Behçet hastalığı (BH) ilk olarak 1937 yılında Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tarif edilmiştir (1). BH oral ve/veya genital ülserasyonlar, deri lezyonları ve iltihabi göz bulgularının ön planda olduğu ancak pek çok sistemi tutabilen, kronik, tekrarlayan ataklarla seyreden, etiyojisi bilinmeyen sistemik, vaskülitik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (2).

Genel olarak merkezi sinir sistemi ile kardiyovasküler, gastrointestinal, solunum sistemlerini etkilemektedir. Genital ülserlerin haricinde BH'da ürolojik tutulum nadirdir. Genellikle epididimit ve steril üretrit olarak karşımıza çıkmaktadır (3). BH'na bağlı mesane tutulumu oldukça nadirdir ve genelde detrusör hiperrefleksi olarak görülmektedir (4, 5).

Bu olgu sunumunda amaç BH'nın mesane disfonksiyonuna yol açabileceği ve ürologlar tarafından ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktır.

OLGU SUNUMU

Elli yaşında erkek hasta, son 2 yıldır devam eden idrar yaparken zorlanma, gündüz ve gece sık idrara çıkma ve sıkışma tarzında idrar kaçırma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 20 yıldır BH tanısı mevcut olduğu ve son 3 yıldır Nöro-Behçet hastalığı tanısı ile nöroloji kliniği tarafından takip edildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde, son 6 aydan beri diabetes mellitus tanısı ile oral anti-diabetik ilaç kullanmakta ve kan şekeri düzeylerinin regüle seyret-

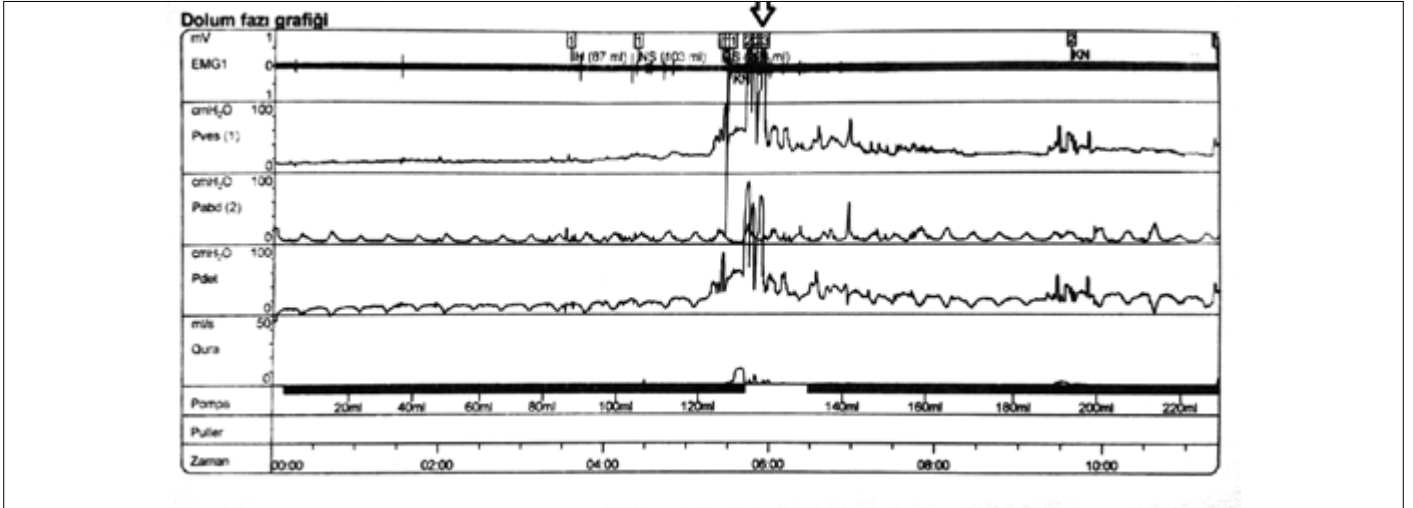
mekte olduğu öğrenildi. Hasta BH tedavisine yönelik kolşisin 3x1, azatioprin 50 mg 3x1, metilprednizolon 4 mg 1x1 kullanmakta idi. Hastanın şikayetleri sorgulandığında Uluslararası prostat semptom skoru (IPSS) 24 (yüksek semptomatik) idi. Yapılan digital rektal muayenede, benin karakterde 1 pozitif prostat palpe edildi. Anal sfinkter tonusu ve bulbokavernoz refleksi normal, nörolojik muayenesinde sol hemihiperestezisi ve görme kaybı bulunmakta idi. Hastada genital ülser ve epididimit bulgusu yoktu.

Laboratuvar incelemelerinde; total PSA: 0,6 ng/mL, kan biyokimya, tam idrar tetkik ve kültürü normal idi. Yapılan üriner sistem ultrasonografide patoloji izlenmedi. Hastanın yapılan transrektal ultrasonografisinde prostat hacmi 20cc, prostat homojen görünümde idi.

Ürodinamik incelemede; maksimal sistometrik kapasite: 127 mL, ilk his 87 mL, normal sıkışma 103 mL, çok sıkışma 124 mL, maksimal vezikal basınç 63 cmH₂O olarak saptandı. Maksimum kapasitede; 127 mL'de kaçırma oldu (Şekil 1). Bu sonuçlara göre; hiperrefleks, duyusu kısmen korunmuş, hipokomplian, yüksek basınçlı sinerjik mesane olarak değerlendirildi. Basınç-akım çalışmasında (BAÇ): maksimum akımda detrusör basıncı 61 cm H₂O iken maksimal idrar akım hızı 13 mL/sn ve işenen hacim 170 cc olarak ölçüldü. Sonuç olarak mesane çıkım obstrüksiyonu izlenmedi.

Augmentasyon sistoplasti operasyonu önerilen hasta cerrahi girişimi kabul etmedi. Mesane kompliyansının artırılması amacıyla medikal tedavi olarak tolterodin 4 mg 1x1 ve doksazosin 4 mg tb





Şekil 1. Ürodinamik değerlendirilmede uninhibe kontraksiyonlar görülmektedir

1x1 başlandı. Hastanın 3. ay takibinde şikayetlerinin kısmen düzeldiği IPSS:21, Qmax:15 mL/sn, işenen hacim ise 200 cc olarak saptandı. Hastanın takibi halen devam etmektedir. Çalışmayla ilgili hastanın onamı alınmıştır.

TARTIŞMA

Behçet hastalığında birçok sistemle ilgili semptom ve bulgular olmakla beraber ilk başvuru nedeni genel olarak ürogenital ülserlerdir. Hastalığın tanısında majör kriterler olarak tekrarlayan oral aftöz ülserler, deri döküntüleri, göz tutulumu (hipopiyonlu iridosiklit) ve genital ülserler kullanılırken; minör kriterler olarak gastrointestinal, artriküler, santral sinir sistemi tutulumu kullanılmaktadır. Genellikle genç-orta yaşlı erkeklerde görülmektedir (4, 6).

Mishima ve ark. (7) Behçet hastalığı olan 2031 hastanın değerlendirildiği çalışmada erkek hastaların %76'sında ve kadın hastaların %83,8 genital ülserasyonlar saptanmıştır. Epididimit ikinci en sık görülen ürogenital bulgu olup yapılan çalışmalarda %6-22 oranında bildirilmektedir (3). Olgumuzda genital muayenede ülserasyon veya epididimit bulguları yoktu. BH nörolojik tutulum %5-%10 arasında bildirilmiş olup genelde tutulum derecesine göre serebral felçler, meningial irritasyon belirtileri, transvers myelit olarak ortaya çıkabilir (6, 8). Nörolojik tutulumu olan hastaların %5'inde işeme semptomları gözlemlendiği bildirilmiştir (4, 5). Çetinel ve ark. (4) mesane tutulumunun nöro-behçet tanısından 1-10 yıl sonrasında belirginleştiğini belirtmiş ve mesane tutulumunun yaklaşık insidansını %0,07 olarak bildirmişlerdir. Olgumuzda son 20 yıldan beri BH tanısı mevcut olup son 3 yıldır nöro-behçet tanısı ile takip edilmekte ve alt üriner sistem semptomları yaklaşık 2 yıldır mevcuttu. Nöro-behçet hastalarında alt üriner sistem semptomlarıyla birlikte urgency ve frequency semptomları pontin işeme merkezinin vaskülitik tutulumu sonrasında görülebilir (9). Mesanenin direkt tutulumu ise ülserasyonlar, nodüller veya tekrarlayan sistitler şeklinde olabilir. Bu hastalarda artmış gündüz işleme sıklığı, noktüri, sıkışma ve idrar kaçırma gibi şikayetler ön plandadır (4). Hastamızda da artmış işeme sıklığıyla beraber noktüri ve idrar kaçırma şikayetleri mevcuttu.

Erdoğan ve ark. (6) 24 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada %50 oranında üriner inkontinans bildirmişlerdir. İnkontinans şika-

yeti olan 12 hasta ve olmayan 12 nöro-behçet hastası karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada yazarlar ürodinamik incelemeler sonucunda; ilk his, mesane kapasitesi ve detrusör kompliyanslarında her iki grup arasında anlamlı derecede fark olduğunu bildirmişlerdir.

Porru ve ark. (8) sundukları bir olguda ise ürodinamik değerlendirilmede arefleks, duyusu azalmış mesane saptamışlardır.

Nöro-behçet hastalarında ürodinamik incelemede: tek başına detrusör aşırı aktivitesi veya bozulmuş kasılma ile birlikte, azalmış mesane kompliyansı veya kapasitesi, mesane hipersensitivitesi, hiposensitivite ya da tek başına akontraktilite ve artan rezidüel idrar gibi değişik bulgular görülebilmektedir (4, 6, 8).

Nöro-Behçet hastalarında alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) tedavisi hastanın şikayetlerine göre yapılan ürodinamik değerlendirme sonrası belirlenir. Yüksek rezidüel idrarı bulunan, boşaltım semptomları ön planda olan hastalara, alfa blokerler veya temiz aralıklı kateterizasyon uygulanabilir. Düşük mesane kapasiteli, dolun semptomları olan hastalarda antikolinerjik ajanlar verilebilir. Tedavi başarısızlığında ise augmentasyon sistoplasti önerilmektedir (10). Biz de olgumuzda yaptığımız incelemeler sonucunda augmentasyon sistoplasti operasyonu planladık. Ancak olası komplikasyonları ve komorbiditeleri kabul etmeyen hastaya antikolinerjik (tolterodin 4 mg) tedavi başlandı.

Olgumuzda Behçet hastalığına bağlı gelişen nörojen mesanenin tanısı ve tedavisi sunulmuştur. Hastanın pollaküri ön planda olup diabetes melitus'e (DM) bağlı poliüri/polidipsi ayrımı açısından yapılan ürodinamisinde; hipokomplian düşük kapasiteli (127 mL) mesane olarak değerlendirilmiştir. Bulgularımızın aksine literatürde DM'a bağlı nörojen mesane tablosunda ürodinamide flask ve duyusu bozulmuş yüksek kapasiteli mesane olgularının ön planda olduğu bildirilmektedir (11). Bu bulgular ışığında BH'nın DM'a göre mesane fonksiyonlarının bozulmasında daha kötü bir etki yarattığı söylenebilir. Yine hastanın AÜSS/obstüktif patoloji ekartasyon amaçlı yapılmış olan BAÇ hastanın maksimum akımda detrusör basıncı 61 cmH₂O iken maksimal idrar akım hızı 13 mL/sn olarak ölçülmüş. BAÇ'da sonuçta hastanın yaşından dolayı olabilecek BPH tanısından uzaklaştırmıştır. Bu değerlendirmelerden sonra hastada literatürde de nadir rastlanılan BH'na bağlı mesane tutulumu tespit edilmiştir.

SONUÇ

Alt üriner sistem semptomlarıyla üroloji polikliniğine başvuran Behçet hastalarında nadirde olsa Behçet hastalığına bağlı mesane tutulumunun gelişebileceği göz ardı edilmemelidir. BH tanısı ile alt üriner sistem semptomlarının eşlik ettiği hastalarda ürodinamik değerlendirmeler ilk planda düşünülmelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - M.K., Ö.G.; Tasarım - M.K., A.E.E., R.S.; Denetleme - S.A., A.B.; Kaynaklar - M.K, R.S.; Malzemeler - A.E.E, S.A.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - Ö.G., A.B.; Analiz ve/veya yorum - M.K., Ö.G.; Literatür taraması - R.S., A.E.E.; Yazıyı yazan - M.K., Ö.G.; Eleştirel İnceleme - S.A., A.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu olgu için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - M.K., Ö.G.; Design - M.K., A.E.E., R.S.; Supervision - S.A., A.B.; Funding - M.K, R.S.; Materials - A.E.E, S.A.; Data Collection and/or Processing - Ö.G., A.B.; Analysis and/or Interpretation - M.K., Ö.G Literature Review - R.S., A.E.E.; Writing - M.K., Ö.G.; Critical Review - S.A., A.B.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this case has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Behcet H. Uber rezidivierende, aphthöse, durch ein Virus verursachte Geshwüre am Munde, am Auge und an den Genitalien. Dermatol Wochenschr 1937; 36: 1152-7.
2. Yazici Y, Yurdakul S, Yazici H. Behçet's syndrome. Curr Rheumatol Rep 2010; 12: 429-35. [CrossRef]
3. Kirkali Z, Yigitbasi O, Sasmaz R. Urological aspects of Behçet's disease. Br J Urol 1991; 67: 638-9. [CrossRef]
4. Cetinel B, Akpınar H, Tufek I, Uygun N, Solok V, Yazıcı H. Bladder involvement in Behçet's Syndrome J Urol 1999; 161: 52-6.
5. Iida S, Taniguchi N, Nishihara M, Miyata M, Kaneko S, Yachiku S. (A case of neurogenic bladder due to neuro-Bechet disease). Hinyokika Kyo 2000; 46: 727-9.
6. Erdogdu T, Kocak T, Serdaroglu P, Kadioglu A, Tellaloglu S. Evaluation and therapeutic approaches of voiding and erectile dysfunction in neurological Behcet's syndrome. J Urol 1991; 162: 147-53. [CrossRef]
7. Mishima S, Masuda K, Izawa Y, Mochizuki M, Namba K. The eighth Frederick H. Verhoeff Lecture. presented by saichi mishima, MD Behçet's disease in Japan: ophthalmologic aspects. Trans Am Ophthalmol Soc 1979; 77: 225-79.
8. Porru D, Pau AC, Scarpa RM, Zanolla L, Cao A, Usai E. Behçet's disease and the neuropathic bladder: urodynamic features: case report and a literature review. Spinal Cord 1996; 34: 305-7. [CrossRef]
9. Karandreas N, Tsivgoulis G, Zambelis T, Kokotis P, Rapidi A, Petropoulou K, et al. Urinary frequency in a case of Neuro-Behcet disease involving the brainstem - clinical, electrophysiological and urodynamic features. Clin Neurol Neurosurg 2007; 109: 806-10. [CrossRef]
10. Theodorou C, Floratos D, Hatzinicolaou P, Vaiopoulos G. Neurogenic bladder dysfunction due to Behçet's disease. Int J Urol 1999; 6: 423-5. [CrossRef]
11. Kaplan SA, Te AE, Blaivas JG. Urodynamic findings in patients with diabetic cystopathy. J Urol 1995; 153: 342-4. [CrossRef]