

BEHÇET HASTALIĞINDA MİYOKART İNFARKTÜSÜ

Kenan Ömürlü*

Şen Dağcı**

Nail Çağlar***

İsfendiyar Candan***

Tülay Kural***

Behçet hastalığının klasik bulguları ağızda tekrarlayıcı aftlar, genital bölgede ülserler ve kütanöz vaskülittir. Synoviyitis, meningoansefalit, gastrointestinal ülserler, major damar lezyonları trombofilebit, arteritis ve anevrizma oluşumu rapor edilmiştir (1,3,8). Hastalığın seyrinde hemoptiziler, kaval tıkanıklıklar ve aortik anevrizmalar bildirilmiştir (3,6). Muhtemel koroner arterit ve buna bağlı miyokart infarktüsü oluşumu ise literatürde nadir olgular halindedir (1,9).

Bizde 29 yaşında, erken atheroskleroz oluşumu için hiç bir risk faktörü taşımayan, miyokart infarktüsü geçiren bir Behçet hastamızı takdim ediyoruz.

OLGU : 29 yaşında erkek hasta. Terleme ve bulantı ile birlikte olan ve sol kola yayılan şiddetli göğüs ağrısı nedeniyle koroner bakım ünitesine yatırıldı. Hastada akut anterior miyokart infarktüsü tespit edildi. Beş seneden beri hastada tekrarlayıcı ağız ve genital bölge ülserleri vardı. Beraberindeki göz bulguları ve paterji testi ile hastaya Behçet hastalığı teşhisi konmuştu ve bu nedenle herhangi bir tedavi almamaktaydı.

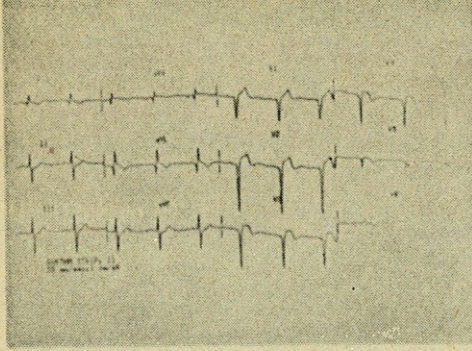
Hastanın kardiyak yönden fizik muayenesinde KB : 130/85 mmHg idi ve S4 mevcuttu.

EKG de sinüzal ritm, sınırdaki sol aksis deviasyonu (-30°), gelişmekte olan yaygın anterior miyokart infarktüsü vardı (Şekil 1). Eko-

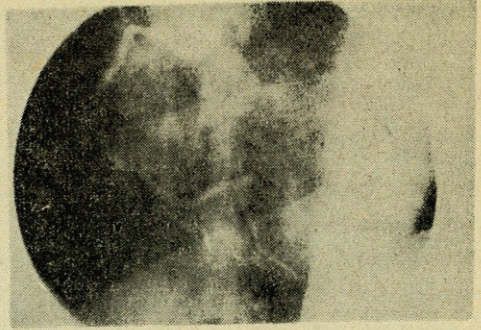
* A. Ü. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Araştırma Merkezi, Araştırma Görevlisi

** A. Ü. Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Kardiyoloji Bilim Dalı, Öğretim Üyesi



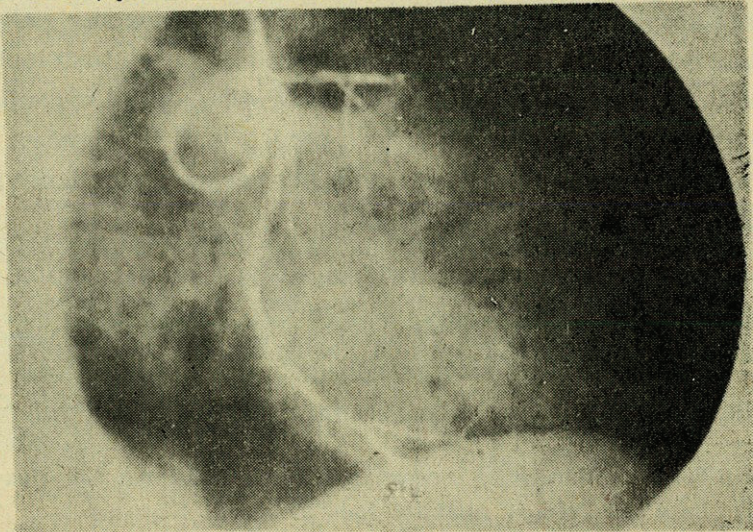
Şekil 1 : Hastanın elektrokardiyogramı.



Şekil 2 : 45° ön oblik pozisyonunda hastanın selektif sağ koroner arteriografisi.

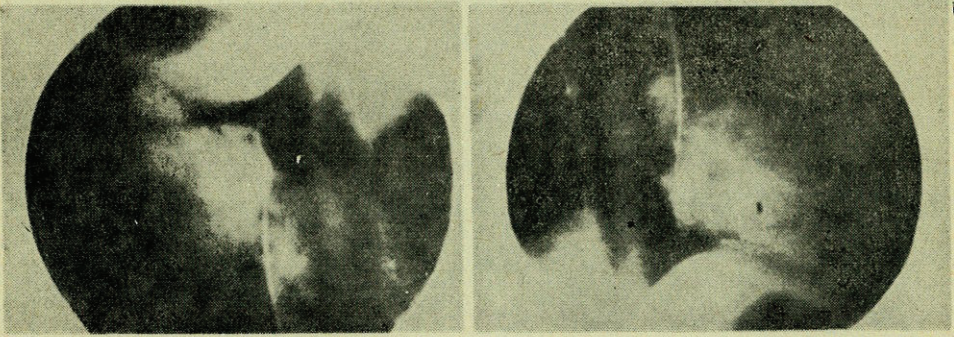
kardiyografide sol ventrikül büyük ($3.8/3.0 \text{ cm/m}^2$) ve mitral E - İnterventriküler septum mesafesi (2.2 cm) artmıştı. Sol ventrikül lateral ve posterior duvar hareketleri iyi olup diğer duvar hareketlerinde ileri derecede hipokinezi tespit edildi.

Judkins tekniği ile yapılan selektif koroner arteriografilerde sağ koroner arter de tıkaçıcı lezyonlara rastlanmazken sol koroner arter ön inen dalında (LAD) 1. septal sonrasında % 80 uzun segmental darlık vardı. Distali kendi içerisinde cılız dolmakta idi. Şekil 2 de sağ koroner arter, şekil 3 de sol koroner arter gösterilmiştir.



Şekil 3 : 30° sağ ön oblik pozisyonunda sol koroner arteriografisi.

Sol ventrikülografilere sol ventrikül apeksinde akinezi vardı. Posterior ve inferior duvar hareketleri normal bulunurken, diğer duvarlarda hipokinezi tespit edildi. Sol ventrikül end diastolik basıncı anjio öncesi 12 mmHg iken, anjio sonrası 19 mmHg ye yükseldi. Sol ventrikülografilere şekil 4 de görülmektedir.



Şekil 4 : 45° sol ön oblik ve 30° sağ ön oblik pozisyonlarda alınan sol ventrikülografilere.

Paterji testi müsbet idi.

Göz muayenesinde Behçet hastalığı ile uyumlu bulgular tespit edildi. Hastada diabetes mellitüs, hipertansiyon, hiperürisemi, kolesterol ve trigliserid yüksekliği ve atheroskleroz için aile anamnezi mevcut değildi.

TARTIŞMA

Behçet hastalığında fibrinoliz defektleri, fibrinojen ve Faktör VIII aktivitesinde artış olmaktadır (2). Bunun sonucu olarak Behçet hastalarında pulmoner ve periferik arterlerde trombotik tıkaçlar bildirilmiştir (1,2,3,4). Arterit ve kronik iltahabi infiltrasyonlarda olabilmektedir (7,8). İster trombotik tıaçlara bağlı olsun, ister arterite bağlı olsun koroner arter tıkanıklıkları ve buna bağlı miyokart infarktüsü Behçet hastalığında çok nadir olgular halinde bildirilmiştir (1,7,9). Tespit edebildiğimiz kadarı ile literatürdeki olgu sayısı üçtür.

Bizim olgumuzda erken yaşda miyokart infarktüsü geçirmesine neden olacak aile anemnezi, hipertansiyon, diabetes mellitüs, hiperlipidemi, hiperkolesterolemi ve obezite yoktu. Bu nedenlerle hastamızdaki miyokart infarktüsü etyolojisinin Behçet hastalığı sonucu koroner arter tıkanması olduğunu düşünmekteyiz. Literatürdeki diğer olgulara benzer olarak bizim hastamızda da koroner lezyonların dağılımı belirgin bir özellik göstermemekteydi. Bir ilginç nokta hastamızda beş

yıldır anginal ağrıların olması ancak yaşı, risk faktörlerinin yokluğu ve Behçet hastalığının ön planda düşünülmesi sonucu koroner arter lezyonunun gözden kaçmasıdır.

Çok nadir olmakla birlikte Behçet hastalığında akut miyokart infarktüsü ve angina pektorisin olabileceği hatırlanmalıdır.

ÖZET

BEHÇET HASTALIĞINDA MİYOKART İNFARKTÜSÜ

Anterior miyokardiyal infarktüslü bir Behçet hastamızı takdim etmek istiyoruz. Behçet hastalığında koroner arter tutulumu çok nadir olarak rapor edilmektedir.

SUMMARY

Myocardial Infarction in Behçet's Disease

We encountered a patient with Behçet's syndrome who had anterior myocardial infarction. Involvement of the coronary arteries in Behçet's syndrome has been only rarely reported.

KAYNAKLAR

1. Bowles CA, Nelson AM, Hammill SC, O'Duffy DJ : Cardiac involvement in Behçet's disease. *Arthritis and Rheumatism* 28 : 345-347, 1985.
2. Chajek T, Aronowski E, İzak G : Decreased fibrinolysis in Behçet's disease. *Thromb Diath Haemorrh* 29 : 610-618, 1973.
3. Enoch BA, Castillo JL, Khoo TCL, Henry L : Major vascular complication in Behçet's syndrome. *Postgrad Med J* 44 : 453-459, 1968.
4. Higashihara M, Mori M, Takeuchi A, Ofita T, Okimoto T : Myocarditis in Behçet's disease *J Rheumatol* 9 : 630-633, 1982.
5. James DG, Thompson A : Recognition of the diverse cardiovascular manifestations in Behçet's disease. *Amer Heart J* 457-458, 1982.
6. Kaseda S, Koiwaya Y, Tajimi T ve ark. : Huge false aneurysm due to rupture of the right coronary artery in Behçet's syndrome *Am Heart J* 103 : 569-571, 1982.
7. Lewis PD : Behçet's disease and carditis *Br Med J* 1 : 1026-1027, 1964.
8. Scarlet JA, Kistner ML, Yang LC : Behçet's syndrome. *Am J Med* 66 : 146-148, 1979.
9. Schiff S, Moffatt R, Mandel WJ, Rubin SA : Acute myocardial infarction and recurrent ventricular arrhythmias in Behçet's syndrome *Am Heart J* 103 : 438-440, 1982.