



Behçet Sendromu: Nörolojik Tutuluş



Dr. Gökhan Keser
E.Ü.T.F. İç Hastalıkları Romatoloji
Aydın Romatoloji Günleri
28 10 2023

Behçet Hastalığı

- Prof. Dr. Hulusi Behçet (1937)
- Üçlü semptom kompleksi
 - rekürren aftöz stomatit
 - genital ülser
 - hipopyonlu üveit



TABLO 1: Uluslararası çalışma grubu kriterleri (ISG).

Kriter	Tanım
1. Oral ülser	Bir hekim tarafından teşhis edilmiş ya da hastanın kendisi tarafından gözlenmiş senede en az 3 kez tekrarlayan aftöz veya herpetiform yaralar
2. Genital ülser	Bir hekim tarafından teşhis edilmiş ya da hastanın kendisi tarafından gözlenmiş aftöz yaralar ya da nedbe dokusu
3. Deri Bulguları	Glükokortikoid kullanımı veya adolesan deri bulguları ile ilişkilendirilemeyen eritema nodozum, psödofolikülit, papulopustular lezyon ve akneiform nodüller
4. Üveit	Bir oftalmolog tarafından teşhis edilmiş anterior veya posterior üveit, yank lamba muayenesinde vitröz hücreler, veya retinal vaskülit
5. Pozitif Paterji testi	Bir hekim tarafından 48-72 saat sonra değerlendirilmiş pozitif test: papül ya da püstül varlığı

Kesin tanı için Oral ülser + herhangi iki bulgu yeterli oluyor.

TABLO 2: Uluslararası Behçet hastalığı kriterleri (ICBD).

Klinik bulgu	Puan
Oral ülser	2
Genital ülser	2
Göz tutulumu	2
Deri Bulguları	1
Vasküler tutulum	1
Nörolojik tutulum	1
Pozitif Paterji testi	1

Kesin tanı: ≥ 4 puan.

Nöro-Behçet Nörolojik Spektrum

- Primer Nörolojik Tutuluş
 - Santral Venöz Sinüs Trombozu (Ekstra-Aksiyal NBS)
 - SSS Parankimal Tutuluş (İntra-Aksiyal NBS)
 - Akut
 - Kronik ilerleyici
 - Nöro-Psiko Behçet Sendromu
 - Periferik sinir sistemi tutuluşu
 - Subklinik NBS
 - Baş ağrısı (migren benzeri; yapısal olmayan)
- Sekonder Nöroloji Tutuluş
 - Kardiyak serebral emboli; VKS sendromuna bağlı KİBAS
 - İlaçlara bağlı: CSA nörotoksisitesi; CD ve talidomid periferik nöropatisi
- Rastlantısal (BS ile ilişkisiz) nörolojik problemler
 - Primer baş ağrısı ve diğer ilgisiz nörolojik sorunlar

NBD- Spektrumu

1) Merkezi sinir sistemi

Prevalans: ~ 5 -10 %

a) Parankimal

- Beyin sapı /Omurilik
- Asemptomatik (sessiz)
- Optik nöropati

75 %

E/ K: 2-4/1

30-35 yaş

b) Parankim dışı

- Serebral venöz sinüs t. (CVST)
- İntrakraniyal anevrizma
- Akut meningeal sendrom

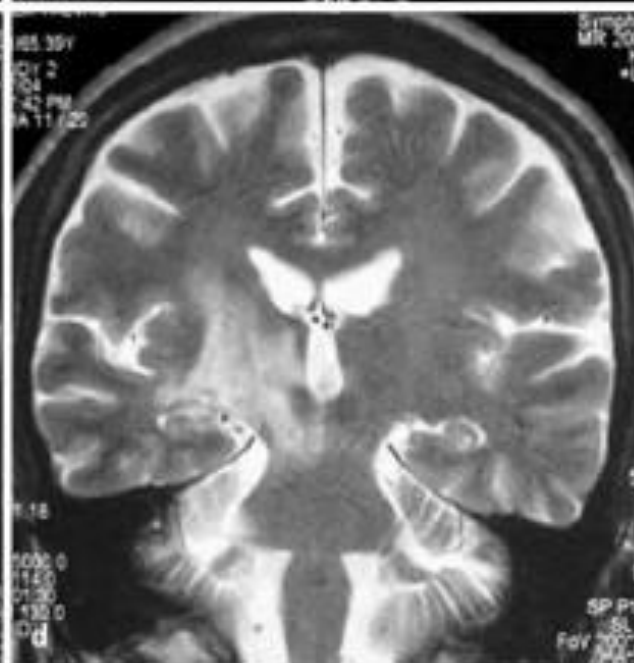
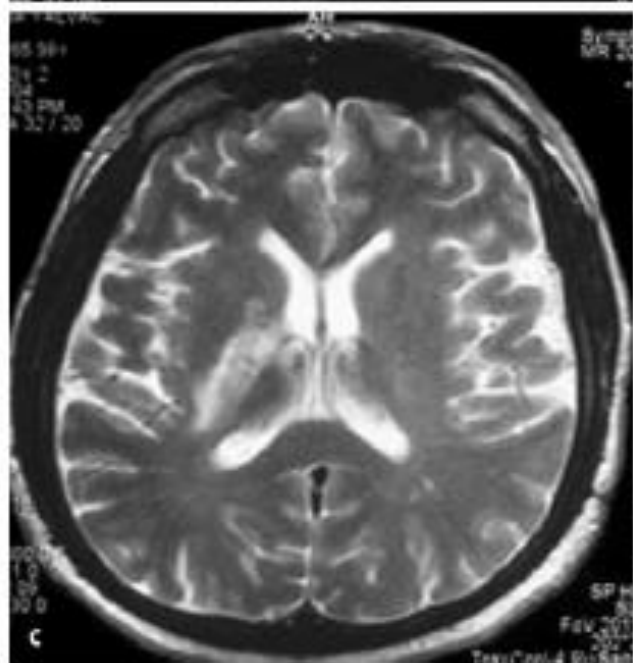
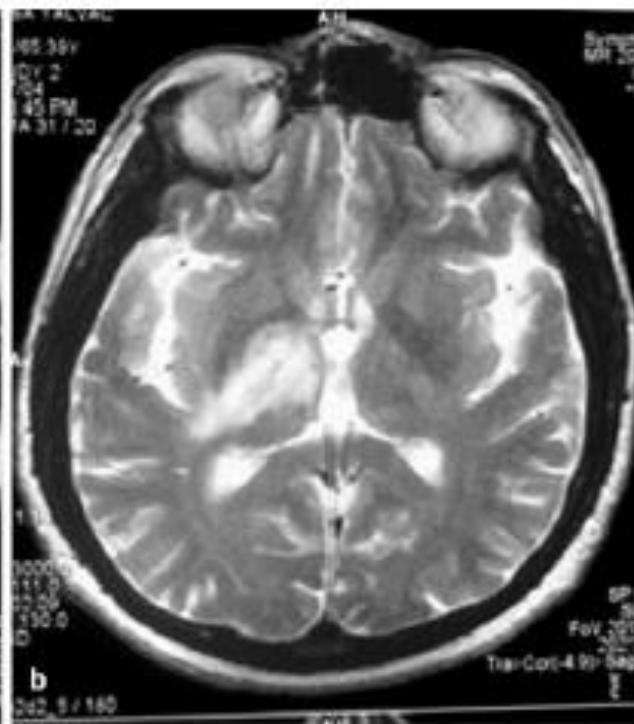
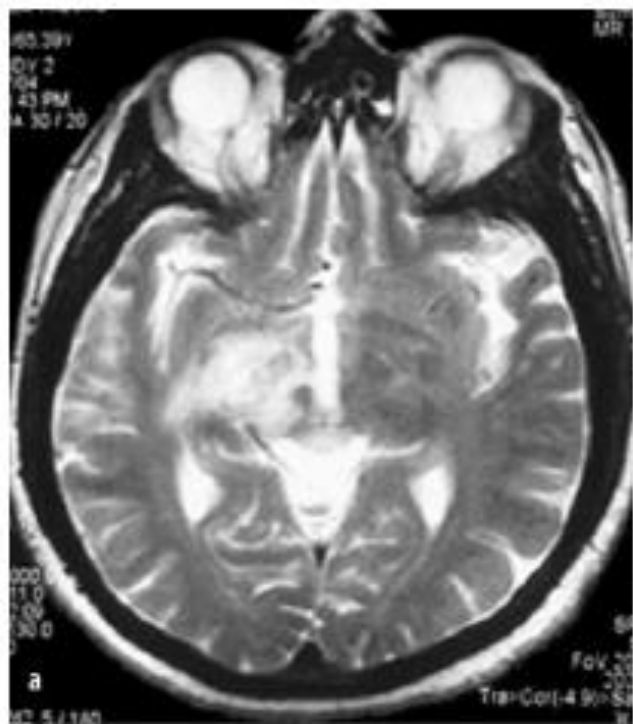
20 %

E/ K: 2-4/1

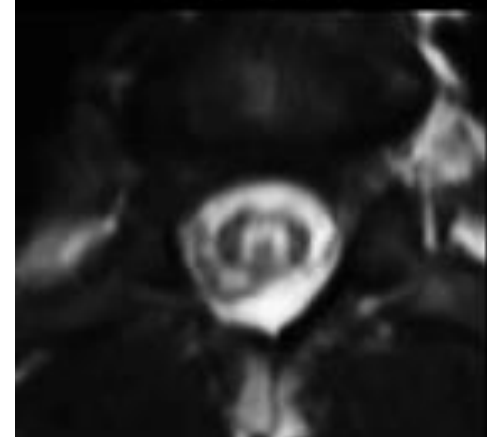
20-25 yaş

2) Periferik sinir sistemi (**BS ile ilişkisi belirsiz**)

Siva & Saip, 2009; Al Araji & Kidd, 2009; Kalra et al, J Neurol 2014
Akman-Demir et al;1999; Siva et al 2001; Kural-Seyahi et al 2003



T2W



NBD Uluslararası Uzlaşı Öneriler -2014

J Neurol

DOI 10.1007/s00415-013-7209-3

REVIEW

Diagnosis and management of Neuro-Behçet's disease: international consensus recommendations

Seema Kalra • Alan Silman • Gulsen Akman-Demir • Saeed Bohlega • Afshin Borhani-Haghighi •
Cris S. Constantinescu • Habib Houman • Alfred Mahr • Carlos Salvarani •
Petros P. Sfikakis • Aksel Siva • Adnan Al-Araji

Uzman görüşü;
Hasta verileriyle
geçerliliği
doğrulanmamış!

- Teşhis/sınıflandırma/ ayırıcı tanı
- Serum ve BOS araştırmaları/Nöro-görüntüleme
- Tedavi yönetimi
- Diğer sorunlar : Baş ağrısı/Sessiz vakalar; Sonuç ölçütleri

NBD Uluslararası Uzlaşı Öneriler -2014

Kalra, J Neurol 2014

- Kesin

A) BS için ISG kriterlerini karşılaması gerek + tipik "Nörolojik sendrom":

1) Klinik; 2) Görüntüleme; ve 3) BOS bulguları

B) Nörolojik bulgular için NBD dışında daha iyi bir açıklama olmaması gerek

- Muhtemel

A) ISG kriterlerini karşılamayan ama NBD'deki gibi Behçet için **tipik** "Nörolojik sendrom"

B) ISG kriterlerini karşılayan ama NBD için **tipik olmayan bir** "Nörolojik sendrom"

- Doğrulanması gerekiyor!

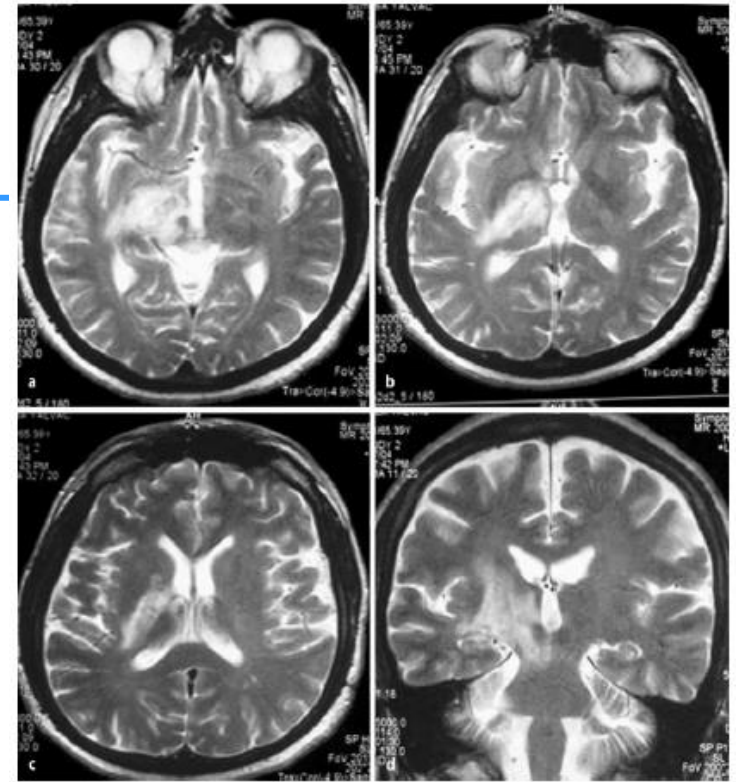
Cerrahpaşa Verisi: Son 7 yılda tanı almış parankimal NBD sadece (34/48), %71'i ISG kriterlerini karşılıyor.

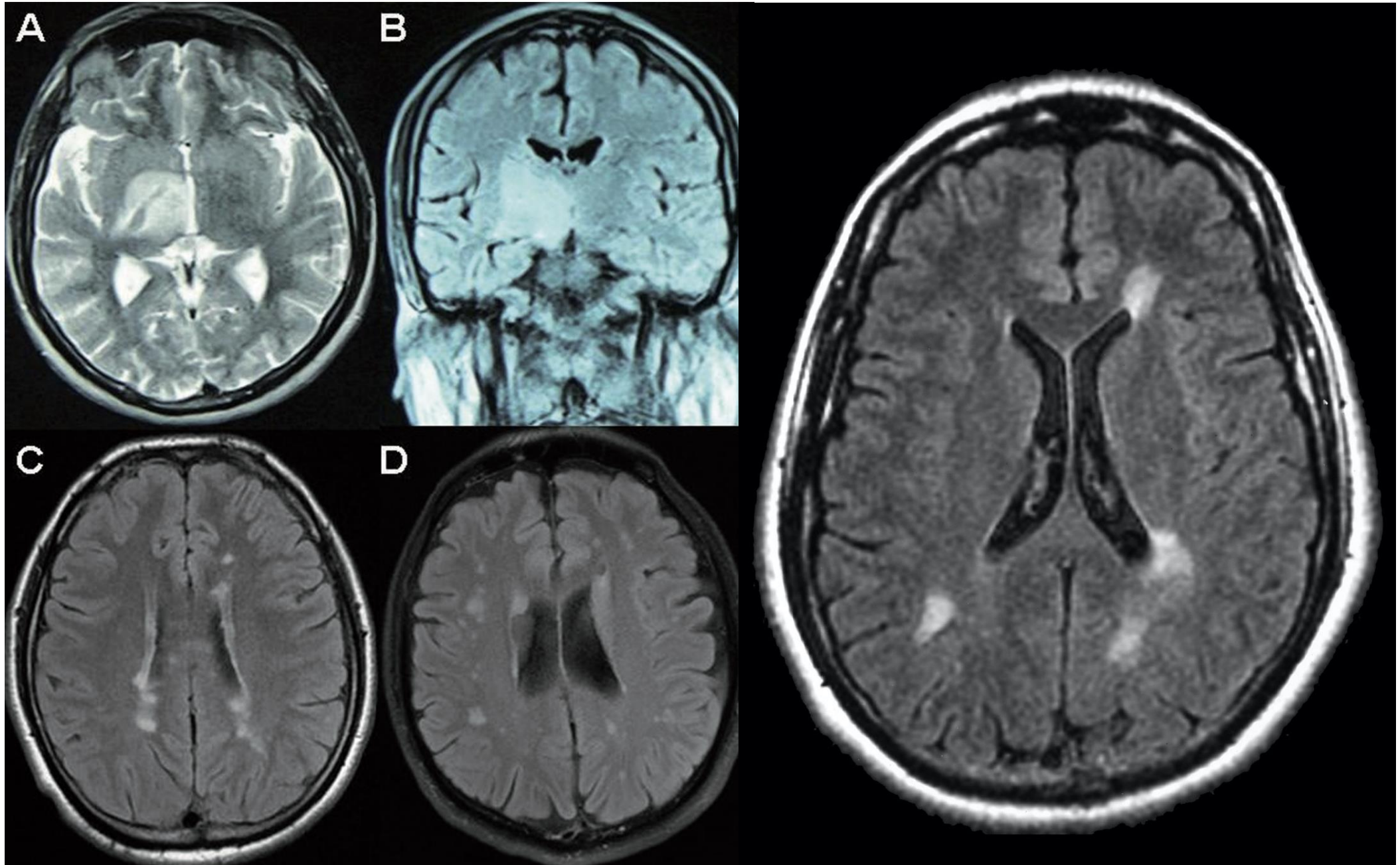
NBS Epidemiyoloji

- Geniş serilerde prevalans %5
- Ancak 20 yıllık izlemde, prospektif çalışmada sıklık: E/K: %13/%5.6
- Genel K/E oranı 4/1
- Ort başlangıç yaşı 26-27 yıl; tanıdan ort. 5 sene sonra
- Sorun SVST ise daha erken başlangıç

Parankimal NBD (75 – 80%)

- Akut -subakut başlangıç: %90
- Belirti ve bulgular:
 - Baş ağrısı, çift görme, mesane veya barsak disfonksiyonu, dizartri,
 - Motor semptomlar, Kognitif ve davranışsal değişiklikler
- BOS muayenesi:
 - **Pleositoz** (PMNL / sonraki lenfositler) /mm³ >> 50 – 100
 - **Yüksek protein seviyeleri** >> 50 mg/l; OKB: nadir ≤ %15
- Yer: **Beyin sapı** tipik tercih yeridir; lezyonlar genellikle ponsu tutar, orta beyin, bazal ganglionlar ve diensefalonu içerecek şekilde yukarı doğru uzayabilir.
- **MRG bulguları neredeyse patognomonik**





Spinal tutulumu

- Torasik bölgede geniş uzun segmentler (3 omur veya daha fazla)
 - “Simit İşareti”: ile merkezi lezyon
 - hipointens çekirdek ve hiper-yoğun kenar
- CNS lezyonları ile birlikte veya izole
- İmmünsüpresif tedaviye iyi yanıt
- Ayırıcı tanı:
- Nöromiyelitis optika (NMO): uzun segment MR
 - lezyonların paterni farklı, NMO Ig (-)

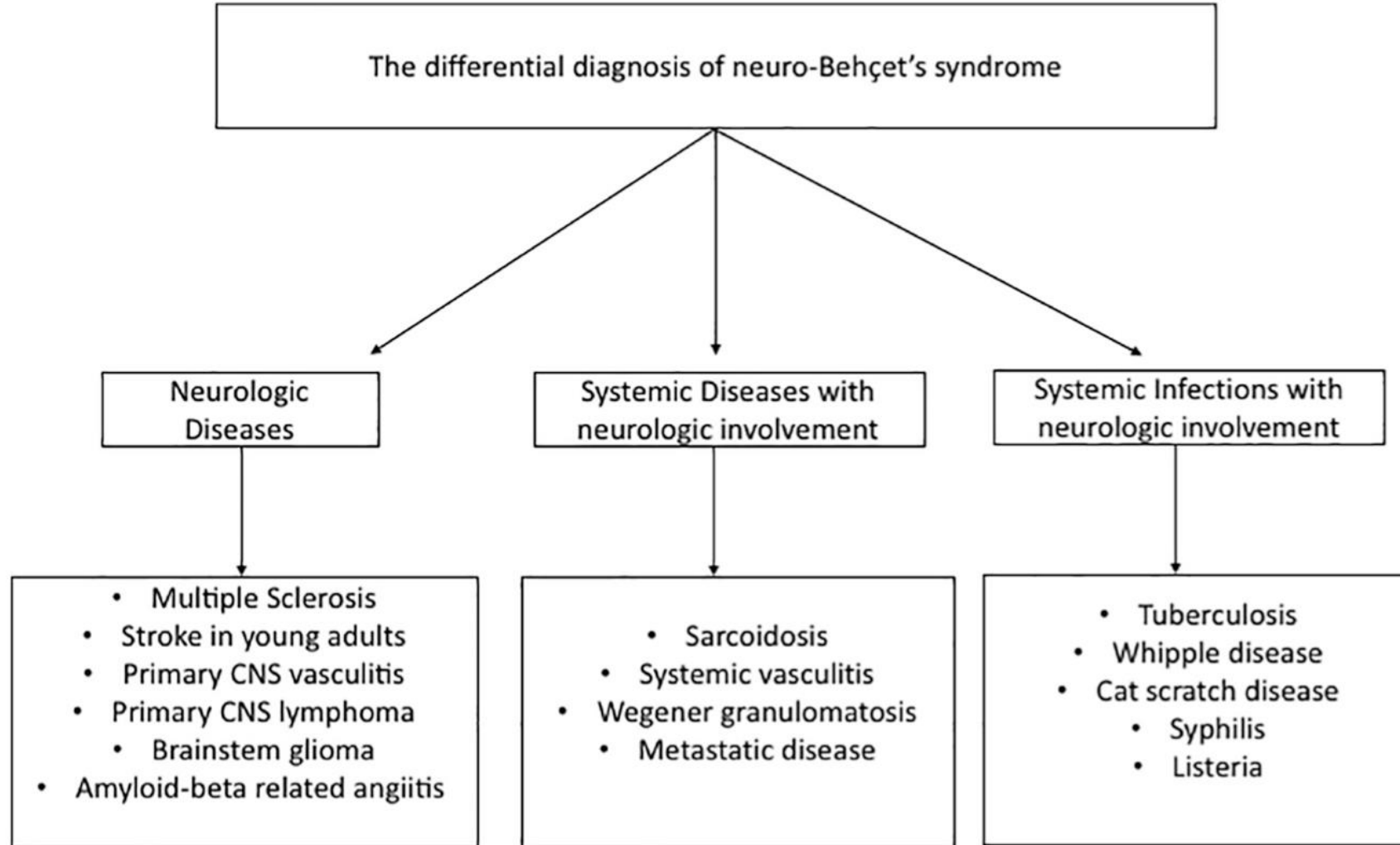
Uygunoglu et al. Ann Neurol, 2017
Liu et al. Medicine (Baltimore), 2017



NBD: Ayırıcı Tanı

Table 3

The differential diagnosis of neuro-Behçet's syndrome.



NBS versus MS

- MS'de sık görülen optik nörit, duysal semptomlar ve spinal kord tutuluđu NBS'da daha seyrek
- MS'de beyin sapı lezyonları küçük ve ayırık; NBS'da geniş ve yaygın
- Supratentoriyal, perivntriküler ovoid lezyonlar ve korpus kollozum tutuluđu MS için tipik; küçük bi-hemisferik ve subkortikal lezyonlar NBS için tipik
- Spinal kort tutuluğu MS'de iki vertebral segmenti pek geçmez; NBS'da ise, NMO gibi daha uzun ve yaygındır.
- NBS BOS analizinde pleositoz belirgin; oligoklonal bant nadir

MS vs pNBD – ayırıcı tanı

MS

- Kadın > Erkek
- Bulgular: optik nörit; duysal, motor, omurilik; beyin sapı; serebellum
- MRG: PV ve JC lezyonları (+++) Beyin sapı lezyonları: küçük, ayırık, ekstansiyon (-), omurilik (++)
- BOS: inflamatuvar değişiklikler (-)
- OCB (+) [>%90]

Parenkimal NBS

- Erkek > Kadın
- Bulgular: baş ağrısı; motor; beyin sapı, serebellar; bilişsel-davranışsal
- MRG: PV ve JC lezyonları (±)
- Beyin sapı lezyonları: büyük, yaygın, yayılım omurilik lezyonları (±)
- BOS: inflamatuvar değişiklikler (+)
- OKB (-) [<15%]

O. Çoban
S. Bahar
G. Akman-Demir
B. Taşcı
S. Yurdakul
H. Yazıcı
P. Serdaroğlu

Masked assessment of MRI findings: is it possible to differentiate neuro-Behçet's disease from other central nervous system

- 34 NBD (12 akut, 22 kronik),
- 22 MS, ve
- 7 SLE hastası
- 2 nöroradyolog
- CNS tutulumu olan hastaların MRI görüntülerini,
- klinik tanılarını ve cins/yaş bilmeden değerlendirmişler.

- Akut NBD için kesin diyagnostik (%100):
 - Beyin sapı ve/veya bazal ganglia öncelikle tutulan yerlerde yaygın, birleşmeye meyilli, beyin sapından diensefalon ve bazal ganglialara uzanım gösteren lezyonlar.
 - Beyin sapı atrofi: NBD için % 97 spesifik.
- Kronik NBD: kesin tanı (%40)
- MS: kesin tanı (% 96)
- Hemisfer ak madde lezyonları:
 - NBD: periventriküler ve diğer alanlarda eşit miktarda dağılmış.
 - MS: periventriküler
 - SLE: periventriküler dışı

Behçet's disease patients with multiple sclerosis-like features: discriminative value of Barkhof criteria

G. Akman-Demir¹, M. Mutlu², A. Kiyat-Atamer¹, E. Shugaiv², M. Kurtuncu³,
I. Tugal-Tutkun⁴, E. Tuzun², M. Eraksoy², S. Bahar²

- 84 hasta retrospektif değerlendirilmiş: 11 (Barkhof +), 74 (Barkhof -)
- MS -benzeri lezyonlar (+): daha fazla kadın, daha sık atak, normal BOS, OKB(+). Beyin sapı lezyonları yok/nadir, MS gibi hemiparezi, hemi-hipoestezi, veya spinal kord semptomları
- Sanki MS hastaları ve Behçet hastalığı birlikteliği (overlap?)

Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis

Frederik Barkhof,^{1,2} Massimo Filippi,⁵ David H. Miller,⁷ Philip Scheltens,^{1,3} Adriana Campi,⁶ Chris H. Polman,^{1,3} Giancarlo Comi,⁵ Herman J. Adèr,^{1,4} Nick Losseff⁷ and Jacob Valk^{1,2}

Godolinyum tutuluşu, jukstakortikal, infratentoriyal ve periventriküler lezyonlar varlığında klinik MS gelişme öngörüsü yüksek

Results. *While the Barkhof- patients (n=73) mostly displayed typical large lesions covering brainstem, diencephalon and basal ganglia regions and neurological findings consistent with brainstem involvement, all Barkhof+ (n=11) patients demonstrated MS-like white matter lesions, fulfilled McDonald's criteria and showed reduced frequency of brainstem symptoms and increased frequency of hemiparesis, hemihypesthesia and spinal cord symptoms. Moreover, the Barkhof+ group had more female patients, increased number of attacks, higher rate of oligoclonal band positivity and less patients with cerebrospinal fluid pleocytosis.*

Conclusion. *A subgroup of BD patients with neurological complaints displays MS-like lesions, fulfills the clinical and radiological criteria of MS and presents with clinical and laboratory features resembling those of MS rather than NBD. These results suggest that Barkhof+ patients are either an overlapping group between NBD and MS, or they represent MS patients with concomitant systemic findings of BD, rather than NBD. Barkhof criteria appear to be effective in discriminating these patients.*

Central Nervous System Peripheral T Cell Lymphoma Manifesting as Lymphomatosis Cerebri That Was Misdiagnosed as Neuro-Behçet's Disease: A Case Report

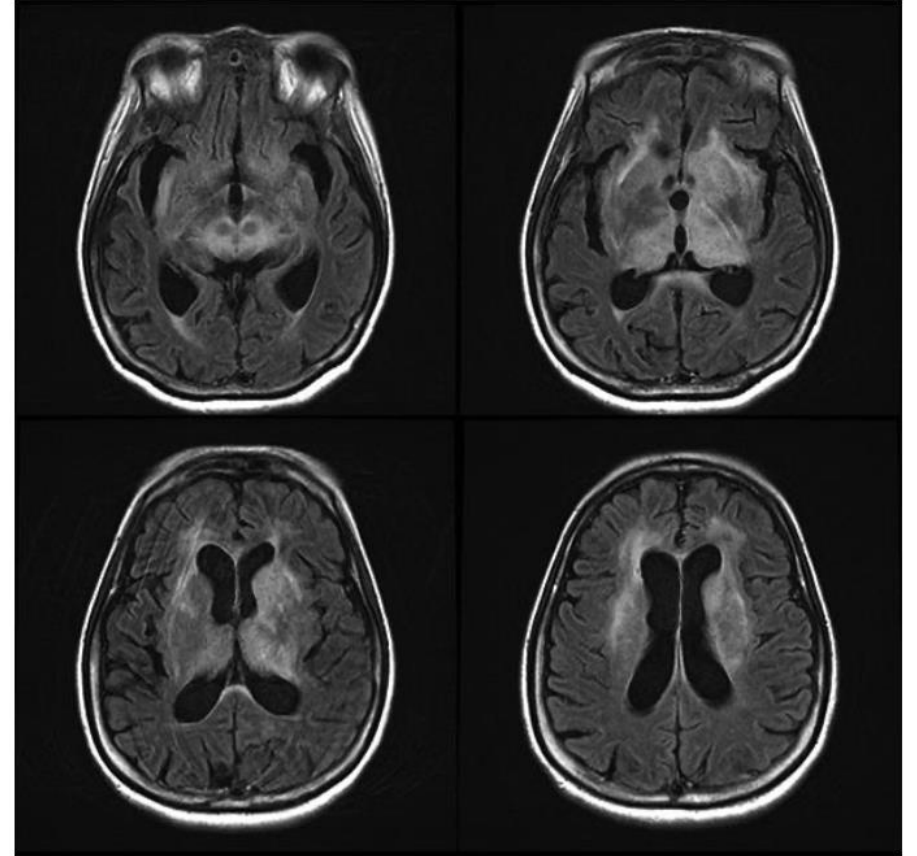
Osamu Imataki Shumpei Uchida Shigeyuki Yokokura Makiko Uemura
Norimitsu Kadowaki

Division of Hematology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kagawa University, Kagawa, Japan

Case Rep Oncol 2018;11:806–813

DOI: 10.1159/000495033

Published online: November 29, 2018

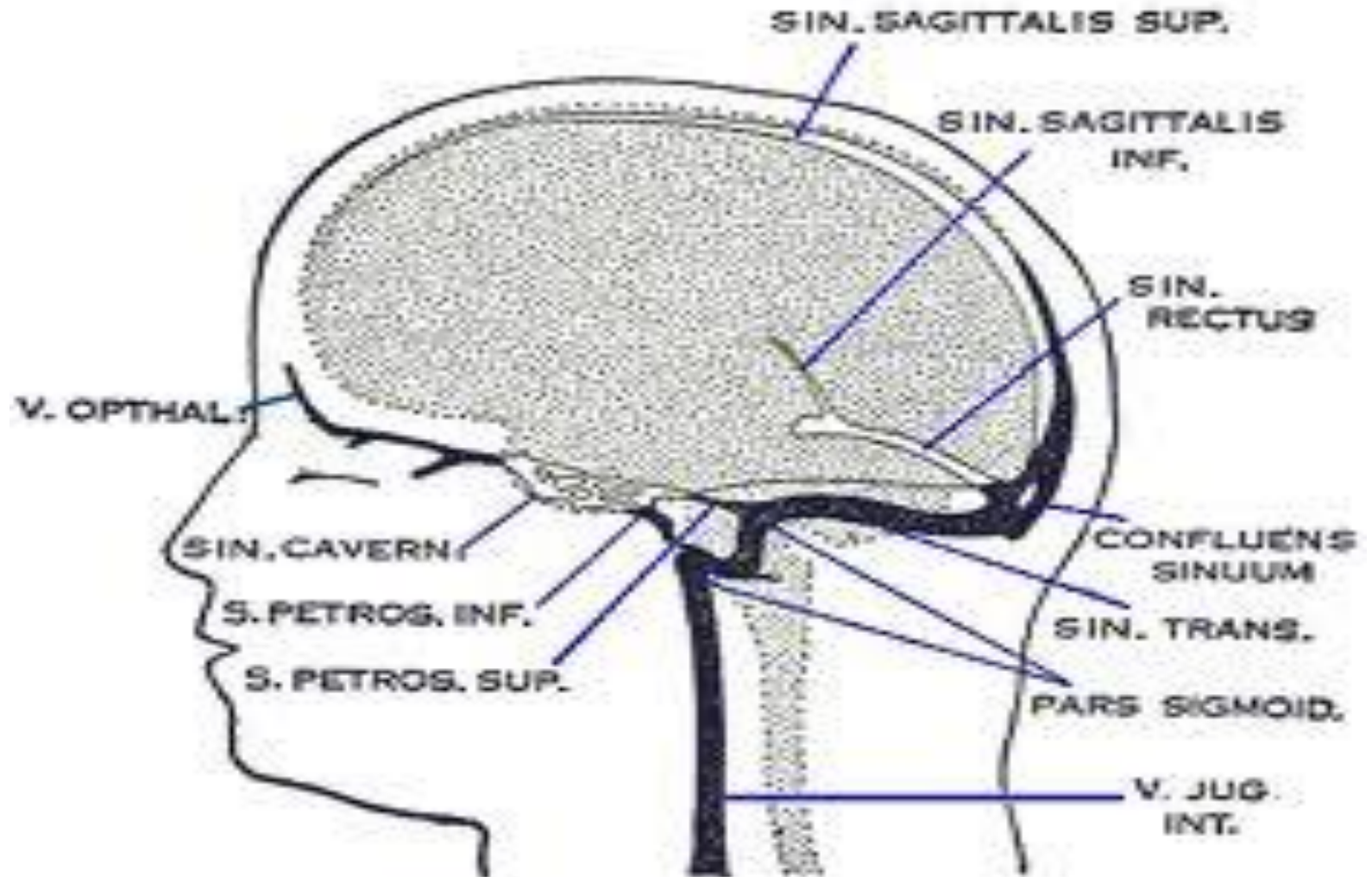


Serebral Sinüs Ven Trombozu Nedenleri

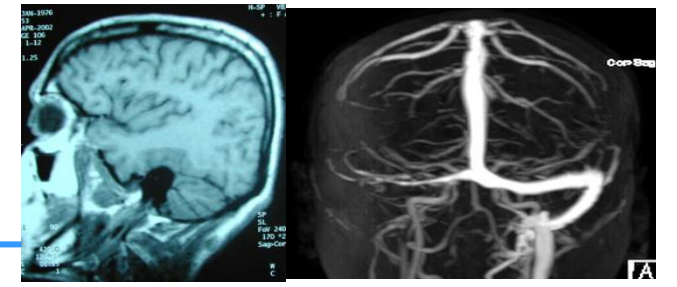
- *Lokal nedenler*
 - *Kafa travması, kraniyotomi, menenjit, AVM*
 - *Sepsis (sinüzit, mastoidit, sellulit)*
 - *Tümörler, santral venöz kateter, kalıcı kalp pili*
- *Sistemik*
 - *Dehidrasyon , gebelik, IBH, malignite, sarkoidoz*
 - *Behçet hastalığı, SLE, SjS*
 - *Homosisteinüri, Nefrotik sendrom*
 - *İlaçlar (HRT, androjenler, L-asparajinaz, ecstasy)*
 - *Kan diskrazileri (lökoz, trombositoz, PNH, orak hücreli anemi, TTP)*
 - *Koagulopatiler (Protein S, C ve AT-III eksikliği, Factor V Leiden ve protrombin gen mutasyonları, AFA'lar)*

Dural Venöz Sinüsler

- superior sagittal sinus
- inferior sagittal sinus
- straight sinus
- cavernous sinuses
- superior petrosal sinuses
- inferior petrosal sinuses
- transverse sinuses
- sigmoid sinuses

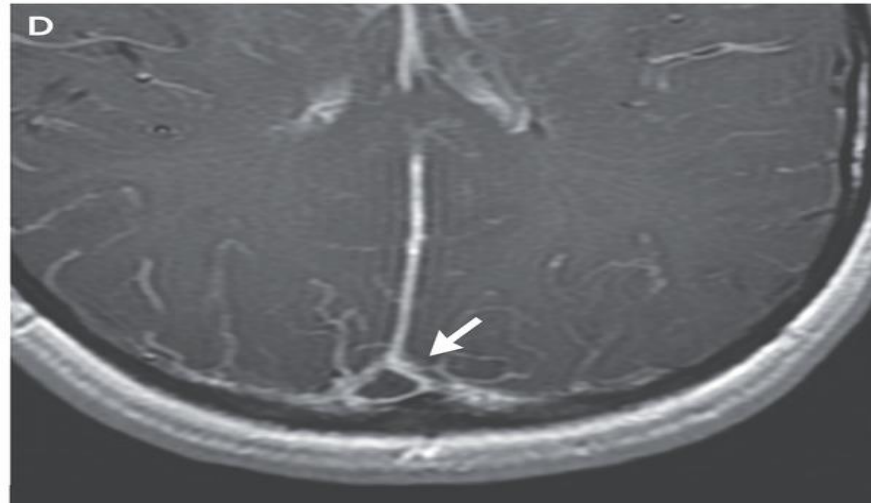
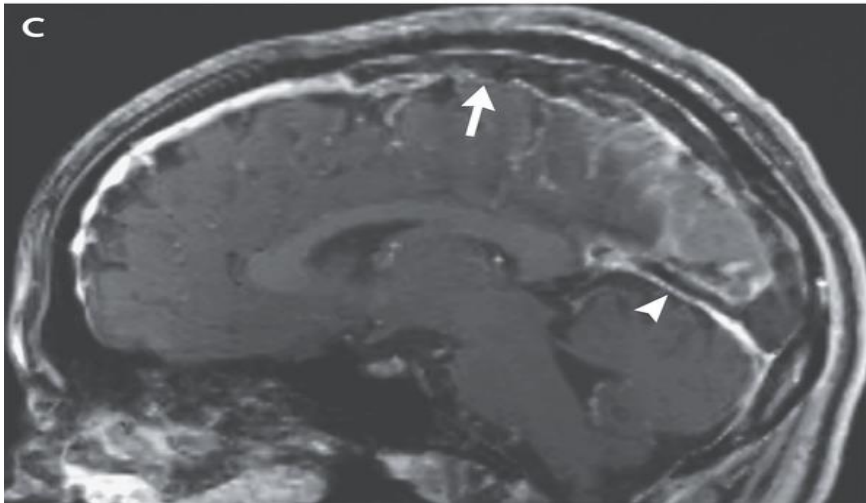
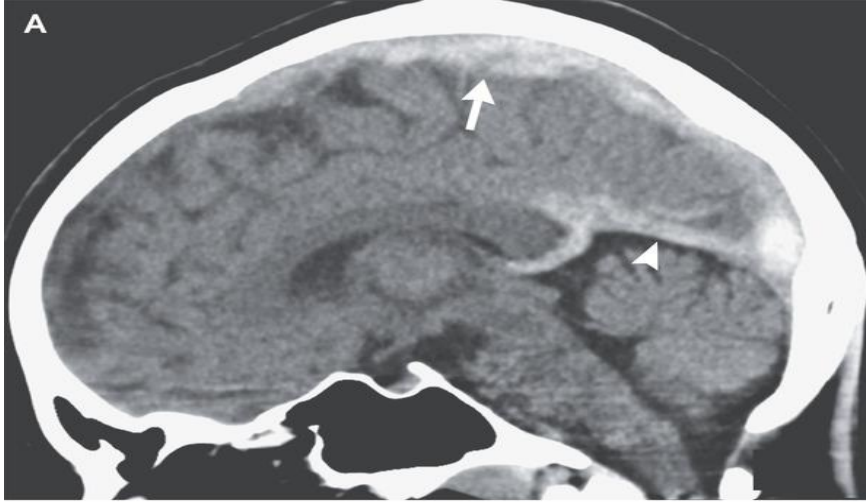


Serebral venöz sinüs trombozu. (10-20 %)

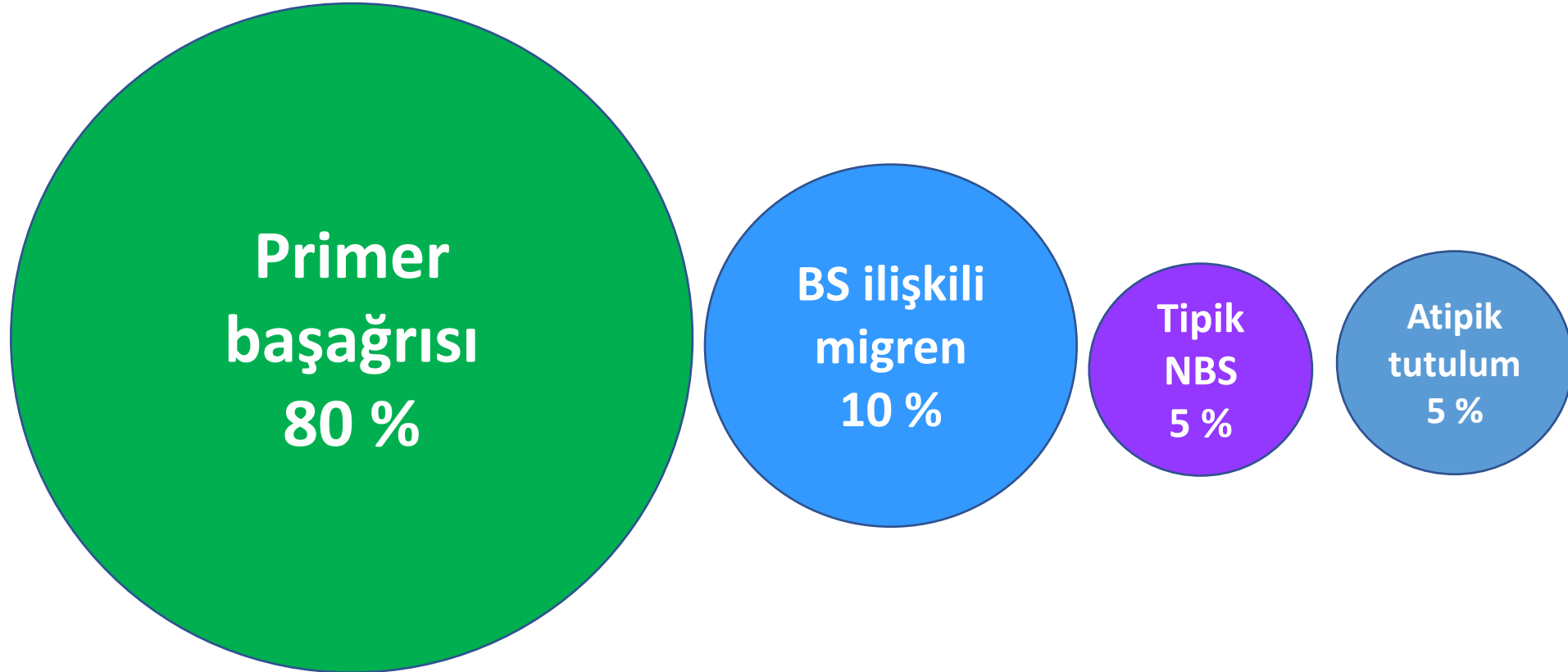


- Büyük damar hastalığının erken belirtisi
- pNS ile birlikte bulunma olasılığı düşük
- Pediatrik grupta sık dominant tutulum tipi
- KİBAS semptomları: artmış kafa içi basınç, papilödem
- Yüksek açılma BOS basıncı/İnflamatuvar yanıt yok
- Nüks nadir / ilerleme nadir
- Optik atrofi %5

- Hastalar ISG kriterlerini karşılamayabilir,
- Birden fazla sinüste tromboz
- Genç erkek
- Subakut / kademeli klinik başlangıç
- Nörolojik bulgular nadir
- Hemorajik venöz enfarkt NADİR/yok!



Behçet Hastasında Baş Ağrısı



NBS Parankimal tutulumda semptom sadece baş ağrısı olabilir!

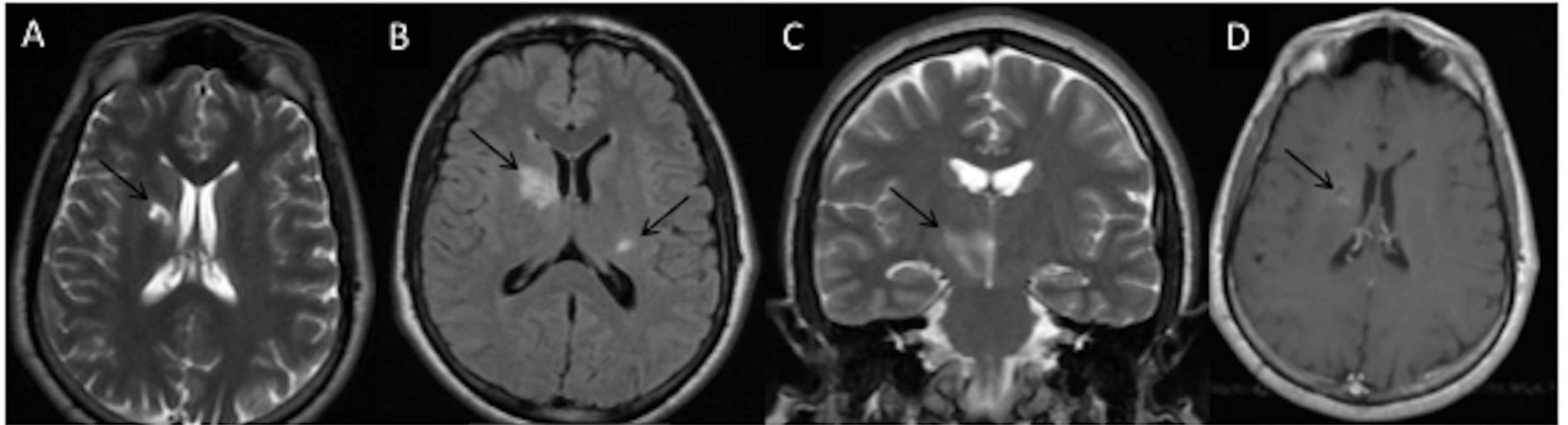


Fig. 2. Cranial magnetic resonance imaging of the patient during the headache episode A) Axial T2W image shows right thalamic lesion. B) Axial FLAIR image shows the lesions at the right thalamus and left internal capsule C) Coronal T2W image reveals an extending lesion from the right thalamus to the mesencephalon D) Axial T1W gd (+) image illustrates the contrast enhancement pattern in p-NBS

BAŞ AĞRISI

- En sık gözlenen nörolojik semptom (%66)
- Birçok neden:
 - Nörolojik tutulum bulgusu: % 5
 - Oküler tutulumla eşlik eden bulgu: % 4
 - Behçet sendromundan bağımsız olarak migren (%15) veya gerilim tipi baş ağrısı (%24)
 - Bilateral, frontal, orta derecede şiddetli paroksizmal, migrene benzer baş ağrısı; deri-mukoza bulgularıyla beraber (%18)

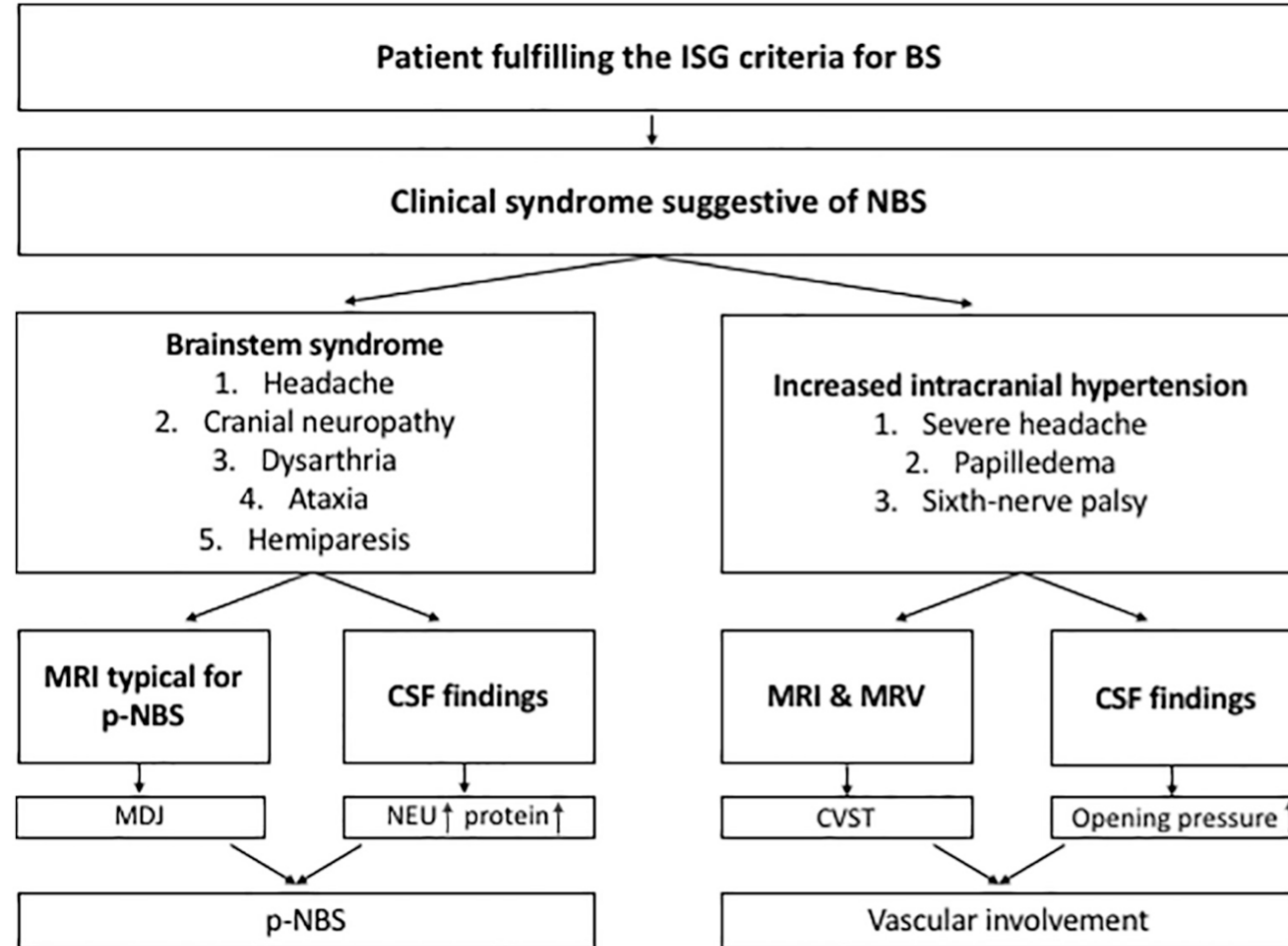
BS migreni klasik migrenden farklı; bilateral, frontal, orta şiddette paroksizmal migren atağı

Table 2.—Headache Types in Patients With Behçet's Disease

Headache Types	n/228 (%)	n/151 (%)
Number of patients with headache	151/228 (66.2)	
1. Headache due to neurological involvement	12/228 (5.2)	12/151 (7.9)
Parenchymal CNS involvement	7 (3.1)	
Cerebral venous thrombosis	5 (2.1)	
2. Headache in association with uveal inflammation	9/228 (3.9)	9/151 (6)
3. Coexisting primary headaches	88/228 (38.6)	88/151 (58)
Tension-type headache	54/228 (23.6)	54/151 (36)
Migraine without aura	32/228 (14)	32/151 (21)
Migraine with aura	2/228 (0.9)	2/151 (1.3)
4. Nonstructural headache of BS	42/228 (18.4)	42/151 (28)

Nörolojik semptomu olan hastaya yaklaşım

Table 4
The diagnostic flow chart of NBS.



Prognoz

pNBS Kötü prognostik faktörler

- Serebellar belirtiler ile başlama
- Aşamalı seyir vs tek atak
- BOS: inflamatuvar değişiklikler
- HLA-B51 (+)

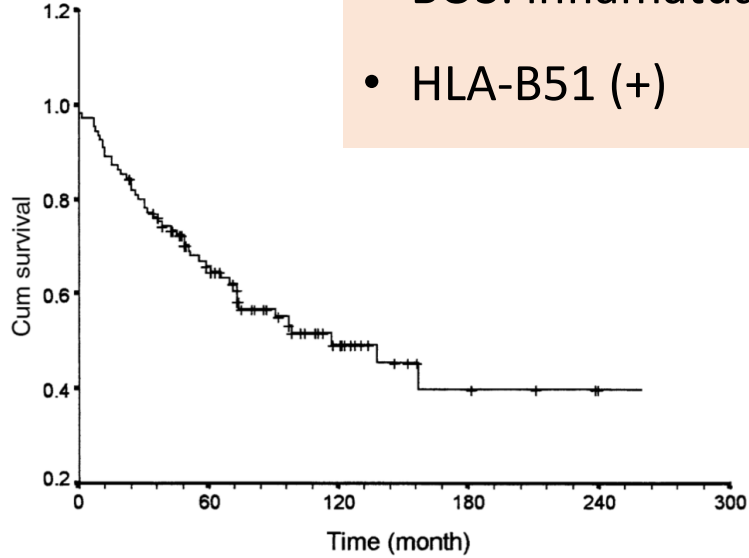


Fig. 2 Event-free survival Kaplan–Meier curve of the whole group with ≥ 3 -year duration of neurological involvement ($n = 110$). ‘Event’ is defined as being either dependent on another person or death. Thus, ‘event-free’ means being independent.

- N= 200 pNBD olan hasta
- Ölüm veya bağımlı olma: 60 % 10 yılda

Akman-Demir, Brain, 1999

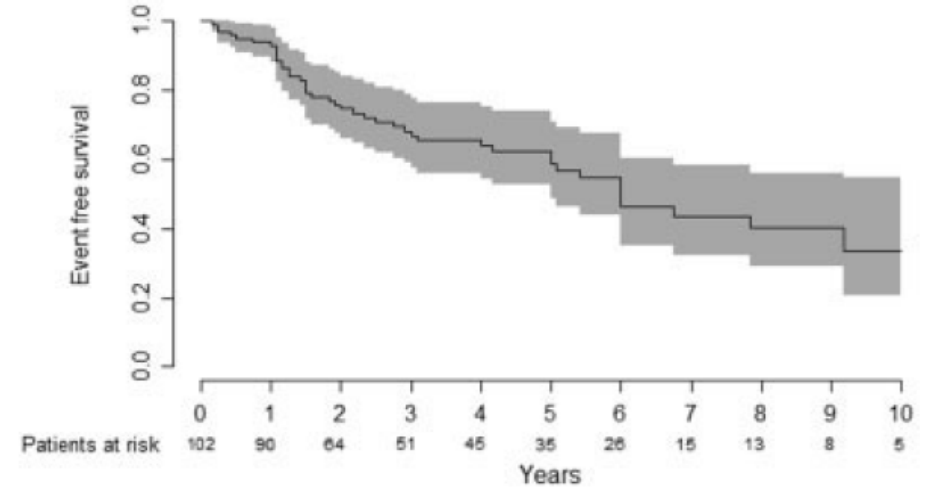


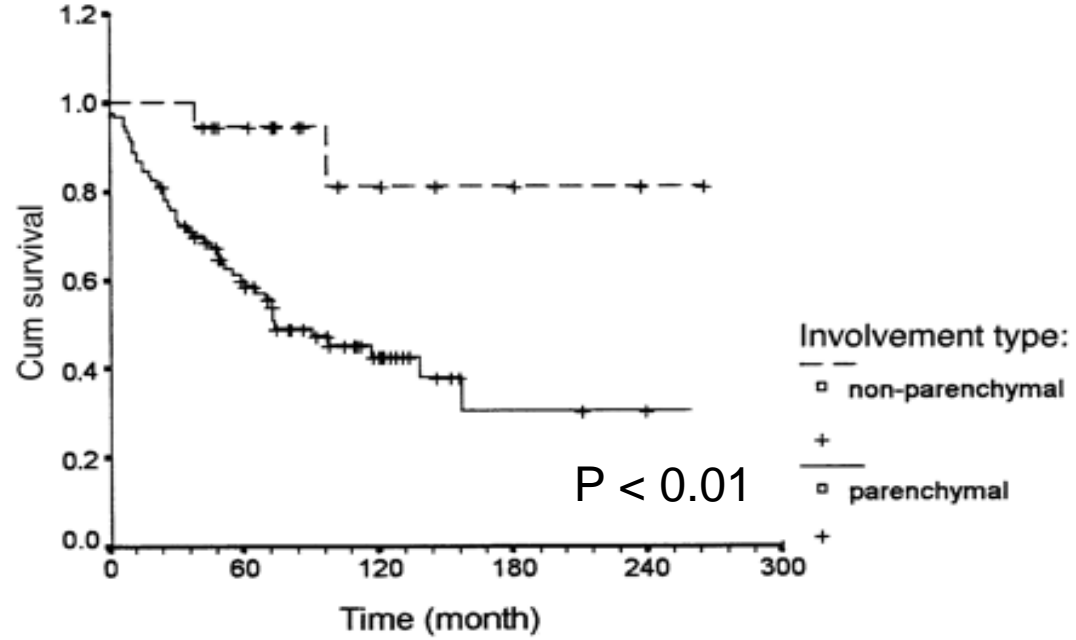
Figure 2. Kaplan-Meier survival curve for 115 patients with neuro-Behçet's disease. The shaded area is the 95% confidence interval.

- N = 115 pNBD olan hasta
- Ölüm veya bağımlı olma: 7 yılda 25 %

Noel, Arthritis Rheum, 2014

SVST: iyi prognoz

Bağımlılık veya ölüm



Akman-Demir, Brain.1999



Siva, J Neurol. 2001;
Al Araji&Kidd, LancetNeuro 2009;
Noel, A & R, 2014

2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome

Gulen Hatemi,¹ Robin Christensen,² Dongsik Bang,³ Bahram Bodaghi,⁴ Aykut Ferhat Celik,⁵ Farida Fortune,⁶ Julien Gaudric,⁷ Ahmet Gul,⁸ Ina Kötter,⁹ Pietro Leccese,¹⁰ Alfred Mahr,¹¹ Robert Moots,¹² Yesim Ozguler,¹ Jutta Richter,¹³ David Saadoun,^{14,15,16,17} Carlo Salvarani,¹⁸ Francesco Scuderi,¹⁹ Petros P Sfikakis,²⁰ Aksel Siva,²¹ Miles Stanford,²² Ilknur Tugal-Tutkun,²³ Richard West,²⁴ Sebahattin Yurdakul,¹ Ignazio Olivieri,²⁵ Hasan Yazici¹

RHEUMATOLOGY

Management of Behçet's syndrome

Omer Karadag ^{1,2} and Ertugrul Cagri Bolek ^{1,2}

Kone-Paut et al. *Orphanet J Rare Dis* 2021, **16**(Suppl 1):352
<https://doi.org/10.1186/s13023-020-01620-4>

Orphanet Journal of
Rare Diseases

POSITION STATEMENT

Open Access

French recommendations for the management of Behçet's disease

Isabelle Kone-Paut^{1*}, Stéphane Barete², Bahram Bodaghi³, Kumaran Deiva^{4,5}, Anne-Claire Desbois^{6,7,8}, Caroline Galeotti¹, Julien Gaudric⁹, Gilles Kaplanski¹⁰, Alfred Mahr¹¹, Nicolas Noel^{12,13,14}, Maryam Piram^{1,15}, Tu-Anh Tran¹⁶, Bertrand Wechsler^{6,7,8}, David Saadoun^{6,7,8*} and Collaborators



Rheumatology 2020;59:iii108–iii117
doi:10.1093/rheumatology/keaa086

Treatment of Neuro-Behçet's Disease
[Murat Kürtüncü](#), [Burcu Altunrende](#) & [Gülşen Akman](#)
Chapter
[First Online: 07 January 2021](#)

Anti-TNF: Infliximab > Adalimumab > Etanercept

- Hasta serileri (min: 4-maks: 18),
 - Türkiye (1), İtalya, Fransa, İspanya, İran, Japonya
- Retrospektif kontrolsüz gözlem; izlem süresi: 12 ay- 54 hafta
- Ataklı progresif > yeni tanı
- AZA, MTX, CyP, interferon ve KS dirençli
- IFX: 5 mg/kg 0., 2, 6. hafta sonra 6-8 haftada bir;
- ADA 14 günde bir 40 mg;
- ETA 50 mg/hafta
- Anti-TNF: AZA/MTX/CyP ile beraber veya tek
- IFX –ADA arası etkinlik açısından fark yok.

*Kikuchi, J Neuro Sciences 2008
Pipitone, Art Care Res 2008
Al-Araji, ISBD Kongre bildirisi, 2010
Giardina, Rheum Int 2011
Vallet, J Autoimm, 2016
Zeydan, Neurology, 2016*

Anti-TNF: Infliximab> Adalimumab>Etanercept

- Deęerlendirme ölçütleri:
 - Atak sıklığı azalıyor
 - Tam/Kısmi remisyon: %50-90; Yanıt: en erken 2. ay ; çoğunlukla 6. ayda
 - EDSS: stabil
 - Radyolojik deęerlendirme: Tam remisyon/Atrofi bulguları stabil
 - BOS IL-6 düzeyleri anlamlı olarak azalıyor.
- İkincil yanıtızsızlık: nadir
- KS dozu azaltılabiliyor/kesilebiliyor (nüks izlenmiyor)
- Anti-TNF kesildikten sonra genellikle 1 yıl içinde nüks sık.
- Çoęunlukla tedavi sürdürölüyor.
- Yan etkiler!:
 - NHL, Tb,
 - üriner enfeksiyon (kateter bağımlı hastada) ve
 - demiyelinizasyon

Kikuchi, J Neuro Sciences 2008
Pipitone, Art Care Res 2008
Al-Araji, ISBD Kongre bildirisi, 2010
Haghighi, Clin Rheum 2011
Giardina, Rheum Int 2011
Vallet, J Autoimm, 2016
Zeydan, Neurology, 2016

Tocilizumab- Olgu serileri

n=5:, optik nörit (n=2), hemiparezi, aksonal nöropati, vasküler migren

Tam remisyon: 3/5 (60%); 2 hastada infüzyon reaksiyon TCZ verilemiyor.

n=3,

2 hastada MS benzeri tutulum/optik nörit, ateşli, kronik progresif ataklı, ağır nörolojik hasar

1 hastada klasik beyin sapı tutulumu

- KS + Infliximab, (İnterferon) ve CyP,
- IV TCZ (2 haftada bir 8mg/kg) 1 ay sonra düzelme
- 1-2 yıl takip: kısmi remisyon

n=1, klasik ateşli, kronik progresif beyin sapı

- Cyp, AZA, dirençli Infliximab (yan etki)
- IV TCZ, 7 ay sonra remisyon

n=2, Klasik beyin sapı tutulumu

- Infliximab altında nöks,
- TCZ sonrası 2. aydan itibaren remisyon

Shapiro, Clin Neuro Neurosurg, 2011
Essaadouni, J Neurol, 2017
Atienza-Mateo, Clin Exp Rheum 2021
Addimanda, Sem Art Rheum 2017
Karabulut, Eur J Rheum, 2021

Recommendations for the Management of Neuro-Behçet's Disease by the Japanese National Research Committee for Behçet's Disease

Shunsei Hirohata¹⁻³, Hirotohi Kikuchi³, Tetsuji Sawada⁴, Masato Okada⁵, Mitsuhiro Takeno⁶,
Masataka Kuwana⁷, Izumi Kawachi^{8,9}, Hideki Mochizuki¹⁰,
Susumu Kusunoki¹¹ and Yoshiaki Ishigatsubo¹²

(Intern Med 59: 2359-2367, 2020)

(DOI: 10.2169/internalmedicine.4705-20)

Erdem Tüzün • Murat Kürtüncü
Editors

Neuro-Behçet's Disease

Pathogenesis, Clinical Aspects, Treatment

ISBN 978-3-030-55272-5

ISBN 978-3-030-55273-2 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-55273-2>

© Springer Nature Switzerland AG 2021

Treatment of Neuro-Behçet's Disease

[Murat Kürtüncü](#), [Burcu Altunrende](#) & [Gülşen Akman](#)

Chapter

[First Online: 07 January 2021](#)

Table 1 Treatment algorithm of neuro-Behçet's disease

From: [Treatment of Neuro-Behçet's Disease](#)

Acute relapse	First-line	Second-line	Third-line
<i>MP</i> : 1 g i.v. 5-10 days ± weekly pulses+ oral MP with very slow taper over months up to 1 year	<i>Azathioprine</i> : 2.5 mg/kg/day p.o.	<i>Cyclophosphamide</i> : 1000 mg/month i.v. 6–12 months	<i>Anakinra</i> : 100 mg/day s.c.
<i>Cyclophosphamide</i> : 1000 mg i.v. infusion or 700 mg/m ² i.v. infusion	<i>Mycophenolate mofetil</i> : 2 gr/day p.o.	<i>Infliximab</i> : 5 mg/kg i.v. 0, 2., 6. weeks than every 2 months	<i>Canakinumab</i> : 300 mg i.v. loading followed by 150 mg i.v. every month. Followed by 150 mg s.c. every month
	<i>Methotrexate</i> : 12.5–25 mg/week p.o.	<i>Etanercept</i> : 25 mg sc. two times per week or 50 mg/week	<i>Tocilizumab</i> : 4–8 mg/kg i.v. infusion every month
		<i>Adalimumab</i> : 40 mg s.c. every 2 weeks	<i>IFN-α</i> : 6–9 MIU/day s.c. for 1 week and tapered down to 3 MIU s.c. three times a week

Son Söz

- Tanı her zaman kolay değil
- Behçet hastasında baş ağrısı !
- Tedavide doğru ajan, zamanlama, tedavi süresi
- Dirençli hastada tedavi yönetimi zor. Taklitçiler düşünölmeli.
- Nörolojik sekel gelişmemesi hedeflenmeli.
 - Erken agresif tedavi!

İlginiz için
teşekkür ederim

