

FİZİKSEL TIP

TAKAYASU ARTERİTİ : 2 OLGU NEDENİYLE

TAKAYASU'S ARTERITIS : A REPORT OF TWO CASES

Gülseren AK MD, Ümit SEÇKİN MD, Pınar BORMAN MD, Kürşat ÖZORAN MD, Selçuk COŞKUN MD

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Samanpazarı 06100, Ankara

ÖZET

Takayasu arteriti (TA) aorta ve onun ana dallarını etkileyen, kronik, idiyopatik, inflamatuvar sistemik tutulum gösteren bir hastalıktır. En sıklıkla 15-25 yaş arasındaki kadınlarda görülmektedir. 40 yaşın üstünde ise çok nadirdir. Burada 60 ve 65 yaşlarında, nonspesifik semptomları bulunan, vasküler yetmezlik semptomları olmayan anjiyografi ile Takayasu arteriti teşhis edilen iki olgu sunulmaktadır. Özellikle 40 yaş üzerinde artrit, artralji, göğüs ağrısı yakımları olan, fizik muayenede kollar arasında 10 mmHg dan fazla kan basıncı farkı olan hastalarda ayırıcı tam da TA akılda tutulmalıdır.

Anabtar kelimeler: Takayasu Arteriti, artralji

SUMMARY

Takayasu's arteritis (TA) is a chronic, idiopathic, inflammatory, systemic disease that primarily affects large vessels, such as the aorta and its main branches. The majority of patients presents with disease between 15-25 years of age. It is not common after 40 years. Herein we present 2 women; 60 and 65 years old, with nonspecific symptoms and lack of vascular insufficiency whom were diagnosed as TA according to the angiography findings. TA must be kept in mind in patients older than 40 years presenting with arthritis, arthralgia, chest pain and who had difference of systolic blood pressure more than 10 mmHg between arms.

Key words: Takayasu arteritis, arthralgia

GİRİŞ

Takayasu arteriti (TA); aortik ark sendromu, aortitis sendromu, nabızsızlık hastalığı, brakiosefalik arterit, oklüziv tromboarteritis, nonspesifik aortarteritis, Mortarell's sendromu gibi çok çeşitli sinonimleri olan, aorta, onun ana dalları (proksimal koroner ve renal arterler dahil) ve elastik pulmoner arterlerin aterosklerotik olmayan, kronik inflamatuvar bir hastalığıdır (1). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber (2.6 vaka/milyon/yıl) olguların çoğu Doğu Asya ülkelerinden bildirilmektedir.(2). %80-90 sıklıkta ortalama 10-30 yaş arası genç kadınlarda görülmektedir. 40 yaşın üstündeki kadınlarda ise oldukça nadirdir. Hastalığın erken döneminde görülen sistemik semptomların hastalığa özgül olmaması nedeni ile genellikle tanı gecikmeyle konulmaktadır.(3). Burada nonspesifik semptomları olup vasküler yetmezlik semptomları bulunmayan, TA teşhisi konulan 60 ve 65 yaşlarında iki olgu sunulmaktadır.

OLGU 1

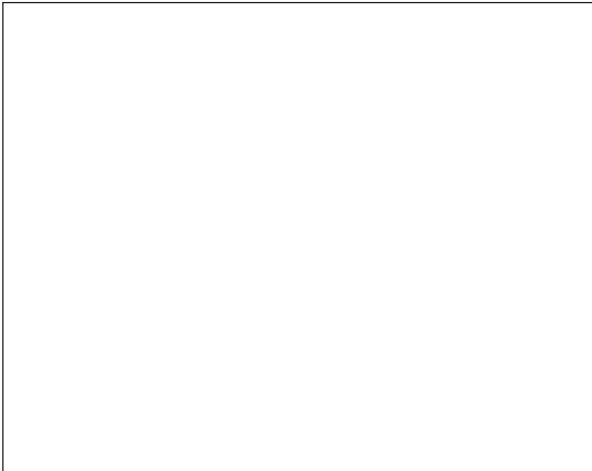
65 yaşında kadın hasta 2 yıldır sol kolda ağrı ve halsizlik, 8 aydır ise zaman zaman istirahatle gelen göğüs ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol kolda tansiyon arteriyel ve radial ve brakial arter nabızları alınamıyordu, sağ kolda kan basıncı 160/90 mmHg olarak bulundu. Kardiyovasküler sistem muayenesinde sol subklavian arter, karotis arter ve kardiyak apeksinde sistolik 2/6 derecesinde üfürüm mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

Laboratuvar incelemelerinde, ESH: 46 mm/saat, Hb: 11.4 g/dl, Htc: 34.8%, MCV:81.2, lökosit:8150³/mL, CRP 6.5 mg/1 (0-5), RF ve ASO negatif olarak bulundu. Kan biyokimyasal incelemeleri, tam idrar tetkiki normal sınırlardaydı. HIV, HCV, HbsAg negatif, IgG,A,M, C3 ve C4 değerleri de normal sınırlarda bulundu. Anti nükleer antikor (ANA) pozitif idi.

Radyolojik incelemesinde, ön-arka akciğer grafisi normaldi. Toraks yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi tetkikinde

spesifik özellik saptanmadı. Renal arter renkli doppler ultrason incelemesi normal sınırlarda bulundu. Her iki üst ekstremit arteriyel sistem renkli dopler ultrasonografik incelemesinde solda daha fazla olmak üzere akım spektrumunda bozulma, sağda %50'ye yakın ve solda %50'den fazla darlık mevcuttu. Dijital Subtraction Anjiyografik (DSA) incelemede, sağ subklavian arter çıkışında %50'ye yakın stenoz ve post stenotik dilatasyon izlendi. Ayrıca aksiller arter distali ve brakial arter proksimaline kadar uzanan uzun dar segment mevcuttu.

Distal akımlar zayıftı ve sol subklavian arter distal kesimde kısa, aksiller arter orta kesimde uzun bir segmentte stenoz saptandı. Aksiller arter distali tıkalı idi. Bu lokalizasyonda kollateral vasküler yapılar izlendi. Brakial arter proksimalden kollateralle dolmaktaydı (Şekil-1-2). Koroner anjiyografik incelemede sağ koroner arter sağ ventrikül dalı öncesinde %30 darlık saptandı. EKO'da sol ventrikül hipertrofisi, 2. dereceden



Şekil 1.2 . DSA ile sağ subklavian arterde %50 ye yakın stenoz

mitral yetmezlik, 1.dereceden aort yetmezliği bulundu. EKG incelemesinde sol ventrikül hipertrofisine ait bulgular mevcuttu. Tele radyografik incelemesinde aort topuzu belirgin olarak değerlendirildi.

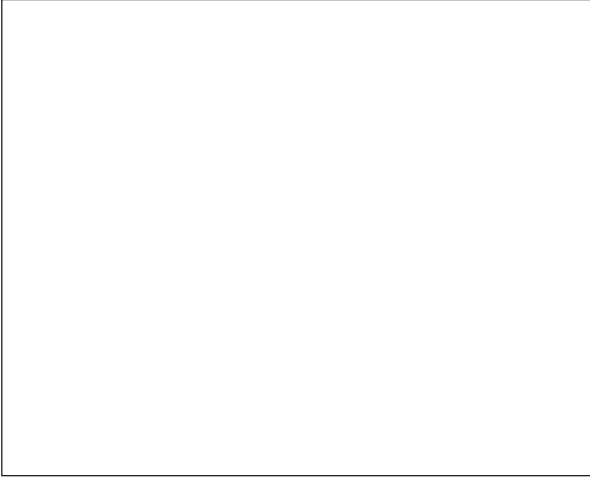
Hastaya bu bulgularla Takayasu Arteriti ve koroner arter hastalığı tanısı konarak medikal tedavi başlandı (Deltacortril 50 mg/gün, Dispril 1x1, Drisentin 3x1 ve diğer antihipertansif ilaçlar). Yapılan kontrol tetkiklerinde ESH'nin 5mm/saat düzeyine gerilediği izlendi. Sol üst ekstremitte brakial ve radial arter nabızları filiform olarak alınmaya başlandı.

OLGU 2

60 yaşında kadın hasta 1 yıldır devam eden ellerinde, ayaklarında ve dizlerindeki ağrı ve 4 aydır süren halsizlik ve ateşle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede tansiyon arteriyel sol kolda 160/90 mmHg, sağ kolda ise 90/60 mmHg idi. Sağ üst ekstremitede radial arter nabızı ve sol alt ekstremitede arteria dorsalis pedis nabızları alınamıyordu. Kas-iskelet sistemi muayenesinde sağ dirsekte fleksiyon kontraktürü, her iki el bileğinde fleksiyonda ağrı ve limitasyon mevcuttu. Her iki el 2. 3. ve 4. Metakarpal eklemlerde ve proksimal interfalangeal eklemlerde şişlik, ağrı ve hassasiyet, sol dizde şişlik ve ısı artışı, fleksiyonda limitasyon izlendi. Diğer sistem bulguları doğal olarak değerlendirildi.

Laboratuar incelemelerinde ESH:97 mm/saat, CRP:96 mg/l, lökosit: 9290 /mL olarak bulundu. ANA ve Anti DNA negatif, Antikardiyolipin antikor IgA, IgM normal sınırlarda, IgG, IgM, C3 ve C4 normal sınırlarda olarak değerlendirildi. Üre:42 mg/dL Kreatinin:1.28 U/mol, kreatinin klirensi:34 ml/dk, 24 saatlik idrarda protein 1175 mg/gün olarak saptandı.

Radyolojik incelemelerde direk akciğer grafisinde ve HRCT'de hastalığa spesifik bir bulguya rastlanmadı. DSA'de sağ subklavian arter çıkıştan tıkalı, proksimalde kollateraller ile dolmaktaydı. Alt ekstremitede ise sağ posterior tibial arterin çıkıştan tıkalı, sol posteri or tibial arterin orta kesimde tıkalı, ayak bileği düzeyinde ise kollaterallerle dolmakta olduğu izlendi (Şekil-3). Abdominopelvik ultrasonografik inceleme ve her iki renal arter renkli doppler ultrasonografik tetkiki normal olarak değerlendirildi. Hastaya Takayasu arteriti teşhisi konarak Ultralan 40 mg/gün, Coraspin 100 mg 1x1/gün, Drisentin 3x1/gün başlandı. Kontrol tetkiklerinde ESH'nin 50mm/saat ve CRP 4,67 düzeyine gerilediği gözlemlendi.



Şekil 3. DSA ile sağ subklavian arterde stenoz

TARTIŞMA

TA de prevelans ve insidans tam olarak bilinmemektedir. İnsidans ve prevalansdaki bu çeşitlilik dünyadaki farklı coğrafik dağılıma, genetik faktörlere ve hastalığa özgül kesin tanı kriterlerinin olmamasına bağlanmaktadır. Sharma ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada İsveç ve ABD'de hastalığın prevelansı yılda 100000 de, 0,26-0,64 olarak bildirilmiştir. İnsidans ile ilgili yayınlarda TA'nin yılda milyonda 2,6 sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir. (4). Literatürde 40 yaş üzerinde TA nadir olarak bildirilmektedir. Gary Hoffman yaptığı bir çalışmada ABD ulusal sağlık enstitüsünün 60 hastayı içeren 25 yıllık TA ile ilgili çalışmalarını derlemiş, hastaların yaş ortalamasının 25, %13'ünün 40 yaş üzerinde olduğunu bildirmiştir (3). Bizim olgularımızda 60 ve 65 yaşında idi. Bu yaş grubu hastalarda TA teşhisini koymadan önce ayırıcı tanı konusunda çok daha dikkatli olunması önerilmekte ve büyük damarları tutan diğer vaskülopatiler, vasküler infeksiyonlar, fibromuskuler displaziler, idiopatik inflamatuvar hastalıklar, yaşlıların dev hücreli arteriti ve sarkoidozisden ayırıcı tanılarının yapılmasının gerektiği bildirilmektedir (3-5). Biz de olgularımızın klinik, laboratuvar ve anjiyografik incelemelerle ayırıcı tanılarını yaptık.

Takayasu arteriti tipik olarak erken dönemde düşük dereceli ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, halsizlik, kuvvetsizlik, miyalji ve artralji, artrit gibi hastalığa özgül olmayan semptomlarla başlar, ardından vasküler inflamasyon fazı ve onu takiben inaktif döneme girilir. Hastalık her zaman bu klasik seyirde gitmeyebilir(2). TA'li hastaların çoğu bu nonspesifik sistemik

semptomlar nedeniyle teşhis konulmadan önce romatoid artrit, ankilozan spondilit sistemik vaskülit, aterosklerotik hastalık, infektif endokardit gibi hastalıklar düşünülerek izlenmiştir. Bu nedenle tanısı aylar veya yıllarca gecikebilmektedir (4,7). Bizim 1.olgumuz göğüs ağrısı, sol kolda ağrı ve halsizlik yakınması nedeni ile koroner arter hastası olarak izlenmekte idi. İkincisi de yaygın eklem ağrısı, dizlerde ve el bileklerinde hareket kısıtlılığı nedeni ile uzun yıllar romatizmal hastalık olarak takip edilmişti. İlaçlardan yanıt alamadığı için kliniğimize başvurmuştu.

TA'de vasküler inflamasyon fazında görülen klodikasyo, nabızlarda azalma veya kaybolma, vasküler üfürüm, kollar arasındaki sistolik kan basıncı farkının 10 mmHg üzerinde olması gibi vasküler iskemik semptomlar hastalığın en önemli tanısız fizik muayene bulgularıdır (4). İki olgumuzda da bu muayene bulguları mevcuttu. Ayırıcı tanı ve teşhiste laboratuvar incelemelerinin hastalığa özgül duyarlılığı düşüktür. Hastalığın aktif döneminde ESH yüksekliği, hafif derecede normokrom normositer anemi ve lökositoz görülebilir. ESH yüksekliğinin aktif dönemdeki vakaların %72'de, remisyonda olan vakaların ise %56'sında yüksek olması hastalığa özgül duyarlılığı tartışmalı kılmaktadır (3,5). Bizim olgularımızda da ESH yüksekliği mevcuttu. Sistemik bir tutulum gösteren TA'de böbrek tutulumu renovasküler yüksek tansiyonla karakterizedir. Mikroskopik hematüri ve proteinüriye sıklıkla rastlanılır (6,7). Bizim ikinci olgumuzda mikroskopik proteinüri ve hafif üre yüksekliği mevcuttu. Renovasküler yüksek tansiyon saptanmadı. TA'de koroner arter hastalığı, hipertansif kalp hastalığı ve aort yetmezliği de sık görülen komplikasyonlardır (8) Birinci olgumuzda koroner anjiyografi ile koroner arterlerde daralma saptandı. Hipertansif kalp hastalığı mevcuttu.

Takayasu arteritinde teşhiste kullanılan radyolojik görüntüleme tetkikleri DSA, spiral Bilgisayarlı tomografi ile anjiyografi, ultrasonografi ve MRI'dir. Bunlardan DSA en önemli görüntüleme yöntemidir (9,11). En sık subklavian arter ve innominate arter (%93), aorta (%65), ana karotid arter (%58) ve renal arterler (%38) de stenoz görülmektedir. Daha az sıklıkla alt ekstremitte arterleri de etkilenmektedir. Bizim olgularımızda da DSA ile kesin teşhis konulmuştur. Ayrıca ikinci olgumuzda sol alt ekstremitede posterior tibial arterde stenoz saptanmıştır. TA'nin hastalığa özgül semptomlarının olmaması nedeni ile hastalığı en iyi tanımlayacak çeşitli tanı kriterleri geliştirilmiş, bunlardan 1990 yılında ACR'nin önerdiği

TA tanı kriterleri %90,5 duyarlılık ve %97,8 özgüllükte bulunmuştur. Tanı kriterlerinden 6 tanesinden 3'ünün olması ile TA teşhisi konulmaktadır (4). Olgularımız bu kriterlere uygundu. Tedavide ilk seçenek kortikosteroiddir (30-60mg/gün). Steroid uygulamasına semptomatik iyileşme görülene kadar ve sedimentasyon düzeyi normale gelene kadar devam edilmesi gerektiği bildirilmektedir (12-13). Biz de steroid tedavisi ile hastalarımızın sedimentasyon düzeyinde gerileme ve semptomatik iyileşme sağladık.

Sonuç olarak Takayasu arteritinde erken dönemdeki nonspesifik sistemik semptomların hastalığa özgül olmaması nedeni ile tanı genellikle gecikme ile konulmaktadır. Özellikle 40 yaş üzerinde nonspesifik semptomlarla başvuran, fizik muayenede kollar arasında 10 mmHg'dan fazla kan basıncı farkı olan hastaların ayırıcı tanısında TA'nin de unutulmaması gerektiği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Raikar S, Rezkalla S, Marshfield. Takayasu's arteritis: a report of three cases. Wisconsin Medical Journal 1994;261-263
2. Kerr G, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, et al. Takayasu arteritis. American College of Physicians 1994;919-929
3. Hoffman S. Takayasu arteritis: lessons from the American National Institutes of Health experience. International Journal of Cardiology 1996;99-102
4. Sharma B.K, Jain S, Suri S, Numano F. Diagnostic criteria for Takayasu arteritis. International Journal of Cardiology 1996; (54):141-147
5. Suwanwela N, Piyachon C. Takayasu arteritis in Thailand: Clinical and imaging features. International Journal of Cardiology 1996;117-134
6. Sharma B.K, Jain S, Sagar S. Systemic manifestations of Takayasu arteritis: The expanding spectrum. International Journal of Cardiology 1996; 149-154
7. Sousa A.E, Lucas M, Tavora I, Victorino M.M. Takayasu's disease presenting as a nephrotic syndrome due to amyloidosis. Postgrad Med Journal 1993;69:488-489
8. Hashimoto Y, Tanaka M, Hata A, Kakuta T, et al. Four years follow-up study in patients with Takayasu arteritis and severe aortic regurgitation; assesment by echocardiography. International Journal of Cardiology 1996;(54)173-17
9. Hata A, Noda M, Moriwaki R, Numano F. Angiographic findings of Takayasu arteritis: New Classification. International Journal of Cardiology 1996;(54):155-163
10. Park JH. Conventional and CT angiographic diagnosis of Takayasu arteritis. International Journal of Cardiology 1996;(54):165-171
11. Yamada I, Numano F, Suzuki S. Takayasu arteritis: Evaluation with MR Imaging. Radiology 1993;188:89-94
12. Pagni S, Denatale R.W, Boltax R.S. Takayasu's Arteritis: The Middle Aortic Syndrome. The American surgeon 1996;(62):409-412
13. Valente RM, Hall S, O'Duffy, Conn DL. Vasculitic Syndromes: In: Kelley WN (ed) Textbook of Rheumatology 5th (ed). Pennsylvania WB Saunders company, 1997: 1088-90