

# Takayasu Arteriti

## Takayasu Arteritis: Differential Diagnosis

Dr. Semih KALYON<sup>a</sup>

<sup>a</sup>3. Dahiliye Kliniği,  
Okmeydanı Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 18.11.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 09.01.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Semih KALYON  
Okmeydanı Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
3. Dahiliye Kliniği, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
semihkalyon@hotmail.com

**ÖZET** Takayasu arteriti başlıca aort kavsini ve aortanın ana dallarını etkiler. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Dev hücreli vaskülitler içinde yer alır ve obliteratif bir arteriopatidir. Takayasu arteriti ayrıca nabızsızlık hastalığı, aortik arterit, aortik ark sendromu, oklüziv tromboartropati, karotis ve subklavyan arterlerin obliteratif arteriti, idiyopatik medial aortapati olarak da bilinir. En sık olarak doğu ülkelerinde görülmektedir. Hastaların %80-90'nı kadınlardır ve hastalığın başlangıç yaşı sıklıkla 10-30 yaşları arasındadır. Arterin tüm duvarını etkileyen granülamatuar enflamasyon hastalığın tipik bulgusudur. Klinik belirtiler başlangıçta nonspesifik olmakla birlikte, ilerleyen dönemde arterin tutulum gösteren bölgesine göre vasküler yetmezlik bulguları görülebilir. Hastalığın esas tanı metodu anjiyografidir. Aktivite kriterleri C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızıdır. Tedavide öncelikle kortikosteroidler kullanılır. Ek tedaviye ihtiyacı olan hastalara cerrahi girişimler uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Takayasu arteriti; vaskülit; aort

**ABSTRACT** Takayasu arteritis effects the main branches of the aorta and the principal arcus aorta. It's ethology is unknown yet. It is an obliterative arteriopathy and existed in the giant cell vasculitis. Takayasu arteritis, also it is known as idiopathic medial aortopathy, or carotis and subclavian arteries's obliterative arteritis, or occlusive arteritis, or aortic arc syndrome, or aortic arteritis, or pulselessness disease. It is seen in eastern countries frequently. 80-90% of the patients are women and the beginning age of the disease is between 10-30 years old. Granulamatuar inflammation which effects all parts of the arterial wall is typical finding of the disease. Although clinical signs are non-specific at onset, vasculary insufficiency symptoms can be occurred according to the affected region of artery at the oncoming period. Angiography is the main diagnostic method of this disease. CRP and eritrocyte sedimentation rate are the activity criterias. Corticosteroids are used principally in the treatment. The surgical procedures can be performed to the patients who need additioinal therapy.

**Key Words:** Takayasu arteritis; vasculitis; aorta

**Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2009;21(3):499-501**

**T**akayasu hastalığında arkus aorta ve dalları, pulmoner arterler, torasik ve abdominal aorta tutulabilir. Akut dönemde ateş, gece terlemeleri, yorgunluk, kırıklık, artralji ve/veya artrit ve miyalji gibi spesifik olmayan sistemik şikayetler vardır. Çoğu olgu üst ekstremitelerin vasküler yetersizlik semptomlarına sahiptir ve kollarda güçsüzlük, yorgunluk tanımlarlar. %95 olguda radial ve ulnar arter pulsasyonlarının alınmaması, karotis pulsasyonlarının azalması ya da kaybolması görülebilir.

Hastaların çoğunda sağ ve sol kol arasındaki kan basınç farkı 10 mmHg'dan fazladır. Hastaların yaklaşık olarak yarısında ise sistemik hipertansiyon görülmektedir. Postüral tipte baş dönmesi siktir ve ciddi karotis ve/veya vertebroziller sistemin oklüzyonunu gösterir. Aortik arkın serebral dallarının tutulumuna bağlı olarak baş ağrısı, görmede bulanıklık, geçici iskemik ataklar ortaya çıkabilir.<sup>1</sup>

Laboratuvar bulgusu olarak yüksek sedimentasyon, fibrinojen ve gamaglobulin düzeylerinde artış ile normokrom normositer anemi tespit edilebilir.

Hastalığın tanısının konulmasında altın standart anjiyografi olmakla birlikte bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), ekokardiyografi, Doppler ultrasonografi (USG), pozitron emisyon tomografisi ise yardımcı tetkiklerdir.

1990 yılında kabul gören sınıflandırma kriterlerine göre; başlangıç yaşının 40'dan küçük olması, ekstremitelerde kladikasyonu, brakial arter atımının zayıflaması, iki kol arasında 10 mmHg'dan fazla sistolik basınç farkının olması, subklavyan arter veya aorta üzerinde üfürüm olması, arteriyografik bulguların mevcudiyeti kriterlerinden her hangi, en az üçünün bulunması gereklidir.

## OLGU SUNUMU

SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine baş ağrısı şikayeti ile başvuran 19 yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu olarak; tansiyon arteryel sol kolda 230/90 mmHg ve sağ kolda 90/60 mmHg, sağ üst ekstremitelerde nabız zayıflığı ve bilateral alt ekstremitelerde nabızlarının alınamaması, en fazla aort odağında olmak üzere tüm kardiyak odaklarda duyulabilen, karotise yayılımı olan 3/6 sistolik üfürümünün varlığı tespit edilmiştir.

Serviste yatışı esnasında rutin tetkikleri yapılan hastanın normokrom normositer hafif bir anemisi dışında patolojik laboratuvar bulgusuna rastlanılmadı. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde de özelliği olmayan hastanın elektrokardiyografi ve PA Akciğer grafisi de normaldi.

Ekokardiyografi tetkikinde patolojik olarak; inen aorta başlangıcında aorta da inceltme ve bu seviyede aortanın yaklaşık olarak 1.5 cm olarak saptanması, bu noktadan yaklaşık 0.1 cm'den sonra aortanın 0.4 cm olarak tespiti yine 0.5 cm sonra ise 0.8 cm olarak ölçülmesi raporlandı ve sonuçta inen aortada fuziform daralma mevcudiyeti belirtildi.

Doppler USG'de anormal bulgu olarak; sol karotis kommunis arter duvarı ileri derecede kalın olup lümeninin tamamen oklüze olması, solda çok sayıda değişik boyutta vaskülarizasyonu sağlayan kollateralleri, sağ karotis kommunis arter duvarının kalın olup lümeninde alan hesabına göre %85 oranında darlığa sebep olması, sağ vertebral arter hipoplazikliği tespit edildi.

Torakal ve abdominal aort MRG tetkikinde ise patolojik bulgu olarak; arkus aortadan çıkış seviyesinden itibaren trunkus brakiosefalikusun yokluğu, sağ karotis kommunis ve subklavyan arterin kollateraller yolu ile dolması ve ince görünümü, sol karotis kommunis ve subklavyanın trunkus şeklinde aortadan ayrılması, inen aortada ve torakal aortada çölyak trunkus seviyesine kadar stenoz tespit edildi.

Arteriyografisi yapılan hastanın normalin dışında olarak; brakiosefalik trunkus ve sol karotis kommunis arterin arkus aortadan çıkımından itibaren oklüzyonu, boyun bölgesinde kıvrımlı ve çok sayıda kollateralleri, torakal aorta orta segmentinde yaklaşık olarak %65-70 oranında darlığı ve post-stenotik dilatasyonu, çölyak trunkusta %80-85 oranında darlığı, sağ eksternal iliyak arter distalinde akım hızında belirgin azalma ve türbülansı, sol eksternal iliyak arter distalinde oklüzyonu rapor edildi.

Tüm bu bulgular ışığında hastaya takayasu arteriti tanısı konulu ve medikal tedavisi başlandı.

## TARTIŞMA

Takayasu hastalığında hastalık aktivitesinin belirlenmesinde sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein düzeyleri önemli 2 parametre olduğundan takipler bunlar ile yapılır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, özellikle Park ve ark. tarafından yapılan

bir çalışmada, tümör nekroz faktörü (TNF)-alfa, interlökin (IL)-6 ve IL-18 düzeyi; kontrol grubuna göre takayasu hastalığı olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Yine hastalar içinde IL-6, IL-18 aktif hastalığı olanlarda aktif olmayanlara göre yüksek değerler tespit edilmiştir. Özellikle IL-18 hastalık aktivitesi ile iyi korele olup hastalığın aktivitesinin takibinde kullanılabilir.<sup>2</sup>

Hastalığın tedavisinde prednizon 1 mg/kg/gün dozunda başlanır, 8-12 haftalık tedavi süresince hastalığın aktivite kriterleri kontrolleri ile günde 10 mg prednizon dozuna kadar azaltılarak tedaviye devam edilir. Kortikosteroid tedaviye yanıt alınmayan hastalarda siklofosamid 2 mg/kg/gün, 25 mg/gün'e kadar olan dozda metotreksat ve günde iki kez 1500 mg mikofenolat mofetil kullanılabilir. Hastamıza bu tedavi seçeneklerinden 1 mg/kg/gün dozunda steroid tedavisi başlandı.

Antihipertansif tedavi olarak hastamıza bilateral renal arter stenozu ekarte edildikten sonra anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü başlandı ve böbrek fonksiyonlarının yakın takibi yapıldı.

Aspirin ve dipiridamol gibi antitrombosit ajanlar geçici nörolojik semptomlu olgularda denenebilir. Hastamızın baş ağrısı şikayeti tansiyon arteriyel kontrol altına alınınca geçtiği ve nörolojik semptoma sahip olmadığı için ek tedavi bu yönden düşünülmedi.

Molloy ve ark. tarafından anti-TNF tedavisi; infliksimab veya etanersept kullanımı ile ilgili başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Anti-TNF tedavisi ile kullanılan steroid dozunda azalma sağlanabilir ve steroidin yan etkilerinden korunulabilir.<sup>3</sup>

Cerrahi endikasyonlar içinde renal arter stenozu ile ilişkili hipertansiyon, günlük aktiviteyi engelleyen ekstremitte iskemisi, en az 3 serebral damarda %70'i geçen darlık, santral sinir sistemi iskemisi, orta derecede aort yetmezliği ve koroner arter stenozuna bağlı kardiyak iskemi sayılabilir.<sup>4,5</sup>

Hastamızın ilk planda medikal tedaviye ek cerrahi gerektirecek patolojisi düşünülmediğinden steroid tedavisine ayaktan devamı ve kontrollere gelmek üzere taburculuğu yapıldı.

## KAYNAKLAR

1. Soto ME, Espinola N, Flores-Suarez LF, Reyes PA. Takayasu arteritis: clinical features in 110 Mexican Mestizo patients and cardiovascular impact on survival and prognosis. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26(3 Suppl 49):S9-15.
2. Sasae Y, Morita Y, Sakuta T, Satoh M, Sasaki T, Kashihara N. Abdominal pain as the initial presentation of Takayasu arteritis. *Mod Rheumatol* 2008;18(5):496-8.
3. Molloy ES, Langford CA, Clark TM, Gota CE, Hoffman GS. Anti-tumour necrosis factor therapy in patients with refractory Takayasu arteritis: long-term follow-up. *Ann Rheum Dis* 2008;67(11):1567-9.
4. Tann OR, Tulloh RM, Hamilton MC. Takayasu's disease: a review. *Cardiol Young* 2008;18(3):250-9.
5. Şanlı M, Üstünsoy H, Topal M, Sivriköz MC, Elbeyli L. Takayasu's arteritis: a case report. *Türkiye Klinikleri J Cardiology* 2000;13(6):448-51.