

**ABDOMİNAL AORTA VE RENAL ARTERLERİ TUTAN
TAKAYASHU HASTALIĞI**

Dr. Cavit Sökmen*

Dr. Tokay Baycın**

Dr. A. İlhan Özdemir***

Dr. Behçet İzırak****

Bundan evvel kliniğimizden Aorta kavsini tutan üç Takayashu hastalığı vak'ası neşir edilmiştir (1, 2, 3). Yiğitbaşı ve Özer kendi iki vak'ası ile beraber şimdiye kadar Türkiye'de 8 vak'a neşir edildiğini bildirmektedirler (4, 5, 6). Bize artar basınç yüksekliği sendromu ile müracaat eden, genç bir kadın hastada gördüğümüz Abdominal Aorta ve iki taraf renal arter leziyonunu Takayashu hastalığına bağlıyoruz.

Vak'a : N. P. 23 yaşında kadın öğretmen (Prot. No : 15743/1465). Başında ağırlık hissi, boyun ve omuzunda sertlik ve uyuşma şikâyeti ile 23.11.1965 tarihinde kliniğimize müracaatla yatırıldı. Hasta 1961 Haziran ayında babasının ölmesi üzerine fenalık geçirmiş ve onu müteakip devamlı baş ağrısı ve unutkanlık başlamış. Aynı zamanda dizlerinde daha fazla olmak üzere vücudunda ağrılar mevcutmuş. Doktorlar bu durumunu üzüntüsüne bağlamışlar ve o arada hiç tansiyonu ölçülmemiş. Kasım 1961 de tekrar bir fenalık geçirmiş ve o zaman tansiyonu 230 mm Hg olarak tesbit edilerek bir devlet hastanesine yatırılmış. Hastanede ateşi izah edilemeyen bir sebeple 39.5 C kadar çıkmış ve kendiliğinden düşmüş. Tansiyon yüksekliği izah edilememiş ve sistolik basınç tuzsuz perhiz ve antihipertansif ilaçlara rağmen 190 - 200 mm Hg arasında değişmiş. Mart 1962 tarihine kadar aynı ilaç ve rejime devam eden hasta o tarihte İzmir'de bir hastaneye yatırılmış ve 40 gün müşahade altında tutulmuş ve esansiyel hipertansiyon teşhisi ile tuzsuz rejim, Adalphan, Librium verilerek taburcu edilmiş. 40 gün içinde tansiyonu, bu tedavi ile 160 - 200 mm Hg arasında değişmiş. Bunlara rağmen ağrısı, unutkanlığı ve vücudundaki uyuşuklukta hiç değişiklik olmamış. Bu tarihlerde hamile kalan hasta doğuma kadar çok sıkı perhiz yapmış ve 2 - 3 günde bir tansiyon kontrolü yaptırmış. Tansiyonu hiç 160 mm Hg dan aşağı düşmemiş. Mart 1963 de komplikasyonsuz bir doğum yapmış. Yukarıda bildirilen şikâyetlerinde bir değişiklik olmadan Tem-

* A. Ü. Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kliniği Kürsü Profesörü.
** A. Ü. Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kliniği Doçenti.
*** A. Ü. Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kliniği Uzman Asistanı.
**** A. Ü. Tıp Fakültesi II. İç Hastalıkları Kliniği Asistanı.

muz 1965 tarihine kadar bu durum devam etmiş. O tarihte bir dahiliye kliniğine yatan hasta hidronefroz şüphesi ile tedaviye tabi tutulmuş, fakat şikâyetlerinde bir değişiklik olmamış. Yine o sırada yapılan psikiyatrik tetkikleri de normal bulunmuş.

Çocukluğu normal geçen hasta 13 yaşında bir iş için heyet raporu alırken idrarında hafif albüminüri olduğu söylenmiş, fakat üzerinde durulmamış. Babası akut miyokard infarktüsünden vefat etmiş.

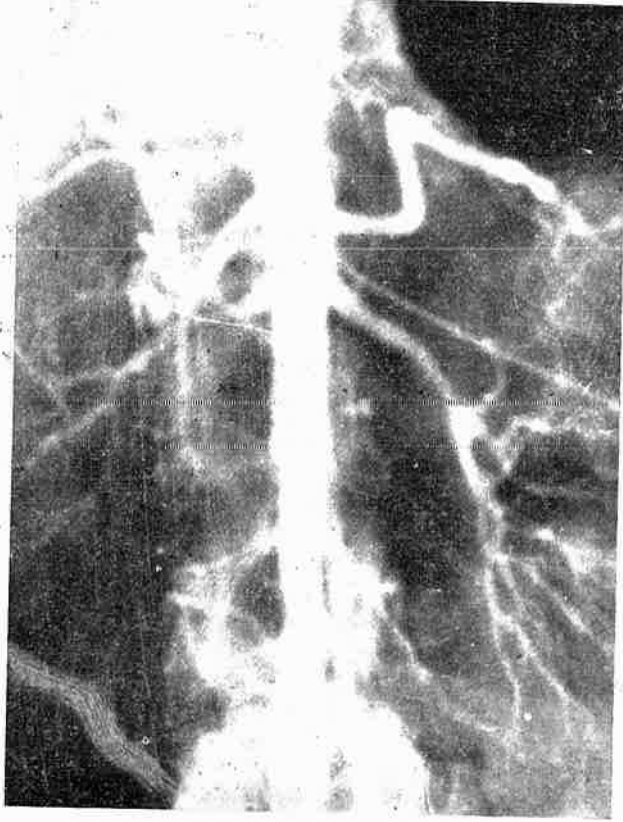
Hasta normal yapı ve görünüşte. Ateşi 37°C, nabızı dakikada 80 ve muntazam, teneffüs sayısı dakikada 17, kan basıncı 200/110 mm Hg. Deri normal görünüşte olup alt ekstremiteler üst ekstremitelere nazaran daha soğuk. Cilt harareti alk ekstremitelerde 31.5 C, üst ekstremitelerde 34,5 C bulundu. Göz dibi ve görme alanı normal. Tiroid bezi «palpable». Boyun venlerinde dolgunluk ve periferik lenfadenopati yok. Akciğerler perküsyon ve dinlemekle normal. Kalb tepе atımı 5. interkostal aralıkta ve medioklaviküler hatta. Kalbde birinci ses bütün odaklarda kuvvetli. Karaciğer ve dalak büyüklüğü tesbit edilemedi. Göbeğin her iki tarafında dinlemekle 2. derecede sistolik üfürüm işitiliyor. Bu suflı göbeğin 5 cm. altında orta hatta daha kuvvetli duyuluyor. Uyluk ve bacak ossilasyonları azalmış. Bacaklarda ödem tesbit edilemedi. Nörolojik muayene negatif.

Eritrosit 4250000, Hb % 85, lökosit 7200 (eozinofil % 2, parçalı % 70, lenfosit % 26, monosit % 2). Sedimentasyon saatte 4 mm (Westergren metodu ile). İdrar dansitesi 1026, protid yok, mikroskobisinde 3-4 epitel ve lökosit mevcut. Azotemi % 29 mg., kreatinin klirens dakikada 77 cc. Açlık kan şekeri % 96 mg., total kolesterol % 200 mg., total lipid 875 mg. Lupus hücresi menfi. Elektrokardiyografide sol aks deviasyonu ve sol ventrikül hipertrofisi mevcut. Karaciğer fonksiyon testleri normal. Total protein % 8.50 g., serum protein elektroforezinde albumin % 39.5, alfa-1 globulin % 1.5, alfa-2 globulin % 5.3, beta globulin % 18.9, gamma globulin % 34.8. Sifiliz için serolojik testler ve kan muayenesi negatif. Akciğer grafisi normal.

Direkt batin grafisinde patolojik bir bulgu tesbit edilemedi. Damar yolu ile yapılan ürografide her iki böbreğin normal zamanda kontrast ilacı süzduğu tesbit edilmiştir. Sağ böbrek fizyolojik boşlukları, bilhassa sağ böbrek pelvisi normale nazaran aşikâr bir dilatasyon göstermekte olup pelvis ile üreter üst kısımlarında kontur düzensizliği ve üreter üst kısmında yer yer boğumlaşmalar tesbit edilmiştir. Bu manzara üreter üst ucunun iltihabi değişiklikleri ile müterafık bir hidronefroz ihtimalini düşündürmektedir. Sol böbrek normal bulunmuştur.

Hastanın muayenesi esnasında göbeğinin her iki tarafında sistolik üfürümün duyulması hastada bir böbrek damar anomalisinin bulunabileceği ihtimalini bize hatırlattı ve bunun üzerine hastaya anjiyografi yapılmasına karar verildi. Vak'aya lomber yolla yapılan non selektif renal anjiyografide : Çöllak kök, renal arterler ve Aorta opasıfye olmuştur. Hepatik, lrenal ve mezanterik arterler tabiidir. Sağ renal arter başlangıcından itibaren 2. cm kadar gittikce daralarak aşikâr bir stenoz meydana getirmektedir. Bu sebeble sağ böbrek ar-

teğinin kanlanması umumi bir azalma tesbit edildi. Sol renal arter başlangısından itibaren kenar intizamsızlığı göstermekte ve 2. cm den itibaren istmüs şeklinde daralma göstermektedir. Halen sol böbrek kanlanması tabiidir. Aorta gövdesinde renal arter seviyesinden bifürkasyona kadar yer yer kenar intizamsızlığı müşahade edilmektedir. Bifürkasyon muntazamdır. Renogram sahasında sağ böbrek opasifikasyonu sola nazaran azalmıştır. Sağ böbrek sol böbreğe nazaran daha küçüktür (Şekil 1). Hastaya yapılan üst taraf anjiyografisi tamamen normal bulunmuştur.



Şekil 1

Hasta kliniğimizde yattığı bir ay zarfında idrar miktarı 300 - 1000 cc, dansite 1012 - 1032 arasında değişti. İdrarda nadir olarak eser prodiit bulundu. İdrar-sedimenti normal idi. Tuzsuz rejime rağmen sistolik kan basıncı 200 - 150 mm Hg, diyastolik kan basıncı 120 - 100 mm Hg arasında değişti. Aynı zamanda yukarıda bahsedilen baş ağrısı, vücudundaki pıyusukluklar ve hafif ek-

lem ağrıları devam etti. Antibiyotik tedavisine rağmen devam eden subfebril ateşi vardı.

MÜNAKAŞA

Takayashu arteriti iltihabi bir procesdir. Ekseriya aort kavsini, onun büyük terasik dalları ile Truncus brachiocephalicus'u sol carotid ve subclavian arterlerini tutar. Aynı lezyon inen aorta, böbrek damarları ile pulmoner arterlerde de görülmüştür. Hastalık daha ziyade 10 - 40 yaşları arasında kadınlarda görülür. Bütün dünyada görülmüş ise de şarkta daha sık bulunduğu kabul edilmektedir. Etiyolojisi malûm değildir. Bazen serum elektroforezi değişikliklerinin görülmesi, L. E. faktörü ve antinükleer antikorun bulunması ile kollegen doku hastalıklarına benzetilmektedir (7).

Hastalığın ilk safhasında damar yetersizlikleri ile beraber hal-sizlik ve anemi görülür. Esas patolojik değişiklik «arteritis» dir. Bilhassa media tabakasını tutar; elastica'yı tahrip ederek «fragment» lara ayırır. Aktif safhada adventitia ve intima da lezyona iştirak eder. Thrombosis panarteritis neticesidir. İlerlemiş devirde nedbe, intimal kalınlaşma ve anevrizma teşekkülleri görülür.

Strahan'a göre (8) hastalık yalnız arterlerde yerleşmez. Vak'aların çoğunda «arthralgia» ve «arthritis» de mevcuttur. Bazı müellifler devam müddeti mühtelif olan ateşli devirler ve cilt tezahürleri, splenomegali, Raynaud fenomeni görmüşlerdir. Perikardit, endokardit, aort yetersizliği, efor anjini, miyokard infarktüsü, hipertansif kalb hastalığı ve «intermittent claudication» gösteren vak'alar yazılmıştır.

Bizim bu genç hastamızda gördüğümüz nefrojenik hipertansiyondur. Klinik ve rediolojik belirtiler bunu teyid etmektedir. Hastanın karnında göbeğin her iki tarafında bariz bir üfürün duyulmaktadır. Radyolojik olarak aortografi ve renal arteriografide aort ve böbrek damar leziyonları aşıkardır (Şekil 1). McCormark (9) hipertansiyon yapan böbrek arter leziyonlarını altı gruba ayırmıştır : a) atherosclerosis, b) mural fibrosis'den ileri gelen stenosis, c) idiyopatik «thrombosis», d) segmenter müsküler ve fibro-müsküler hiperplazi, e) disekan anevrizma, f) idiyopatik stenosis. Bunlara abdominal aorta anevrizması, konjenital böbrek malformasyonları da ilâve olur.

Danaraj ve Ong (10) 1959 da 7 yaşında çinli bir kızla 14 yaşında çinli bir erkek çocukta klinik olarak nefrojenik bir hipertansiyon sendromu vak'ası neşir etmişler ve her iki vak'anın otopsisinde abdominal aorta ile renal arterleri daraltan primer arteritis görmüşler ve bu patolojik değişiklikleri abdominal aortayı tutan Takayashu hastalığına bağlamışlardır. Bu iki vak'aya hayatta iken aortografi yapılmamıştır.

1962 de Kiyoshi Inado ve arkadaşları (11) Japonyaya ait neşir ettikleri 13 vak'anın 7 sinde atipik koartasyonla Takayashu hastalığının beraber bulunduğunu göstermişler ve her iki hastalığı aynı sebebe, yani arteritise bağlamışlardır.

Fikrimizce hem abdominal aorta ve hem de iki taraflı böbrek arterlerini tutması bakımından bizim vak'amızda üç hadise düşünülebilir: Aorta ateroskleroza, aorta sifilizi, Takayashu hastalığı.

Bu kadar geniş ateroskleroz için hastanın yaşı pek gençtir. Sifiliz için serolojik reaksiyonlar menfi olup diğer sifiliz belirtileri mevcut değildir. Hasta antisifilitik tedaviden istifade etmemiştir. Takayashu hastalığına gelince vak'a ancak otopsi ile teşhis edilen Danaraj ve Ong'un hastalarına çok benzemektedir. Aynı zamanda Takayashu hastalığında müşahade edilen zaman zaman ateş yükselmesi, eklem ağrısı, serum protein elektroforezindeki değişiklikler vak'amızda da mevcuttu. Bu bulgular da vak'amızın bir Takayashu hastalığı olduğunu teyid etmektedir.

ÖZET

23 yaşında arter hipertansiyonu sendromu ile müracaat eden bir hanım hastada klinik olarak karında, göbeğin her iki tarafında, aşikar sistolik üfürüm tesbit edilmiştir. Üst taraf arter basıncı yüksek, alt taraf arter basıncı alçak görülmüştür. Aortografi ve renal arteriografi ile abdominal aorta ile her iki renal arterlerde değişiklikler tesbit edilmiş ve bu değişiklikler Takayashu hastalığına ait bir arteritis olarak kabul edilmiştir.

SUMMARY

Takayashu's Disease Involving Abdominal Aorta and Renal Arteries.

In a 23 years old female patient with arterial hypertension clinically marked systolic murmurs were heard on each side of the

umbilicus. Arterial pressure of the upper extremities were found to be higher than that of the lower extremities. By means of aortography and renal arteriography, pathologic changes in the abdominal aorta and the renal arteries were observed. These changes were believed to be an arteritis due to Takayashu's disease.

Teşekkür : Vak'ının aortografisini yaparak teşhise yardım eden Radyoloji Enstitüsü Kürsü Profesörü Prof. Dr. Efdal Aşar ile Doçent Dr. Uluhan Berk ve Operatör Dr. Şadan Eraslan'a teşekkür ederiz.

LİTERATÜR

- 1 — SÖKMEN, C. : A case report of pulseless disease in Turkey. Am. Heart J., 55 : 433, 1958.
- 2 — KOLOĞLU, S. et KARAN, D. : Un cas de maladie de Takayashu. La Sem. des Hopitaux, 60 : 3605, 1959.
- 3 — SÖKMEN, C. ve KOLOĞLU, S. : Takayashu hastalığı. A. Ü. Tıp Fak. Mec., 14 : 91, 1961.
- 4 — YİĞİTBAŞI, Ö. ve ÖZER, A. : İki Takayasu sendromu vak'ası. Ege Tıp Fak. Mec., 3 : 135, 1964.
- 5 — ERMAN, M., GÜREL, T. ve SONEL, A. : Takayashu sendromu (pulseless disease veya aortic arch syndrome), A. Ü. Tıp Fak. Mec., 15 : 195, 1962.
- 6 — VURAL, J. L. et AKDILLİ, R. : A propos d'un cas de maladie sans pouls, La press Med., 66 : 1636, 1958.
- 7 — HIRSCH, S. M., AIKAT, B. K. and BASU, A. K. : Takayashu's arteritis: Report of five cases with immunologic studies Bull. Johns Hopkins Hosp. 115 : 29, 1964.
- 8 — STRAHAN, R. W. : Natural history of Takayashu's arteriopathy. Quat. J. Med., 33 : 57, 1964.
- 9 — MCCORMARK, L. J. : Vascular changes in hypertension. Med. Clin. North Am., 45 : 247, 1961.
- 10 — DANARAJ, T. J. and ONG, W. H. : Primary arteritis of Abdominal Aorta in children causing bilateral stenosis of renal arteries and hypertension. Circulation, 20 : 856, 1959.
- 11 — INADA, K., SHİMİZU, H. and YOKOYAMA, T. : Pulseless disease and atypical coarctation of the Aorta with special reference to their genesis. Surgery, 52 : 433, 1962.