




Olgu Sunumu | Case Report

STATUS EPİLEPTİKUS TABLOSU İLE BAŞVURAN HASTADA TESPİT EDİLEN TAKAYASU ARTERİTİ

A CASE OF TAKAYASU ARTERITIS DIAGNOSED IN A PATIENT PRESENTING WITH STATUS EPILEPTICUS

  Hatice Eyiol^{1*},  İskender Kara¹

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Konya, Türkiye.



ÖZ

Nabızsızlık hastalığı olarak bilinen Takayasu Arteriti (TA) hafif semptomlarla kendini ortaya koyabileceği gibi hastalığın ilerlemesine bağlı olarak ağır komplikasyonlara da neden olabilir. Takayasu Arteriti öncelikli olarak karotis, subklavyen, vertebral, renal ve aorta gibi büyük arterleri tutar. Aynı zamanda koroner ve pulmoner arterleri de tutabilen kronik bir vaskülitir. Başlangıçta ateş, halsizlik, gece terlemesi, kilo kaybı, miyalji, baş dönmesi ve senkop gibi nonspesifik bulgularla seyrettiği için tanıda gecikmeler olabilir. Bu yüzden özellikle genç kadınlarda vaskülit farkındalığı önem arz etmektedir. Biz bu olguda durdurulamayan epileptik nöbet ile hastaneye başvuran ve mekanik ventilasyon desteği için yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastamızda tespit ettiğimiz TA'yı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Status epileptikus, takayasu, arterit

ABSTRACT

Takayasu Arteritis (TA), also known as pulsless disease, can manifest itself with mild symptoms or cause severe complications depending on the progression of the disease. Takayasu Arteritis primarily involves large arteries such as carotid, subclavian, vertebral, renal and aorta. It is a chronic vasculitis that can also involve the coronary and pulmonary arteries. There may be delays in diagnosis since it initially presents with nonspecific findings such as fever, weakness, night sweats, weight loss, myalgia, dizziness and syncope. Therefore, awareness of vasculitis is important especially in young women. In this case, we aimed to present our patient who was admitted to the hospital with a persistent epileptic seizure and followed up in the intensive care unit for mechanical ventilation support. Then he has been diagnosed with TA during his clinical management.

Keywords: Status epilepticus, takayasu, arteritis

Giriş

Takayasu arteriti (TA) ilk defa 1908 yılında tanımlanmıştır. Subklavyen ve brakial arterin stenozuna bağlı ekstremiteler arasında nabız farkı olduğu için batı ülkelerinde nabızsızlık hastalığı olarak anılmaktadır.¹ Sebebi bilinmeyen, kronik seyirli, granülamatöz inflamasyon ile karakterize büyük damar vaskülitidir. Özellikle Asya kıtasındaki kadınlarda ve hayatın 2-3. dekadlarında görülmektedir.² Ancak son zamanlarda dünya çapında her iki cinsten de eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir. Sıklığı milyonda 2-3 kişi kadardır.³ Ateş, gece terlemesi, halsizlik, kilo kaybı, anemi, eklem ve kas ağrısı gibi hafif semptomlar ile başvuru olabileceği gibi vasküler lezyonların ilerlemesine bağlı olarak vasküler stenoz ve son organ iskemisi gibi ağır patolojiler de ortaya çıkabilmektedir.⁴ Tutulan damarın yerine göre çok farklı klinik tablolara neden olabilmektedir. Bu yazıda, durdurulamayan epileptik nöbet şikayetiyle acil servise başvuran ve yoğun bakım takibinde TA tanısı koyduğumuz hastamızı sunmayı amaçladık. Epileptik nöbet gibi nadir bir sunum şekli olan TA hastamız ile literatür gözden geçirilmeye çalışıldı.

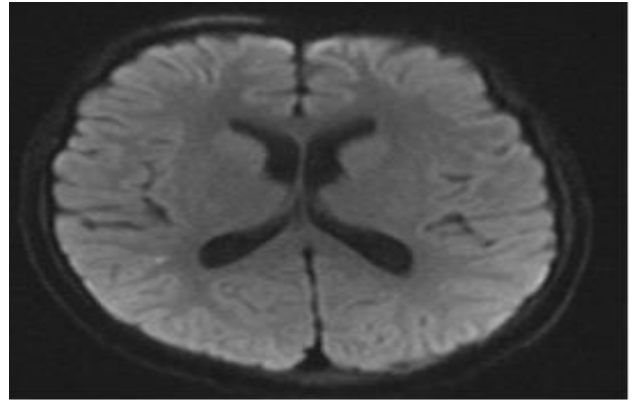
Olgu Sunumu

Hikayesinde hipertansiyon bulunan ve herhangi bir otoimmün veya romatolojik hastalığı olmayan on sekiz yaşında kadın hasta, baş ağrısı sonrası gelişen bilinç kaybı nedeniyle acil servise getirildi. Acil serviste jeneralize tonik klonik nöbeti antiepileptik tedavi ile durdurulamadığı için hasta entübe edildi. Mekanik ventilasyon desteği için hasta üçüncü basamak yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Glaskow koma skoru 8 olan hastaya midazolam infüzyonu başlandı. Fizik muayenede sol brakial arterde nabız zayıfken, sağ tarafta çok güçlü alındı. Rutin monitörizasyon işlemleri yapıldı. Noninvaziv ölçülen kan basıncı sol kolda 90/50 mmHg ve sağ kolda 250/120 mmHg olarak tespit edildi. Bilateral femoral arter nabızları da zayıf olarak alındı. Sağ radial arterden yapılan invaziv monitörizasyonla tansiyon 250/110 mmHg olarak ölçüldü. Solunum sistemi oskültasyonunda bilateral yaygın ral ve ronküsler mevcuttu. Toraks tomografisinde bilateral yaygın konsolidasyon alanları tespit edildi. Aspirasyon pnömonisi ve hipertansiyona bağlı pulmoner ödem ön tanıları ile takip edilmeye başlandı (Şekil 1a). Hastaya piperasilin tazobaktam antibiyoterapisi ve nöbet profilaksisi için levitirasetam başlandı. Beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde subkortikal bölgede 1,3 mm büyüklüğünde tespit edilen difüzyon kısıtlamasının epileptik nöbetin sebebi olabileceği düşünüldü (Şekil 1b). Toraks BT anjiyografide sol karotis arter ve sol vertebral arterde diffüz uzun segment darlıkları mevcuttu. Sol subklavyen arter oklüze görünümde izlendi (Şekil 2a ve 2b). Sol ventrikül duvarı belirgin hipertrofik ve interventriküler septum kalınlığı 13,5 mm olarak ölçüldü. Hemogram düşüğü olduğu için kontrastlı batın tomografisi çekildi. Torako abdominal aorta ve dallarının çıkışlarında belirgin darlıklar tespit

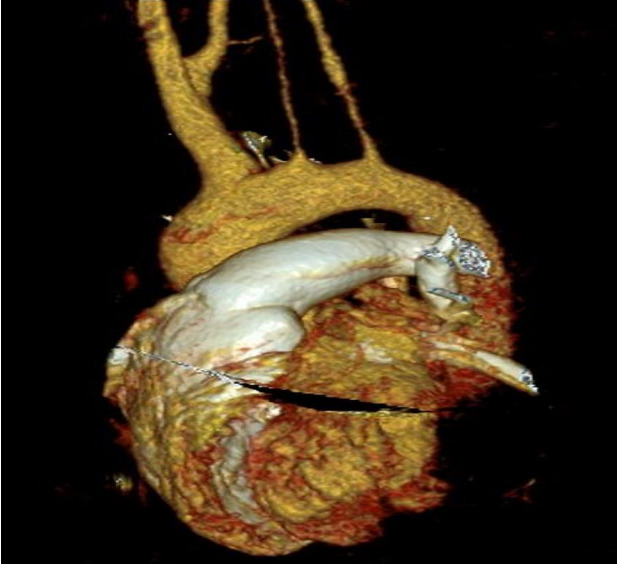
edildi. Torakoabdominal aort kesitlerinde en geniş yerin çapı 5 mm olarak ölçüldü (Şekil 3a ve 3b). Rutin laboratuvar değerleri hafif anemi dışında normaldi. Hemoglobin 10,7 gr/dl, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) 23 mm/h, antistreptolizin-O (ASO) negatif, c-reaktif protein (CRP) 1,84 mg/L, romatoid faktör (RF) negatif, immunglobulin-E normal sınırlardaydı. Antinükleer antikor (ANA), antinötrofilsitoplazmik antikor (ANCA) negatif olarak saptandı. Biyokimyasal tetkiklerinde kreatinin 0,89 mg/dL, sodyum 134 mEq/L, potasyum 3,8 mEq/L, kalsiyum 8 mg/dL, magnezyum 1,8 mEq/L, aspartat aminotransferaz (AST) 23 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 11 U/L olarak ölçüldü. Koagülasyon parametreleri, lipid profili ve tiroid fonksiyon testleri normaldi. Hasta romatoloji ile konsülte edildi ve mevcut bulgularıyla TA olarak düşünüldü. Hastaya 2 mg/kg/gün intravenöz metil prednisolon tedavisi başlandı. Sağ kolda en yüksek tansiyonu 320/140 mmHg ölçülen hastaya amlodipin 2x10 mg, nifedipin 2x60 mg, metoprololsüksinat 2x100 mg, valsartan-hidro klorotiyazid 1x160/12,5 mg tedavisi başlandı. Hastaya steroid tedavisinin üçüncü gününde başarılı weaning yapıldı. Ekstübasyon sonrası nörolojik muayenesi normal idi. Sağ kolda sistolik kan basıncı 150-170 mmHg arasında tutulabildi. Genel durumu stabil olan hasta endovasküler girişim için romatoloji servisine devredildi.



Şekil 1a. Toraks tomografisinde bilateral infiltrasyon



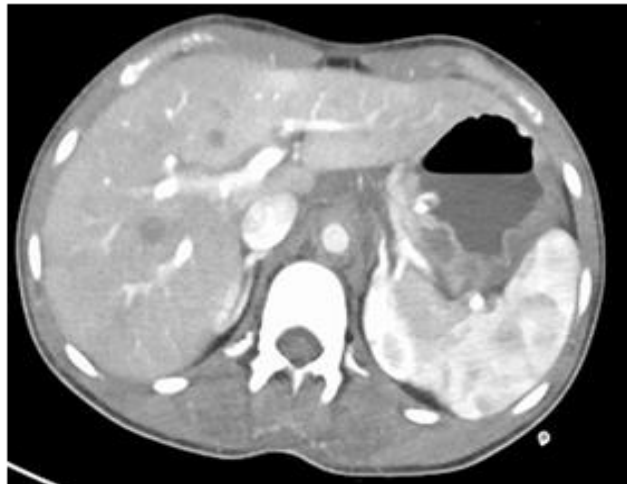
Şekil 1b. Beyin MR'da subkortikal difüzyon kısıtlaması



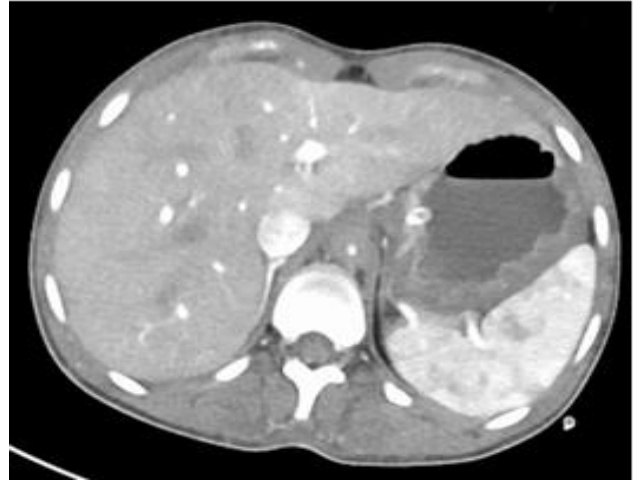
Şekil 2a. Sol karotis arter ve sol vertebral arterde diffüz uzun segment darlıklarıyla birlikte sol subklavian arter oklüzyonu



Şekil 2b. Sol karotis arter ve sol vertebral arterde diffüz uzun segment darlıklarıyla birlikte sol subklavian arter oklüzyonu



Şekil 3a. Torokoabdominal aorta ve dallarının çıkışlarında darlık



Şekil 3b. Torokoabdominal aorta ve dallarının çıkışlarında darlık

Tartışma

Takayasu arteriti idiyopatik ve damar duvarında kronik granülatöz inflamasyonla seyreden bir vaskülitir.³ İnflamatuar süreçte damar duvarında plazma hücreleri, lenfositler ve dev hücre infiltrasyonu meydana gelmektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ise fibrozis nedeniyle damar içi daralmaya bağlı iskemik belirtiler ortaya çıkmaktadır.⁵ Genelde büyük arterler ve dallarının tutulumu ile birlikte segmental stenoz, oklüzyon, dilatasyon veya anevrizma meydana gelebilir.³ En sık tutulum aorta, subklavian ve karotis gibi büyük arterlerde olmaktadır (%60-90).² Olgumuzda da aorta, sol karotis, vertebral ve subklavian arter tutulumları ön planda olmuştur. Takayasu arteriti genelde 20-30 yaşlarında ve kadınlarda görülmektedir.³ Olgumuz literatür ile uyumlu olarak genç kadın hastadır. Fakat çocuklar dahil diğer yaşlarda da ortaya çıkabilen bu hastalık remisyon ve relapslarla kronik seyrederek yaşam kalitesini düşüren önemli bir patolojidir.⁶ Bazı çalışmalarda genetiğin rolü olduğu ileri sürülse de bu konu net değildir.² Genelde Asya ülkelerinde daha çok görülmektedir. ABD’de yapılan bir çalışmada sıklığı bir yılda milyonda 2,6 kişi oranında tespit edilmiştir.⁴ Türk Takayasu Çalışma Grubu’nun yaptığı sınıflandırmaya göre 5 tip bulunmaktadır. Türkiye de %51 oranında TA Tip 5 ve %32 oranında TA Tip 1 görüldüğü bildirilmektedir.³ Genellikle hastalık başlangıcında hafif semptomlar olabilir. Tutulan damara göre nabız zayıflaması veya alınamaması, kan basıncının ölçülememesi görülebilir. Hastalığın tanısı geciktikçe vasküler lezyonlar ilerler ve ciddi komplikasyonlar oluşabilir. Bazen semptomların başlangıcından yıllar sonra tanı konulabilmektedir.^{2,4} Ülkemizde tanının yıllarca gecikebildiği bildirilmiştir.³ Bizim vakamızda ise daha önce hipertansiyonu dışında bilinen hastalığı olmayan hasta epileptik nöbet ve pulmoner ödem ile başvurmuştur. Yoğun bakımdaki tetkiklerinde TA tespit edilmiştir. Beyin MR’da subkortikal bölgede 1,3 mm tespit edilen difüzyon kısıtlamasının epileptik nöbet sebebi olabileceği düşünüldü. Akciğer ödemi tablosunun ise hipertansiyona sekonder olduğu kabul edildi. Renal arter tutulumu olması renovasküler

hipertansiyona sebep olabilir.³ Hastamızda da torako-abdominal aortada ve renal arter çıkışlarında darlık mevcut idi. Bu durum hipertansiyon için etiyolojik faktör olarak değerlendirildi. Takayasu arteriti radyolojik tanısında amaç genelde damar tutulumunu göstermekten ziyade konvansiyonel anjiyografi kullanılarak lümen tıkanıklığını göstermektir. Fakat invaziv bir işlem olduğu ve aynı zamanda damar duvar yapısı hakkında yetersiz bilgi verdiği için başka yöntemler kullanılmaya başlanmıştır. Bilgisayarlı tomografi damarsal yapıların değişimini anatomik olarak çok iyi ortaya koymasına rağmen erken dönemin değerlendirilmesinde sınırlı gücü vardır. MR anjiyografi damar duvarı kalınlaşmasını ve ödemi daha iyi gösterebilir. F18-FDG-PET erken dönemde damar inflamasyonunu daha iyi gösterir. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi ise radyasyon gibi bir dezavantajı olmadığı için ve aynı zamanda ucuz olduğu için daha yaygın kullanılır.^{2,7} Bizim vakamızda BT anjiyografi, MR ve ultrason tanıda ve tedavinin yönlendirilmesinde faydalı olmuştur. Takayasu arteritinin laboratuvar tanısında ve hastalık şiddetinin takip edilmesinde ESR ve CRP sıklıkla kullanılır.⁸ Serum anti-endotelyal antikorlar, vaskularendotelyal büyüme faktörü (VEGF), interlökinler (IL-6, IL-8, IL-18), matriksmetalloproteinaz, pentraksin 3 ve adipokin gibi serum biyobelirteçleri ise halen araştırılmaktadır.^{2,7} Bizim vakamızda hafif anemi dışında ESR ve CRP dahil tüm laboratuvar değerleri normal tespit edilmiştir. Tanıda gecikme ve buna bağlı mortalitede artış olabilmektedir. Hastalığın evresi ve verilen tedavinin özelliğine göre (glukokortikoidler, sitotoksik ajanlar ve cerrahi) mortalite oranları değişmektedir.² Mortalite genel popülasyondan 3 kat daha yüksektir.⁹ Literatüre göre 10 yıllık sağkalım oranı % 84-87 arasındadır. Ciddi belirtileri olan hastalarda bu oran % 37 civarındadır.⁴ Takayasu arteritinin aktif döneminde tedavide ilk seçenek genelde yüksek dozlarda başlanılan ve azaltılarak devam edilen sistemik glukokortikoid tedavisidir.⁶ Tedavide ilk seçenek yüksek doz prednizolon (1 mg/kg/gün) veya eşdeğeridir. Yüksek doz steroide cevap iyi olmasına rağmen bazen remisyonda edilemeyebilir ve bazen de steroid dozu azaltılınca hastalık tekrar aktive olabilir. Monofazik TA'nın yalnızca %20 oranında olduğu belirtilmektedir.³ Ayrıca uzun süreli glukokortikoid tedavisi ile hiperglisemi, hiperlipidemi, enfeksiyon, osteoporoz ve çocuklarda büyüme kısıtlaması gibi ciddi yan etkiler oluşabilmektedir. Bu nedenlerle tedaviye metotreksat veya azatioprin gibi bir immünsüpresan eklenebilmektedir.^{3,6} Bizim vakamızda steroid kullanımı ile hastanın yoğun bakım ihtiyacı ortadan kalktı. İdame steroid ve immünsüpresan tedavinin düzenlenmesi için romatolojiye devir edildi. Cerrahi yöntemler hastalığın aktif olduğu dönemde yapılmamalıdır. İnflamasyonun baskılandığı, tedaviye cevabın iyi olduğu dönemde cerrahi düşünülebilir ve böylece başarı oranı artabilir. Hastamızda yoğun bakım döneminde endovasküler cerrahi düşünülmedi ve servis takibinde cerrahi müdahale yapılması planlandı. Takayasu arteriti remisyon ve relapslar ile seyrederek yaşam kalitesini düşürmektedir. Semptomların başlaması ile tanının

konulması arasında yıllarca sürebilen bir dönem olabilir. Bazen vakamızda olduğu gibi başka patolojiler araştırılırken de hastalık tespit edilebilmektedir. Hastalığın tanısı geciktikçe damar patolojileri ilerleyerek mortalitede artışa neden olabilmektedir. Takayasu arteriti farkındalığının artması ile sonuçların iyileşmesine katkı sağlanabilir.

Etik Standartlara Uygunluk

Hasta yakınından yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Yazar Katkısı

HE, İK: Fikir; HE, İK: Tasarım; HE, İK: Denetleme; HE, İK: Kaynaklar; HE, İK: Malzemeler; HE, İK: Veri toplama.

Finansal Destek

Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Numano F. The story of Takayasu arteritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:103-106. doi:10.1093/rheumatology/41.1.103
2. Oner FA, Direskeneli H. Update on Takayasu's arteritis. *La Presse Medicale*. 2015;44:259-265. doi:10.1016/j.lpm.2015.01.015
3. Keser G, Aksu K. Dirençli Takayasu arteriti tedavisi. Management of resistant Takayasu arteritis. *RAED Dergisi*. 2011;3(1-2):20-28. doi:10.2399/raed.11.004
4. Koike H, Ashizawa K, Hayashi H, et al. Takayasu Arteritis Presenting as Unexplained Pulmonary Consolidation: A Case Report. *Vasc Endovascular Surg*. 2018;52(7):579-582. doi:10.1177/1538574418775186
5. Gümüşçü F, Benli ED, Demirtaş S, Karahan O. A case with late clinical presentation of Takayasu's arteritis. *Dicle Tıp Derg*. 2014;41(2):421-424. doi:10.5798/diclemedj.0921.2014.02.0445
6. Barra L, Yang G, Pagnoux C, The Canadian Vasculitis Network (CanVasc). Non-glucocorticoid drugs for the treatment of Takayasu's arteritis: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmunity Reviews* 2018;17(7):683-693. doi:10.1016/j.autrev.2018.01.019
7. Sun Y, Huang Q, Jiang L. Radiology and biomarkers in assessing disease activity in Takayasu arteritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2019;22(1):53-59. doi:10.1111/1756-185x.13286
8. Mason JC. Takayasu arteritis-advances in diagnosis and management. *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6(7):406-415. doi:10.1038/nrrheum.2010.82
9. Schmidt J, Kermani TA, Bacani AK, et al. Diagnostic features, treatment, and outcomes of Takayasu arteritis in a US cohort of 126 patients. *Mayo Clin Proc* 2013;88(8):822-830. doi:10.1016/j.mayocp.2013.04.025