

Takayasu Arteriti: Kronik Baş ve Boyun Ağrısının Nadir Bir Nedeni

Takayasu's Arteritis: A Rare Cause of Chronic Head and Neck Pain

Ayla ÖZAYDOĞDU ÇİMEN¹

¹ Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Malatya, Türkiye.

Özet

Takayasu arteriti etiyolojisi bilinmeyen, nadir görülen ve sıklıkla büyük damarları tutan bir vaskülitir. Tutulan damarlarda sıklıkla stenoz ve anevrizmal dilatasyonlar görülmektedir. Hastalık sıklıkla genç kadınlarda görülmektedir. Takayasu arteritinin klinik bulguları değişkendir. Takayasu arteriti tutulan damarlardaki kan akımının azalması sonucu baş dönmesi, baş ağrısı, kol ve bacaklarda ağrı, siyanoz, nabızsızlık gibi nonspesifik semptomlar ile klinik bulgular verebilir. Bu yazımızda sıklıkla tanı gecikmeleri ve tedavi zorlukları yaşanan ve ölümcül olabilen bir hastalığa dikkat çekilmesi amaçlandı. Nonspesifik semptomlarla başlayan ve klinik bulgularla ve görüntüleme yöntemleriyle Takayasu arteriti tanısı konulan olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Takayasu Arteriti, Vaskülit, Doppler Ultrasonografi, Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi

Abstract

Takayasu's arteritis is a rare vasculitis of unknown etiology, often affecting large vessels. Stenosis and aneurysmal dilatation of the affected vessels are common. The disease often occurs in young women. The clinical manifestations of Takayasu's arteritis are variable. Takayasu arteritis may present with non-specific symptoms such as dizziness, headache, pain in the extremities, cyanosis, and pulselessness due to decreased blood flow in the affected vessels. In this article, we wanted to draw attention to a potentially fatal condition with frequent diagnostic delays and treatment difficulties. We present a case that started with non-specific symptoms and was diagnosed as Takayasu's arteritis based on clinical findings and imaging.

Keywords: Takayasu's Arteritis, Vasculitis, Doppler ultrasonography, Computed Tomography Angiography

Yazışma Adresi: Ayla ÖZAYDOĞDU ÇİMEN, Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Malatya, Türkiye

Telefon: +90 505 242 58 34 **e-mail:** ayla28092004@hotmail.com

ORCID No: 0000-0002-1909-3847

Geliş tarihi: 10.11.2024

Kabul tarihi: 25.11.2024

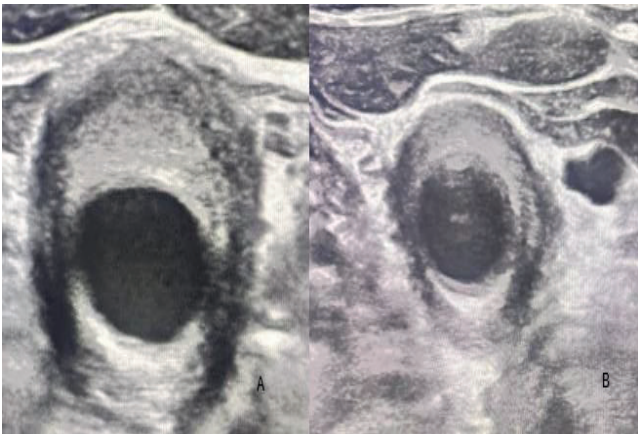
DOI: 10.17517/ksutfd.1582754

GİRİŞ

Takayasu arteriti etyolojisi henüz aydınlatılmamış, nadir görülen ve sıklıkla büyük damarları tutan bir vaskülitir. Tutulan damarlarda genelde stenoz oluşturmakta ve anevrizmal dilatasyonlara yol açmaktadır (1). Bu hastalık sıklıkla genç kadınlarda görülmektedir. Asya ülkelerinde daha sık görülmekte, dünyada her yıl 2,6 milyon yeni vaka bildirilmektedir (2). Vasküler tutulumun derecesine bağlı olarak heterojen bir klinik tabloya sahiptir. Farklı organların veya uzuvların iskemisine bağlı olarak, boyun-karotis bölgesinde ağrı, tutulan ekstremitelerde topallama, periferik nabız yokluğu, siyanozlar, miyokard enfarktüsü, sistemik arteriyel hipertansiyon, baş ağrısı, görme bozukluğu ve iskemik inmeler sık görülen bulgular arasındadır (3). Hastalarda bu tutulumlara bağlı mortalite ve morbiditeler gözlenebilir. Hastaların yaklaşık beşte birinde hastalık kendini sınırlamaktadır. Geri kalan hasta grubunda ise hastalık ilerlemekte ve bu hastalarda immünosupresif tedaviye gereksinim duyulabilmektedir. Hastalığı erken tanımak ve tedavi etmek hayati önem arz etmektedir (4). Bu yazıda baş ağrısı, boyun ağrısı ve boyunda şişlik hissi ile başvuran ve radyolojik değerlendirme sonucu yeni tanı alan otuz yaşında bir kadın olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Otuz yaşında kadın hasta yaklaşık iki yıldır devam eden halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, boyun ağrısı ve boyunda şişlik hissi ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Öyküsünde bilinç kaybı, görme bozuklukları, ateş, eklem ağrıları, ekstremitelerde kladikasyonu ve travma öyküsü yoktu. Hastaya boyun ultrasonografisi istenmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan boyun ultrasonografisinde bilateral karotis arterlerinde belirgin duvar kalınlaşması (normal duvar kalınlığı maksimum 0,06 cm iken hastamızda 0,5 cm ölçüldü) ve damar duvarında ödem izlendi (Macaroni işareti) (Resim 1). Hastaya ya-



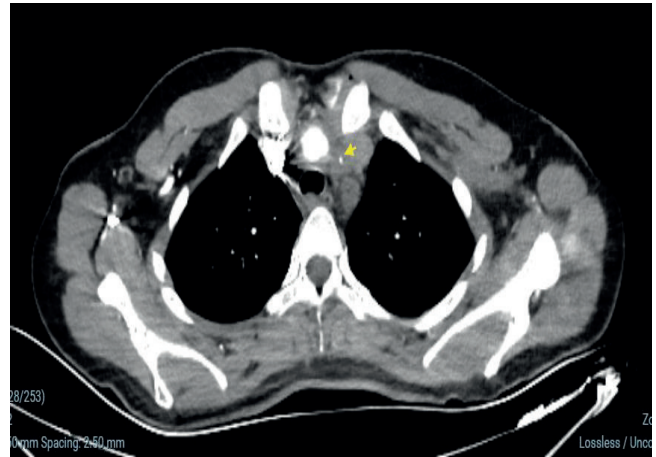
Resim 1. Boyun ultrasonografide her iki karotis duvarında yaygın ödem ve mural kalınlaşma (Macaroni işareti)

pılan Doppler ultrasonografide yavaş akım mevcuttu. Takayasu vaskülitini ön tanısı düşünülerek hasta tekrar dahiliye polikliniğine yönlendirildi. Hasta ileri değerlendirilmek üzere romatoloji kliniğince değerlendirildiğinde, hastanın fiziki muayenesinde, sağ ekstremitelerde nabızlarının alınmasına rağmen sol ekstremitelerde nabızlarının alınmadığı belirlendi. Ayrıca karotislere üfürüm olduğu saptandı.

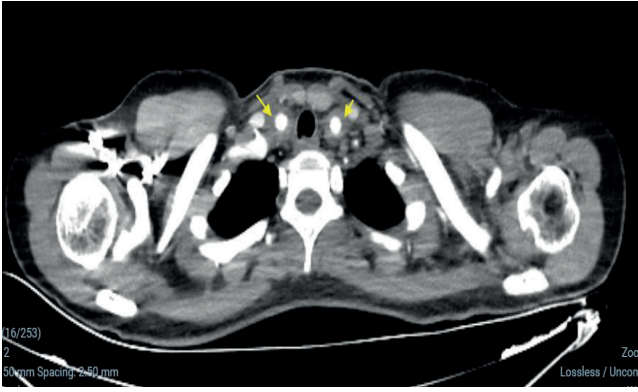
Hastanın olası vaskülit tanısını teyit etmek amacıyla hastaya karotis arter, torasik aorta, abdominal aorta ve her iki üst ekstremitelerde Bilgisayarlı Tomografi (BT) anjiyografisi çekilmesine karar verildi. Kliniğimizde çekilen BT anjiyografilerde sağ karotis arter proksimal kesimde lümeni periferik şekilde saran anlamlı stenoz oluşturmayan hipodens plak, sol karotis arter proksimalinde lümeni periferik şekilde saran %90'ın üzerinde stenoz oluşturan hipodens plak ve her iki karotis duvarında ödem izlendi (Resim 2, Resim 3, Resim 4). Sol subklavian arter proksimal kesiminde total oklüzyon tespit edildi (Resim 5). Ayrıca sol subklavian arterin orta ve distal kesimlerinden başlayarak aksiller arter ve brakial artere kadar uzanan lümeni %90'dan fazla oklude eden yaygın hipodens plaklar izlendi. Bulgular Takayasu arteriti gibi büyük damar vaskülitini ile uyumlu olarak değerlendirildi. Yukarıdaki tüm bulgularla birlikte hastaya romatoloji kliniği tarafından Takayasu arteriti tanısı konuldu. Hastaya medikal tedavi başlandı ve takip altına alındı.

TARTIŞMA

Takayasu arteriti dünya genelinde birçok ülkede görülmeyle birlikte, doğurganlık çağındaki kadınlarda en yüksek prevalansa sahiptir. Çoğunlukla hastalar yirmi yaşından sonra tanı almaktadır (5). Takayasu arteriti'ni



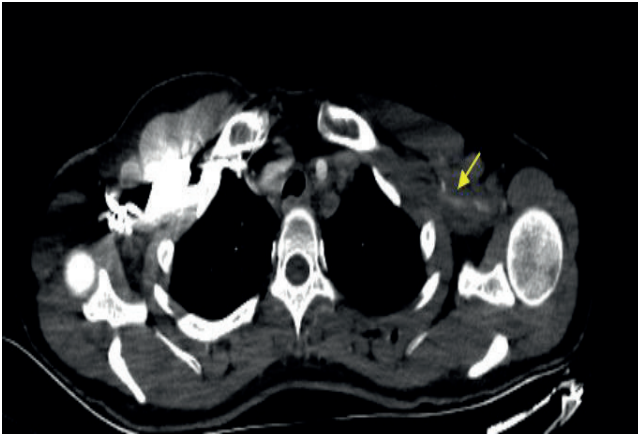
Resim 2. BT anjiyografide sağ karotis arter proksimal kesimde lümeni periferik şekilde saran anlamlı stenoz oluşturmayan hipodens plak, sol karotis arter proksimalinde lümeni periferik şekilde saran %90'ın üzerinde stenoz oluşturan hipodens plak



Resim 3. BT anjiyografide her iki karotis duvarında plak ve ödem



Resim 4. BT anjiyografide sol karotis arter proksimalinde lümeni periferik şekilde saran %90 nm üzerinde stenoz oluşturan hipodens plak



Resim 5. Sol subklavian arter proksimal kesimde total oklüzyon

sınıflandırmak için American College of Rheumatology kriterleri kullanılmaktadır. Bu kriterler arasında yaş <40 yıl, ekstremitte kladikasyonu, bir veya her iki kolda brakiyal arter nabızlarında azalma, her iki kolda kan basıncı farkının 10 mmHg'den fazla olması, aort

veya subklavian arterler üzerinde vasküler bruit varlığı, tüm aort veya ana dallarında daralma ve oklüzyonun anjiyografik kanıtı yer almaktadır. Bu altı kriterden üçünün olması hastalığın %98 oranında spesifik olduğunu göstermektedir (6,7). Bu hasta altı kriterden dördünü karşılamıştır.

Takayasu arteritli hastaların yaklaşık onda birinde herhangi bir semptom ve bulgu görülmemektedir. Tanı yalnızca fizik muayene ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda konulmaktadır (8). Hastaların çoğunluğunda ateş, kas ve eklem ağrıları, halsizlik, gece terlemesi, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi spesifik olmayan belirtiler ve semptomlar görülmektedir. Bu evre erken enflamatuvar evre olarak adlandırılır ve hastalar bu evrede çoğunlukla tanı almaz (9). Bu evrede tanı almayan hastalar bir sonraki evre olan geç kronik evrede damarlarda daralma ve tıkanıklıklar, organlarda iskemi, vasküler hassasiyet ve anormal dilatasyonlarla teşhis edilmektedir (10). Hastamız baş ağrısı, boyun ağrısı ve boyunda şişlik hissi ile başvurmuş ve fizik muayenesinde üst ve alt ekstremitelerde nabız ve kan basıncı farklılıkları saptanmıştır. Dolayısıyla geç kronik evrede tanı almıştır.

Serebrovasküler tutulum, çoğunlukla ekstrakraniyal karotis arterlerde ve vertebral dolaşımında görülen tıkanıklık, daralma, anevrizma ve arteriyel kalınlaşma ile birlikte beşte bir hastada aortoarterit vakası bildirilmiştir. Ayrıca, literatür incelendiğinde renkli Doppler ultrasonografik görüntülemenin ve anjiyografinin hastalığın şiddetini saptamada oldukça yararlı olduğunu görülmektedir (11). Karotis Doppler ultrasonografinin ve BT anjiyografinin non-invaziv radyolojik görüntüleme yöntemleri olması, hasta tercihi nedeniyle Takayasu arteriti tanısında rutin kullanım alanı bulmuştur (12).

Sonuç olarak, açıklanamayan baş ağrısı, boyun ağrısı ve periferik nabız yokluğu olan ve radyolojik değerlendirme için refere edilen hastalarda Takayasu arteriti olabileceği akılda tutulmalıdır. Laboratuvar incelemesi spesifik olmamasına rağmen, karotis Doppler ultrasonografi ve BT anjiyografi bulguları tanı için yararlıdır.

Etik Onay: Olgu sunumumuzda Helsinki Bildirgesi etik ilkelerine uyulmuş ve ayrıca hastadan aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

Finansal destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, bu makalenin araştırması, yazılışı ve/veya yayınlanmasıyla ilgili herhangi bir potansiyel çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazar makalenin her aşamasına katkıda bulunduğunu beyan eder.

KAYNAKLAR

1. Somashekar A, Leung YT. Updates in the diagnosis and management of Takayasu's arteritis. *Postgrad Med.* 2023 Jan;135(-sup1):14-21.
2. Keser G, Aksu K, Direskeneli H. Takayasu arteritis: an update. *Turk J Med Sci.* 2018 Aug 16;48(4):681-697.
3. Tacoy G. Management of Takayasu arteritis. *Future Cardiol.* 2018 Mar;14(2):105-108.
4. Samson M, Greigert H, Ramon A, Bonnotte B. Targeted treatment in Takayasu arteritis. *Joint Bone Spine.* 2022 Mar;89(2):105338.
5. F Guédon A, Bourgade R, Elhannani M, Toquet C, Espitia O, Fain O, et al. Artérite de Takayasu [Takayasu's arteritis]. *Rev Prat.* 2023 Apr;73(4):400-405.
6. Lalmachhuani PC, Daimei SL, Ralte RL. A case of Takayasu arteritis in an elderly male patient. *Indian J Medical Research Pharmaceutical Sciences.* 2017;4(12).
7. Khan MAM, Banoo H: A case report of Takayasu arteritis. *Med Today.* 2012;24(2):79-81.
8. Kim ESH, Beckman J. Takayasu arteritis: challenges in diagnosis and management. *Heart.* 2018 Apr;104(7):558-565.
9. Mruthyunjaya P, Misra R. Update on Takayasu arteritis: Year in review 2024. *Int J Rheum Dis.* 2024 Sep;27(9):e15314.
10. Bhandari S, Butt SRR, Ishfaq A, Attaallah MH, Ekhatior C, Halappa Nagaraj R, et al. Pathophysiology, Diagnosis, and Management of Takayasu Arteritis: A Review of Current Advances. *Cureus.* 2023 Jul 29;15(7):e42667.
11. Dejaco C, Ramiro S, Duftner C, Besson FL, Bley TA, Blockmans D, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitides in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2018 May;77(5):636-643.
12. Chen B, Wang X, Yin W, Gao Y, Hou Z, An Y, et al. Assessment of disease activity in Takayasu arteritis: A quantitative study with computed tomography angiography. *Int J Cardiol.* 2019 Aug 15;289:144-149.