

# Abdominal Angina ve Kilo Kaybı ile Başvuran Takayasu Arteriti Olgusu

## A Case of Takayasu's Arteritis Presenting With Abdominal Angina and Weight Loss

Muhammet Emin ERDEM, Semih KEÇİCİ, Seydahmet AKIN, Didem KILIÇ AYDIN, Nesibe VARDI, Mustafa TEKÇE, Mehmet ALİUSTAOĞLU

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

### Özet

Takayasu arteriti, aorta ve onun büyük dalları gibi geniş arterlerin duvarlarının enflamasyonu ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Hastalığın sonuçları immün sistemin vücudun kendi arterinin duvarlarına saldırmasıyla ortaya çıkar. Hastaların başvuru şikayetleri genelde ateş, halsizlik, miyalji gibi nonspesifik semptomlardır. Hastamız abdominal anjina ve kilo kaybıyla tarafımıza başvurdu. Üst ekstremitelerde nabızlar alınıyorken, alt ekstremitelerde nabızlar alınamadı. Manyetik rezonans anjiyografide inen aort ve mezenterik arterde stenoz saptandı ve Takayasu arteriti tanısı konuldu. Nadir rastlanması nedeniyle bu olguyu sunuyoruz. Klinik pratikte bu tip olgulara nadir rastladığımız için bu olguyu sunmaya karar verdik.

**Anahtar sözcükler:** Abdominal anjina; Takayasu arteriti; vaskülit.

### Summary

Takayasu's arteritis is a rare disease involving inflammation in the walls of the largest arteries in the body: the aorta and its main branches. The disease results autoimmunity which causes inflammation in the arterial wall. Patient symptoms are usually non-specific and include fever, malaise and myalgia. The patient was admitted with abdominal angina and weight loss. We were able to detect a pulse only in the upper extremities. Magnetic resonance angiography (MRA) revealed stenosis of the descending aorta and mesenteric artery. We diagnosed the patient with Takayasu's arteritis. This case is presented as an example of this rare condition.

**Key words:** Abdominal angina; Takayasu arteritis; vasculitis.

### Giriş

Takayasu arteriti (TA), büyük ve orta boy arterleri, özellikle aort ve ana dallarını tutan kronik enflamasyon ile karakterize, etiyojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. [1] Takayasu arteriti genellikle Güneydoğu Asya'daki kadınlarda yaşamın ikinci veya üçüncü dekadında ortaya çıkar, ancak son zamanlarda her iki cinste de dünya çapında eşit oranda görüldüğü bildirilmektedir. Avrupa'da insidans yılda 1-3/100000'dur. Damar

enflamasyonu arteriyel stenoz, oklüzyon, tromboz, dilatasyon veya anevrizmaya neden olabilir ve damar tutulumu yerine göre farklı klinik belirtilere neden olabilir.[3] Tanı konulması hastanın ateş, gece terlemesi, halsizlik, artralji, miyalji ve hafif anemi gibi nonspesifik bulgularla başvurması nedeniyle zor olabilir.[4] Hastamızın abdominal anjina ve kilo kaybı gibi daha nadir rastlanan yakınmalarla başvurup TA tanısı alması nedeniyle bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

**İletişim:** Dr. Muhammet Emin Erdem.  
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İç Hastalıkları Kliniği, 34305 Cevizli, Kartal, İstanbul  
**Tel:** 0216 - 441 39 00 / 1624

**Başvuru tarihi:** 20.11.2012  
**Kabul tarihi:** 10.04.2013  
**Online baskı:** 10.03.2015  
**e-posta:** m\_emin\_erdem@hotmail.com



## Olgu Sunumu

Elli bir yaşında erkek hasta, özellikle yemek sonrası artan şiddetli karın ağrısı, iştahsızlık, kilo kaybı, bacaklarda güçsüzlük ve dört ay içinde yaklaşık 18 kilo kaybı şikayetleri ile başvurduğu sağlık merkezinde ön planda gastrointestinal sistem (GİS) malignitesi düşünülerek incelenmiş. Batın ultrasonografide ve tüm batin menyetik rezonans (MR) görüntüleme belirgin bir patoloji saptanmamış. Üst GİS endoskopisinde alkalen reflü gastrit, kolonoskopide evre iki hemoroidal hastalık, endoskopik biyopsi sonucunda kronik gastrit saptanmış. Tümör markerları, angliadin ve antienomisyum antikoları negatif tespit edilmiş. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sağ akciğer üst lob apikal segment düzeyinde tüberküloz sekeli ile uyumlu görünüm olup, tüberküloz aktivasyonu lehine bulgu saptanmamış. Yapılan incelemeler sonucunda kesin tanı konulamaması üzerine hasta polikliniğimize başvuru sonrası kliniğimize yatırıldı.

Özgeçmişinde dört sene önce lomber disk hernisi, altı sene önce inguinal herni, 12 yıl önce apandisit nedeniyle ameliyat olduğu, 20 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirdiği öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinç açık, koopere ve oriyente idi. Sağ koldan ölçülen kan basıncı 150/90 mmHg, sol kol 140/90 mmHg idi. Nabız: 84/dk, ateş: 36.6°C idi. Yapılan periferik arter muayenesinde radial nabızlar normal alınıyor, alt ekstremitelerde femoral, popliteal, dorsalis pedis nabızları alınamıyordu. Umbilikus ve ksifoide eşit uzaklıkta abdominal aort düzeyinde üfürüm tespit edildi ve 2 cm alt seviyeden sonra nabız alınamadı. Kaşektik görünümde olan hastanın diğer sistem muayeneleri normal idi. Bu bulgularla servise yatırılan hastanın yapılan incelemelerinde Hb: 14 gr/dl, MCV: 83 PLT: 220.000/mm<sup>3</sup>, glukoz: 80 mg/dl, üre: 32 mg/dl, kreatinin: 0.6 mg/dl, trigliserid: 120 mg/dl, HDL: 40 mg/dl, total kolesterol: 180 mg/dl, ürik asit: 4 mg/dl, AST: 30 U/L, ALT: 28 U/L, LDH: 240 U/L, CK: 45 mg/dl, amilaz: 88 U/L, total bilirubin: 0.8 mg/dl, albümin: 4 gr/dl, globülin: 3.5 gr/dl, Na:138 mEq/L, K: 4.3 mEq/L, Cl: 95 mEq/L, Ca: 8.9 mEq/L, Fe: 62 mg/dl, PT: 12.5 sn, INR: 0.95 aPTT: 29sn, Eritrosit Sedimantasyon Hızı (ESH): 30/saat, CRP: 9 mg/L saptandı. RF, Anti CCP; ANA, AntidsDNA, Anti Ro-La, Antifosfolipid IgG-IgM negatif saptandı. Tiroid fonksiyon testleri normal idi. PPD: 12 mm saptandı. Yapılan superior mezenterik arter ve abdominal aort MR anjiyografide abdominal aortanın iki taraflı renal arterleri vererek sonlandığı görüldü, infrarenal düzeyde tümüyle izlenememekte ve

total oklüde olarak görüntülendi. Superior mezenterik arterin abdominal aortadan çıkımından 1 cm sonra, 1 cm'lik segmenti boyunca preoklüziv stenotik segment saptandı. Yapılan alt ekstremité MR anjiyografide infrarenal düzeyde abdominal aort ve iki taraflı common iliak arterler izlenememekte olup, distale akım kollateraller vasıtasıyla oluşmakta idi. Toraks, üst ekstremité, boyun MR anjiyografi incelemesinde sağ subklaviyan arterin distal bölümünden itibaren başlayan, aksiller ve baziller arter boyunca devam eden yaygın stenotik segmentlerin varlıkları saptanıp stenozun yer yer %50'yi bulduğu görüldü. Yaptığımız klinik ve laboratuvar incelemelerde Tip III Takayasu arteriti tanısı konuldu. Hastaya oral olarak 1 mg/kg/gün metilprednisolon ve 2 mg/kg/gün azatioprin tedavisi başlandı. İmmüsupresif tedavi başlandıktan bir hafta sonra Girişimsel Radyoloji tarafından mezenter arter ve abdominal aortaya stent yerleştirildi. Hastanın semptomlarında iyileşme görüldü, femoral nabızları alınmaya başlandı. Tedavisinin devamı için romatoloji poliklinik kontrolü randevusu alınarak hasta taburcu edildi.

## Tartışma

Takayasu arteriti aortik ark sendromu, aortitis sendromu, nabızsızlık hastalığı, brakiosefalik arterit, oklüziv tromboarteritis, nonspesifik aortaarteritis, Mortarell's sendromu gibi çok çeşitli isimleri olan, aorta, aortun ana dalları (proksimal koroner ve renal arterler dahil) ve elastik pulmoner arterlerin aterosklerotik olmayan, kronik enflamatuvar bir hastalığıdır.<sup>[5,13]</sup> İnsidansı tam olarak bilinmemekle beraber (2.6 olgu/milyon/yıl) olguların çoğu Doğu Asya ülkelerinden bildirilmektedir.<sup>[6]</sup> %80-90 sıklıkta ortalama 10-30 yaş arası genç kadınlarda görülmektedir. Kırk yaşın üstündeki kadınlarda ise oldukça nadirdir. Hastalığın erken döneminde görülen sistemik semptomların hastalığa özgül olmaması nedeni ile genellikle tanı gecikmeyle konulmaktadır.<sup>[7]</sup> Literatürde 40 yaş üzerinde TA nadir olarak bildirilmektedir. 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.<sup>[7]</sup> Bizim hastamız 51 yaşında ve erkek olması nedeniyle farklılık göstermektedir.

Takayasu arteriti tipik olarak erken dönemde subferbil ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, halsizlik, kuvvetsizlik, artrit, miyalji ve artralji gibi hastalığa özgül olmayan semptomlarla başlar, ardından vasküler enflamasyon fazı ve onu takiben inaktif döneme girilir. Hastalık her

**Tablo 1.** Takayasu arteritindeki arteriyel tutulumun tipleri<sup>[17,18]</sup>

Tip I	Aort tutulumu
Tip IIA	Çıkan aorta, arkus aorta ve bunların dallarının tutulumu
Tip IIB	Çıkan aorta, arkus aorta ile bunların dalları ve inen torasik aorta tutulumu
Tip III	İnen torasik aorta, abdominal aorta ve/veya renal arter tutulumu
Tip IV	Abdominal aorta ve/ veya sadece renal arterlerin tutulumu
Tip V	Tip IIB ve Tip IV'ün kombinasyonu

zaman bu klasik seyirde gitmeyebilir.<sup>[6,12]</sup> Takayasu arteritili hastaların çoğu bu nonspesifik sistemik semptomlar nedeniyle teşhis konulmadan önce romatoid artrit, ankilozan spondilit sistemik vaskülit, aterosklerotik hastalık, infektif endokardit gibi hastalık ön tanılarıyla izlenmiştir. Bu nedenle tanısı gecikebilmektedir.<sup>[8,9]</sup> Bizim olgumuz bize başvurmadan önce abdominal anjina ve kilo kaybı olması nedeniyle GİS malignite düşünülerek GİS taraması yapılmış, fakat tanı konulması üzerine tarafımıza başvurmuştu.

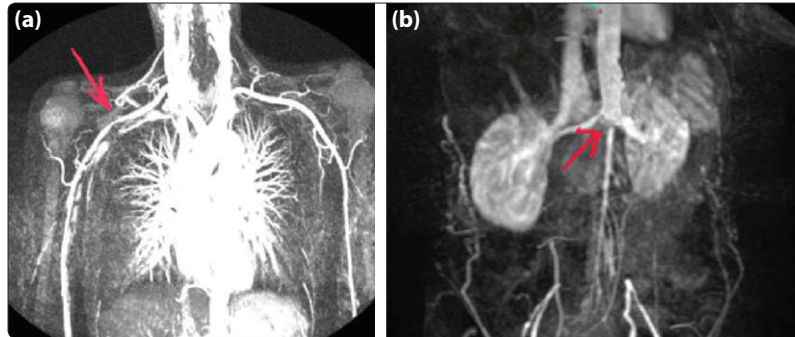
Takayasu arteritinde vasküler enflamasyon fazında görülen kladikasyon, nabızlarda azalma veya kaybolma, vasküler üfürüm, kollar arasındaki sistolik kan basıncı farkının 10 mmHg üzerinde olması gibi vasküler iskemik semptomlar hastalığın en önemli tanılabilir fizik muayene bulgularıdır.<sup>[8]</sup> Olgumuzda 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 olguların %72'de, remisyonunda olan olguların ise %56'sında yüksek olması hastalığa özgül duyarlılığı tartışmalı

kılmaktadır.<sup>[7,10]</sup> Bizim olgularımızda da eritrosit sedimentasyon hızı yüksekliği mevcut değildi. Sistemik bir tutulum gösteren TA'da böbrek tutulumu renovasküler yüksek tansiyonla karakterizedir.<sup>[15]</sup> Mikroskopik hematüri ve proteinüriye sıklıkla rastlanılır.<sup>[8,9]</sup> Bizim olgumuzda proteinüri ve hematüri saptanmadı. Takayasu arteritinde koroner arter hastalığı, hipertansif kalp hastalığı ve aort yetersizliği de sık görülen komplikasyonlardır.<sup>[11]</sup> Hastamızda sadece hipertansiyon mevcuttu.

Takayasu arteritinde teşhisinde kullanılan radyolojik görüntüleme incelemeleri dijital subtraksiyon anjiyografi (DSA), ultrasonografi ve MR anjiyografidir.<sup>[14]</sup> 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 ekstremitelerdeki arterleri de etkilenmektedir.

Olgumuza MR anjiyografi ile kesin teşhis konulmuştur. Hastamızda iki taraflı subklavian arter, inen aorta ve superior mezenterik arter tutulumu mevcuttu (Şekil 1a, b).

Takayasu arteritinin American College of Rheumatology tarafından 1990 yılında belirlenip daha sonra



**Şekil 1.** Manyetik rezonans anjiyografide (a) subklavian arter tutulumu (b) infra-reanal aortik tutulum görülmekte. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir ([www.kehadergi.com](http://www.kehadergi.com)).

geliştirilen altı tanı kriterinden en az üç veya daha fazlasının mevcut olması TA tanısını desteklemektedir.<sup>[1,4]</sup> Hastamızda bu kriterler tutuyordu ve Tip III Takayasu arteriti tanısı konuldu (Tablo 1).

Standart TA tedavisinde, özellikle aktif hastalık düşünüldüğünde ilk seçilmesi gereken ajan yüksek doz (1 mg/kg/gün) metilprednizolon veya eşdeğeridir. Yüksek doz kortikosteroid (KS) tedavisine yanıt genellikle iyidir, fakat KS dozunun yavaşça azaltılması sürecinde hastalık yeniden alevlenebilir. Bu nedenle, birçok klinisyen KS dozunun daha kolay düşürülebilmesi için, KS tedavisi ile birlikte veya KS dozunun azaltılma aşamasında metotreksat veya azatioprin gibi bir immünespresif ajan devreye sokmaktadır. Hastamıza ilk olarak metilprednizolon ve azatioprin tedavisi başlandı, daha sonra Perkutan Transluminal Anjioplasti (PTA) uygulandı. İleri derece arteriyel darlık olan TA hastalarında PTA sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Literatürde PTA uygulanan hastalarda iyi bir başarı oranı sağladığı gözlenmiştir.<sup>[16,17]</sup> Fakat restenoz oranı yüksek olan bu hastalıkta PTA ile immünespresif tedavinin birlikte uygulanması önemli bir noktadır.

Sonuç olarak TA'da erken dönemdeki nonspesifik sistemik semptomların hastalığa özgül olmaması nedeni ile tanı genellikle gecikme ile konulmaktadır. Abdominal anjınanın ayırıcı tanısında mezenter iskemi, GİS malignite gibi tanıların yanında Takayasu arteriti düşünülmeli periferik nabız muayenesinin özellikle yapılması gereklidir. Kırk yaş üzerinde nadir görülse de nonspesifik semptomlarla başvuran, fizik muayenede kollar arasında 10 mmHg'dan fazla kan basıncı farkı olan hastaların ayırıcı tanısında TA'nın da unutulmaması gerektiği düşüncesindeyiz.

### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

### Kaynaklar

1. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994;120(11):919-29. [CrossRef](#)
2. Fraga A, Medina F. Takayasu's arteritis. *Curr Rheumatol*

- Rep 2002;4(1):30-8. [CrossRef](#)
3. Numano F, Okawara M, Inomata H, Kobayashi Y. Takayasu's arteritis. *Lancet* 2000;356(9234):1023-5. [CrossRef](#)
4. Rubin GD, Rofsky NM. CT and MR angiography: comprehensive vascular assessment. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
5. Raikar S, Rezkalla S. Takayasu's arteritis: a report of three cases. *Wis Med J* 1994;93(6):261-3.
6. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994;120(11):919-29. [CrossRef](#)
7. Hoffman GS. Takayasu arteritis: lessons from the American National Institutes of Health experience. *Int J Cardiol* 1996;54 Suppl:S99-102. [CrossRef](#)
8. Sharma BK, Jain S, Suri S, Numano F. Diagnostic criteria for Takayasu arteritis. *Int J Cardiol* 1996;54 Suppl:S141-7.
9. Sousa AE, Lucas M, Tavora I, Victorino RM. Takayasu's disease presenting as a nephrotic syndrome due to amyloidosis. *Postgrad Med J* 1993;69(812):488-9. [CrossRef](#)
10. Suwanwela N, Piyachon C. Takayasu arteritis in Thailand: clinical and imaging features. *Int J Cardiol* 1996;54 Suppl:S117-34. [CrossRef](#)
11. Hashimoto Y, Tanaka M, Hata A, Kakuta T, Maruyama Y, Numano F. Four years follow-up study in patients with Takayasu arteritis and severe aortic regurgitation; assessment by echocardiography. *Int J Cardiol* 1996;54 Suppl:S173-6. [CrossRef](#)
12. Mason JC. Takayasu arteritis—advances in diagnosis and management. *Nat Rev Rheumatol* 2010;6(7):406-15. [CrossRef](#)
13. Arnaud L, Kahn JE, Girszyn N, Piette AM, Bletry O. Takayasu's arteritis: An update on physiopathology. *Eur J Intern Med* 2006;17(4):241-6. [CrossRef](#)
14. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, et al.. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994;120(11):919-29. [CrossRef](#)
15. Fadouach S, Abid-Allah M, Mehadjji BA, Tahiri A, Chraïbi N. Hypertension and Takayasu disease. Report of 8 cases. [Article in French] *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* 1998;47(3):155-9. [Abstract]
16. Lima LT, Christopoulos GB, Braga VM, Nemézio ME, Souza AP, Rêgo AC. Treatment of mesenteric angina in patients with Takayasu's arteritis. [Article in English, Portuguese] *Rev Bras Reumatol* 2011;51(2):193-5. [CrossRef](#)
17. Bongard O, Schneider PA, Krahenbuhl B, Bounameaux H. Transluminal angioplasty of the aorta, renal and mesenteric arteries in Takayasu arteritis: report of two cases. *Eur J Vasc Surg* 1992;6(5):567-71. [CrossRef](#)