

## NÖROTİK SENDROMLA KOMBİNE BİR TAKAYASHU HASTALIĞI VAK'ASI

Dr. Halis Karsu (\*)

Nadir görülüşü ve nörotik sendrom ile kombine oluşu nedeniyle Takayashu sendromlu bir vak'adan söz edeceğiz.

Takayashu bir japon göz hekimidir. 1908 de vizyon bozukluğundan şikâyet eden genç bir Japon kızında papilla etrafında arteriovenöz anastomoz ile katarakt tesbit ederek yayınlamıştır. 1856 da Savory ve 1872 de Kussmaul aorta ve kollarında sebebi bilinmeyen arterit'e ait yayında bulunmuşlardır. 1946 da Froving primer olarak arkus aortada (Aortic Arch Syndrom) tanımlamıştır. Daha sonraları 1952 de Collmise, Whitman Japon literatüründen 58 vak'a toplayarak yayınlamışlardır. 1954 de Ask-Almak iki vak'a yayınlamış ve üst ekstremitelerde nabız ve tansiyon alınmamasını belirtmek için pulseless Disease (nabızsızlık) terimini kullanmıştır. Daha sonra anjio-kardiografik incelemelere, otopsi bulgularına dayanarak lezyonun yerine göre Reserve Coarctation, Chronic Subclavian Steal, Mortelli sendromu gibi terimler kullanılmıştır. Ask-Almark ve Sano sebebi belli olmayan bu hastalığa ilk göz bulgularını tanımlayan yazarın adına izâfeten Takayashu hastalığı demişlerdir. Takayashu hastalığı daha çok 18-43 yaşları arasındaki kadınlarda görülür. Arkus aortadan çıkan damarların ağızlarında daralma veya tıkanma vardır. Arteria radialiste pülzasyon yoktur. Radial nabzın alınmadığı ekstremitelerde kaslarında atrofi ve en küçük eforla dahi iskemiye bağlı olarak ağrı görülür. Karotis nabzı alınamayanlar da senkop, hemipleji, körlük gibi serebral dolaşım bozuklukları bulunur.

Takayashu hastalığı arter tıkanması, etiyojisi yönünden iki gruba ayrılabilir.

1 — İltihabî,

2 — Dejeneratif.

İltihabî tıkanma daha çok genç kadınlarda görülür. Diffüz, Non-

(\*) Şişli Çocuk Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği Başasistanı (Şef: Doç. Dr. SUAT EFE).

spesifik arteritle karakterizedir. İltihabî Proçesin oturduğu yer damar cıdarı ve bilhassa adventisyadır, onu mediadaki harabiyet izler. İltihabî reaksiyon içinde dev hücre infiltrasyonu vardır. İltihabî sahalarında trombus kolaylıkla teşekkül edebilir. Bu iltihabın sebebi bilinmemektedir. Periarteritis nodoza veya diğer kollojen ve allerjik hastalıklarla bağlantısı olabileceği ileri sürülmese de ispat edilememiştir.

Dejeneratif tıkanma daha çok yaşlılarda görülür. Erkek ve kadında eşit oranda rastlanır. 50-60 yaşlarında meydana çıkar. Her ırkta görülmüştür. En sık görülen iki sebepten biri saküler anevrizma ile komplike sifilitik aortitdir. Diğeri trombüslü arteriosklerozdur. Aortanın büyük dallarında periarterit şeklinde başlayarak panarterit şeklinde gelişir. Tek taraflı olduğu gibi çift taraflı da olabilir. Arterlerde tıkayıcı lezyonla beraber subklaviküler aortik stenoz da olabilir. Başlangıçta bu tıkayıcı lezyonun sebebinin daha çok sifilitik aortitis olduğu sanılırdı. Amerika'da nabızsızlık hastalığı bulunan orta ve ileri yaş gruplarında yapılan incelemeler, arterlerde tıkayıcı hastalığa sebep olan patolojik lezyonun çok zaman arterioskleroz olduğunu ortaya koymuştur.

*Klinik Özellikleri* : Takayashu hastalığında teşhis genellikle hayatın üçüncü on yıllık devresinde konur. Baş dönmesi, Senkop, konvülziyon, afazi, disfaji, baş ağrısı, migren, geçici serebral iskemi sonucu hemipleji veya hemiparazi, dengesizlik, bir veya iki taraflı karotis arterlerinin palpe edilemeyişi, geçici körlük, ambliyopia, fotopsi, hızlı gelişen kataraktlar, retinal atrofi veya pigmentasyon, fotofobi, optik atrofi, iris atrofisi, retina damarlarının az beslenmesi, peripapiller arterio-venöz anostomozlar artero-venöz fistüller, göz içi arter basıncının düşmesi, yüz kaslarının atrofisi, yüz derisinin ince pigmentasyonu, burun ve damağın ülserasyonu, kan basıncının kollarda çok düşük veya sıfır oluşuna rağmen alt ekstremitelerde artması (bu sebeple tersine dönmüş koarktasyon da denir). Subklaviyen ve brakial nabzın hiç alınmayışı, üst ekstremitelerde, interkostal aralıkta ve boyunda kollateral arterlerin oluşu, ensede ve üst göğüs boşluğunda devamlı mürmür bulunuşu çıkan aorta intimasında kalsifikasyon, aorta regürjitasyonu, angina pektoris ve miyokard enfarktüsü görülebilir. Bu semptom ve bulguların çoklukla beyin, göz, yüz ve üst ekstremitelerde iskemisi ile ilgili olduğu hatırlanarak tutulunca teşhise daha kolay varılır. Geçici görme bulanıklığı en çok görülen semptomlardandır. Ani vaziyet değiştirmelerde semptomlar daha barizleşir. Meselâ yatarken doğrulma sırasında, boyunun yukarı bakmak için fazla gerilmesi halinde

semptomlar meydana çıkar. Hasta aşağıya baktığı zaman daha rahat ettiğini ifade eder.

*Patoloji* : Histolojik olarak damarların bütün tabakalarını tutar. Dev hücre infiltrasyonu ile karakterli, lümen tıkaçıcı bir arteritis söz konusudur. Patolojik süreç çoğunlukla arteria subklaviya, arteria karotis ve koroner arter ağzlarını tutar. Torasik abdominal aorta ve mezenterik arterlerin de hastalığa katıldığı müşahede edilmiştir.

*Prognos* : Bu hastalar serebral iskemi veya kalp hastalığı ile ölürlür. Hastalık başladıktan sonra sürviyi belirleyen bir kriter yoktur. Semptomlar çiktikten sonra hastalar 7-14 yıl kadar yaşarlar.

*Tedavi* : Arteriel tromboza engel olmak amacı ile antikuagülan tedavi öğütlenmektedir. Uygun vak'alarda sempalektomi, endarterektomi, lokal rezeksiyon ve damar grefi uygulanabilir. Sinüs karotikus denervasyonu veya karotid cismin çıkarılması dolaşımı açabilir. Fakat trombüs teşekkülüne mani olamaz.

*Vak'a* : S.A. Erkek, 41 yaşında. Bartınlı prot. No. 1599-86 Servise yattığı tarih 8.2.1973, taburcu olduğu tarih 19.2.1973.

*Şikâyeti* : Zamansız baş dönmeleri, halsizlik, ateş basması, uykusuzluk, çarpıntı, sıkıntı, halsizlik, vücudunda yaygın ağrılar, terleme, ayak altlarında yanma, şüphecilik, kollarında uyuşma, iç sıkıntısı.

*Hikâyesi* : İki seneden beri yukarıdaki şikâyetleri yüzünden birçok defa hekime baş vuran hasta verilen minör trankilizan ilâçlardan yararlanmamış. İki yıl önce spontan iyileşme gösteren sol hemipleji tarif ediyor. Son günlerde şikâyetleri artınca hastanemiz polikliniğine müracaat ederek tetkik ve tedavisi için servisimize yatırıldı.

*Öz Geçmişi* : Varis ameliyatı geçirmiş.

*Soy Geçmişi* : Evli, iki çocuklu, anne ve babası bilmediği hastalıklardan ölmüş. İrsi bir hastalık tarif etmiyor.

*Alışkanlıkları* : Hiçbir kötü alışkanlığı yok.

*Genel Durum* : Hasta aktif sansorium açık, etrafı ile ilgili, turgor, tonus ve deri altı yağ dokusu normal. Ödem, ikter, siyanoz, adenomegali yok. Miksiyon, defekasyon normal, sağ bacakta geçirdiği varis ameliyatına ait sikatris mevcut. İskelet yapısı tam.

*Solunum Sistemi* : Her iki akciğer solunuma eşit iştirak ediyor. Vibrasyon torasik normal. Perküsyon ile matite alınmıyor. Oskültasyon bulguları normal.

*Dolaşım Sistemi* : Her iki kolda T.A. alınmadı. Radial nabız sol kolda alınmıyor. Sağ kolda çok hafif duyulabiliyor. 64/Dak. Apéks 5. interkostal aralıkta ve medioklaviküler çizgi üzerinde. Patolojik ve ilâve ses yok. Venöz dolgunluk yok. Bacakta T.A. 180/100 mm.Hg.

*Sindirim Sistemi* : Dişler eksik, Dil paslı ve ıslak, batın yumuşak ve serbest. Karaciğer ve dalak kosta kenarını geçmiyor.

*Merkezi Sinir Sistemi* : Refleksler normal, patolojik refleks yok, sathi ve derin hissiyet normal.

*Ürogenital Sistem* : Lomber belgelerde hassasiyet yok, üreter noktaları normal. Bimanuel muayene ile böbrekler ele gelmiyor.

*Lâboratuvar Bulguları :*

Hgb	:	%80	Lökosit Formülü	İdrar Bulguları				
Eritrosit	:	4.210.000	Parçalı	:	%69	Renk	:	Sarı
Renk indeksi	:	0,8	Eo.	:	%2	Görünüm	:	Berrak
Lökosit	:	6.300	Mono	:	%4	Yoğunluk	:	1022
			Lenfosit	:	%25	Reaksiyon	:	Asit
						Alb.	:	Yok
						Şeker	:	Yok
						Bilurubin	:	Yok
						Urobilino-		
						jen	:	Yok
						Sediment	:	2-3 lökosit, 1-2 erit. ve epitel hücre- resi.

*Sedimantasyon :*

1. Saat 40 mm.
2. Saat 70 mm.

**VDRL**  
Menfi

T. Lipid	:	%460 mg.	Na	:	%266 mg.	115,6	m.Eq.
Cholesterol	:	%200 mg.	K	:	%16 mg.	4,10	m.Eq.
K. Fenol	:	14 üni.	Cl	:	%355 mg.	100	m.Eq.
Gliserin	:	%84 mg.					

Teleradyografi: Kalp normal hudutlarda.

*Disküsyon* : Hastanın yapılan fizik muayenesi sırasında T.A. ve radial nabzın alınamayışı dikkatimizi çekti. Baş dönmesi, göz karar-ması, parestezi, iki yıl önce geçirdiği hemipleji hikâyesi bize Taka-yashu hastalığını düşündürdü.

Muayenede elde ettiğimiz semptom T.A.'in ve nabzın olmayışıdır. Bu durumu yaratabilecek hastalıklardan ayırmamız uygun olacaktır.

Raynaud hastalığında üst ekstremitelerde uyuşma, iğnelenme, dokunma duyusunda azalma, parmak uçlarında şiddetli ağrı, soğukluk ve beyazlık vardır. Yalnız parmak uçlarında pulzasyon yoktur, radialis nabzı ve T.A. alınır.

Atherosclerosis Obliterans ve diyabetik anjiopati neticesinde arteriyel yetersizlik görülebilirse de hastamızda jeneralize bir ateroskleroz düşünmüyoruz ve kan şekeri normal bulunmuştur.

Amboli ve tromboza bağlı yetersizliklerde ağrı, siaynoz, nisbeten lokal ve akut başlangıç tesbit edileceğinden bu ihtimalleri ekarte edebiliyoruz.

Yine periarteritis nodoza nadiren üst ekstremitte arterlerini tutarsa da hastamızda bu hastalığı kabul ettirecek bulgu yoktur. Takayashu hastalığı en ziyade subklavian Steal Syndrome ile karışabilir. Bunda Arteria subklavia ağzında trombotik bir darlık veya tıkanma vardır, o taraf brakial ve radial artere yeter derecede kan gitmez, tansiyon düşer. Nabız zayıflar veya kaybolur. Yorulma, ağrı, iğnelenme, uyuşma, baş dönmesi, ani yere düşme, konuşma ve görme bozukluğu gibi serebral hipoksi semptomları bulunabilir. Biz anjiografi yapmamış olmakla beraber klinik semptomlar tutmadığı için bu ihtimali ekarte ettik.

Bürger hastalığı daha çok alt ekstremitte arterlerini tutar ve genellikle asimetriktir.

Bu sendroma ait yerli ve yabancı neşriyata sık sık rastlamaktayız. Türkiye'de ilk neşriyat 1958'de Sökmen tarafından yapılmıştır (12) onu diğer yerli neşriyat izlemiştir (2, 3, 4, 5, 6, 15). Japonya'da bilhassa Tokyo'da Kiko, Nakao ve arkadaşları 84 vak'a toplamışlardır (10). Tokyo Üniversitesi 3. Dahiliye kliniğinde 1945-1966 yılları arasında 53 vak'a tesbit edilmiş, ikinci Dahiliyede 13, Showa Üniversitesinde 1961-1965 yılları arasında 5 vak'a ve diğer kliniklerde toplam 84 vak'a neşredilmiştir. Görpe ve arkadaşları (7), Küley ve arkadaşları (8), Sipahioğlu (13), Vardar (14) Takayashu hastalığı hakkında neşriyatta bulunmuşlardır.

Özet

Nörotik sendromla kombine oluşu ve nadir görülüşü nedeni ile bir Takayashu sendromlu hastadan bahsedildi.

Summary

A case of Takayasu's disease is presented.

LİTERATÜR

- 1 — Aktin, E. : Boyun büyük arterlerinin daralma veya tıkanmalarına bağlı serebro-vasküler ârızaların kliniği. T. Tıp Mec. 33,7,1967.
- 2 — Bengisu, Ü. : Karotis sistemi tıkanmalarında oftalmik dinamometri. T. Tıp Mec. 33.7.1967.
- 3 — Beyazıt, K., Tulpar, Aker, Ü. : Subklavian Steal Sendromu. T. Tıp Mec. 32.7.1966.
- 4 — Büyüköztürk, K. : Ekstrakraniyel (Torasikoservikal) arter daralma veya tıkanmalarına bağlı serebral dolaşım yetersizlikleri. T. Tıp Mec. 33.7.1967.
- 5 — Erman, M. : Damar hastalıkları teşhis ve tedavisi. Ankara Tıp Fak. yayını 1956.
- 6 — Erman, M. ve arkadaşları : İki Takayashu vak'ası. Milli Tıp Kongresi 1962.
- 7 — Görpe, A.; Ergün, N.; Efe, S.; Bostancı, N. : Takayashu'nun Aortik Arch Sendromu. T. Tıp. Mec. 26, 157, 1960.
- 8 — Küley, M.; Koçak, N.; Pazvantoğlu, S. : Bir Takayashu vak'ası. T. Tıp Mec. 27, 308, 1961.
- 9 — Mengis, C.L. et al. : The Aortic Arch Syndrom of Takayashu. A. Heart j. 55, 3, 1958.
- 10 — Nakao, K. ve arkadaşları : Takayashu's Arteritis, Clinical Report of Eight-Four cases. Circulation. V, 6, 1967.
- 11 — Segal, F. et al. : Aortic Arch Syndrom. A. Heart j. 55, 3, 1958.
- 12 — Sökmen, C. : A case of Pulseless disease in Turkey. A. Heart j. 55, 3, 1958.
- 13 — Sipahioğlu, H. : Erkeklerde Takayashu (Artritis) Aortik Ark Sendromu. T. Tıp Mec. 30, 2, 1964.
- 14 — Vardar, A. : Karotis çalma sendromu. T. Tıp Mec. 36, 6, 1972.
- 15 — Yassa, K. ve arkadaşları : Takayashu Sendromunda Etyoloji (Bir vak'a münasabetiyle). Haseki Tıp Bülteni. 10, 3, 1972.