

**OLGU SUNUMU**

**CASE REPORT**

**İSKEMİK İNME İLE PREZENTE OLAN TAKAYASU ARTERİTİ: İKİ OLGU SUNUMU**

**Fergane MEMMODOVA\*, Nurettin YAVUZ\*, Ufuk EMRE\*, Cansu SÖYLEMEZ\*,  
Orhan YAĞIZ\*, Nuri Özgür KILIÇKESMEZ\*\***

**\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İSTANBUL  
\*\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İSTANBUL**

**ÖZET**

Takayasu arteriti kan damarlarının inflamasyonu ile seyreden nadir bir vaskülitir. Sıklıkla aort ve dallarında stenoz ve anevrizmatik genişlemelere neden olur. İskemik inme bu hastalığın neden olduğu komplikasyonlar arasında önemli bir yere sahiptir. Bu vaka sunumunda iskemik inme ile başvuran ve Takayasu arteriti tanısı alan iki olguyu literatürdeki olgular eşliğinde tartışmak istedik.

**Anahtar Sözcükler:** Takayasu arteriti, iskemik inme, geçici iskemik atak.

**TAKAYASU ARTERITIS PRESENTING WITH ISCHEMIC STROKE: TWO CASE REPORTS**

**ABSTRACT**

Takayasu arteritis is a rare vasculitic disease characterized with inflammation of vessels. It commonly results stenosis and dilatations of aort and aortic branches. Ischemic Cerebrovascular Disease is one of the major complications of Takayasu arteritis. In this report we concluded two Takayasu arteritis cases in the light of current data whom presented with ischemic stroke clinical symptoms.

**Key Words:** Takayasu's arteritis, ischemic stroke, transient ischemic attack.

**GİRİŞ**

Takayasu arteriti (TA), aortu ve ana dallarını etkileyen, sistemik tutulum gösteren kronik, inflamatuvar, granümatöz bir vaskülitir (1). Hastalık sıklıkla kadınlarda, 2.-3. dekadada görülür (1). Bu yazıda etiyojisinde Takayasu Arteritin saptandığı, geçici iskemik atak (GİA) kliniği ile gelen ve takipte iskemik inme gelişen 44 yaşında kadın hasta ile amarozis fugaks kliniği ile başvuran 44 yaşında erkek hasta sunulacaktır.

**OLGU 1**

44 yaşında kadın hasta ağızda kayma, dilde uyuşukluk ve vücudun sol tarafında güçsüzlük şikayetleri ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Özgeçmişinde özellik saptanmayan hastanın acildeki nörolojik muayenesi normal sınırlarda idi. Beyin Bilgisayarlı Tomografi (BBT) ve difüzyon ağırlıklı görüntülemelerde özellik

saptanmadı. Doppler Ultrasonografi (USG) incelemesinde: sağ Common Carotid Arter (CCA) ve Internal Carotid Arterde (ICA) tüm trase boyunca lümeninde dolun defekti ve lümen içerisinde heterojen hipoeoik trombus ile uyumlu olabilecek alanlar saptandı. Yatarak takip önerilen hasta yatışı kabul etmeyerek kendi isteği ile taburcu oldu. Birkaç saat sonra konuşma bozukluğu, sol kol ve bacakta kuvvet kaybı ile tekrar acile başvuran hastanın nörolojik muayenesinde, dizartrik konuşma, sol üst ekstremitede 0/5 alt ekstremitede 3/5 hemiparezi ve sol tarafta taban cilt refleksi ekstansör olarak saptandı. Çekilen Manyetik Rezonans (MR) görüntülemelerde sağ Orta Serebral Arter (OSA) sulama alanında akut enfarkt ile uyumlu lezyon saptandı (Resim I).

Hastanın beyin ve boyun BT anjiyografi incelemesinde, sağ ICA bulbus düzeyinden

**Yazışma Adresi:** Dr. Fergane Memmodova İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Fatih, İstanbul.

**Tel:** 0212 469 60 00

**E-posta:** mfergane@mail.ru

**Geliş Tarihi:** 13.06.2016

**Kabul Tarihi:** 13.10.2016

**Received:** 08.08.2016 **Accepted:** 15.11.2016

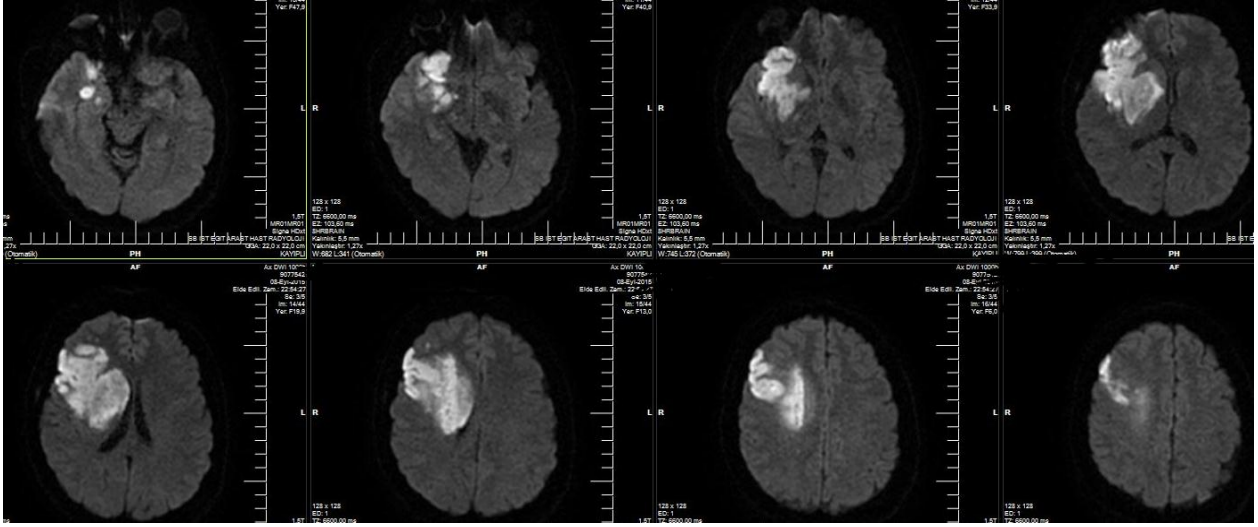
**Bu makale şu şekilde atıf edilmelidir:** Memmodova F, Yavuz N, Emre U, Söylemez C, Yağız O, Kılıçkesmez N. Ö. İskemik inme ile prezente olan Takayasu arteriti: iki olgu sunumu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2016; 23(1): 33-37. doi: 10.5505/tbdhd.2017.97759

Memmodova ve ark.

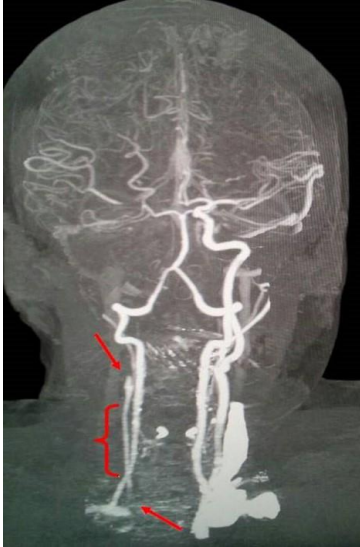
itibaren, OSA M1 dalını'da içine alan total akım kaybı olduğu izlendi (Resim II).

Yapılan tetkiklerinde (rutin laboratuvar, vaskülit testleri, kardiyak değerlendirme) etiyolojiye yönelik anormal bulgu saptanmayan hastanın, günlük tansiyon takiplerinde iki kol arasında 20 mmHg tansiyon farkı, öyküsünde ekstremitelerde kladikasyonu olması nedeni ile Takayasu Arteriti ön tanısına yönelik dijagnostik Dijital Substraksiyon Anjiyografi (DSA) incelemesi yapıldı (Resim III).

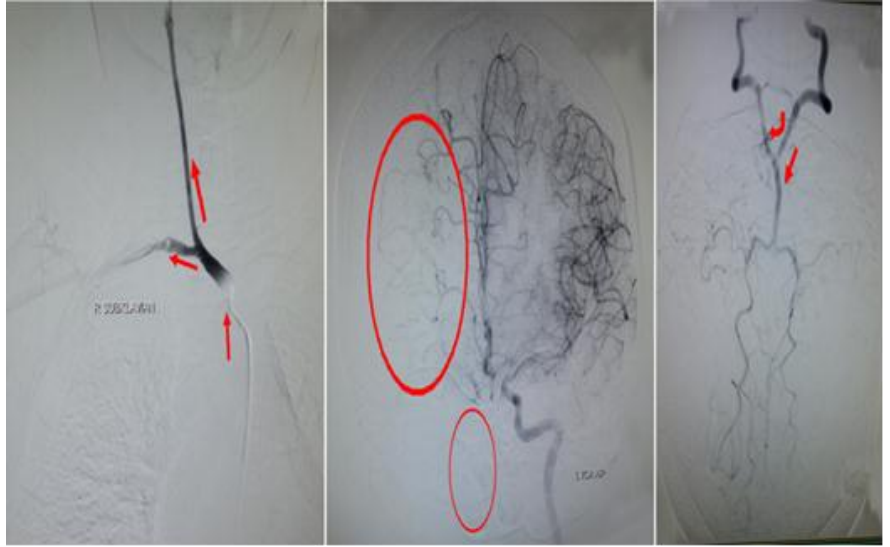
Sağ brakiosefalik arter çıkımında ciddi konstriktör darlık ve sağ Subklavian arter ve CCA da diffüz ince görünüm saptandı. Arka sistem dolaşımı: sağ vertebral arter (VA) ve baziler arter'i sol VA'nın doldurduğu (Subklavian çalma sendromu) izlendi. Olgu Takayasu Arteriti ile uyumlu olarak değerlendirildi. Romatoloji bölümü ile konsülte edilen hastaya 3 gün pulse steroid tedavisi, ardından 15 günlük diltiazem 60mg/gün tedavisi başlandı. Takipte romatoloji polikliniğine yönlendirildi.



**Resim I.** DWI MR'da sağ MCA sulama alanında akut enfarkt,



**Resim II.** BT anjiyo incelemesinde sağ ICA'nın bulbus düzeyinden itibaren, MCA M1 dalını da içine alan total akım kaybı.



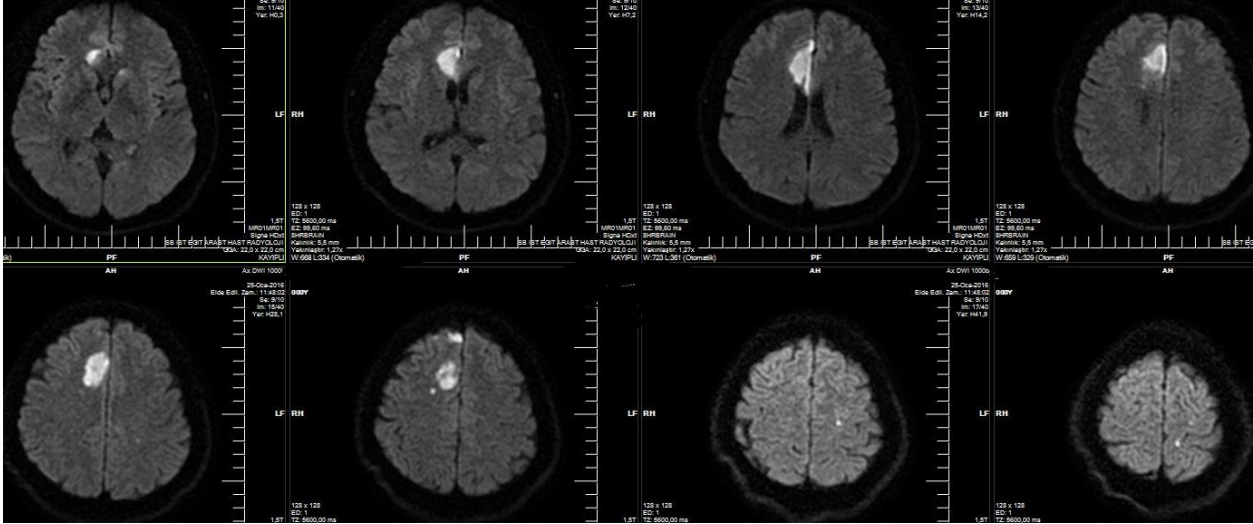
**Resim III.** DSA'da brakiosefalik arter çıkımında ciddi konstriktör darlık ve sağ Subklavian arter ve CCA'da diffüz ince görünüm saptandı. Sağ vertebral arter (VA) ve Baziler arteri sol VA doldurmaktadır (Subklavian steal sendromu).

**OLGU 2**

44 yaşında erkek hasta sol gözde geçici görme kaybı ile tarafımıza başvurdu. Şikayetleri yaklaşık 15 gündür 5dk süren ve düzelen sol gözde görme kaybı ataklarıyla başlamıştı. Halsizlik, çabuk yorulma, baş dönmesi, ekstemite kladikasyonu tariflemiyordu. Fizik muayenede, sağ kolda TA:110/80 mmHg, Nb:70/dk, sol kolda ise TA, nabız alınamadı. Hastanın yaklaşık iki yıl öncesinde sol kolda tansiyonun ölçülemediği söylenmiş, ama buna yönelik tetkik yapılmamıştı. Nörolojik muayenesinde özellik saptanmadı. Kraniyal MR'da sağ Anterior Cerebral Arter (ACA) sulama alanına ait akut dönemde enfarkt bulguları gösteren T2'de hafif hiperintens, T1'de izo-minimal hipointens görünüm izlendi. Aynı zamanda bilateral fronto pariyetal konveksitede, en büyüğü sağ anterior süperior frontal parasagittal kortikosubkortikal alanda çok sayıda akut dönemle uyumlu iskemik odakları saptandı (Resim IV). MR Anjiyografide, sağ CCA ve ICA'nın

servikal segmentinde total akım kaybı izlendi. Görünüm sağ CCA'nın orifis düzeyindeki oklüzyona sekonder olarak değerlendirildi. Sağ subklavian arter proksimalinde kısa segment preoklüzyon, sağ vertebral arter'in V1 segmentinde proksimalde hafif-ileri derecede, sol ICA'nın proksimal bulber servikal segmentinde orta-ileri derecede, sol ECA orifisinde ileri stenoz izlendi (Resim V).

Hastanın serebral DSA incelemesinde, sağ CCA, sol subklavian arter total oklüde, sağ subklavian arter distalinde, sol ICA ve sol ECA bulbusta kritik darlık saptandı (Resim VI). Renal Arter Doppler USG'de stenoz lehine bulguya rastlanmadı. Rutin laboratuvar incelemesinde özellik saptanmadı (biyokimya, sedim, CRP, vaskülit markerleri). Hastadan Takayasu Arterit tanısı ile Romatoloji konsültasyonu istendi. İmmünesupresif tedavi başlandığı öğrenildi. Ancak tedavinin ayrıntıları ile ilgili bilgilere ulaşılamadı.



**Resim IV.** DWI MR'ında sağ anterior medial frontal parasagittal kortikosubkortikal alanda singuler girusu içine alan, sağ ACA sulama alanına ait, akut dönemle uyumlu iskemik odağı.

**TARTIŞMA**

Takayasu arteriti, granümatöz vaskülit ile karakterize aort ve dallarının tutulduğu daha çok genç kadınlarda görülen nadir bir hastalıktır (1, 2). Prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, yaklaşık milyonda 2-3 oranında görüldüğü belirtilmektedir (2). Japonya, Güney Doğu Asya, Hindistan, Meksika'da sık görülür (3). Hastalığın erken döneminde nonspesifik semptom ve bulgular tabloya hakimdir. Hastalık ilerledikçe

tutulan damarların lokalizasyonuna göre farklı semptomlar ortaya çıkabilir (2). Farklı sistem tutulumuna ait bulguların yanı sıra (pulmoner, kardiyak, gastrointestinal sistem, göz vs..) hastaların yaklaşık yarısından fazlasında (%52.7) nörolojik sisteme ait belirti ve bulgular görülür. Bu bulgular erken dönemde ve çocuklarda yaygın değildir, genellikle geç dönemde ortaya çıkar. Sıklıkla baş ağrısı, geçici iskemik atak, iskemik ya



**Resim V.** MRA'da, sağ CCA ve ICA'nın servikal segmentinde total akım kaybı, Sağ subklavian arter proksimalinde kısa segment preoklüzyon, sağ VA'in V1 segmentinde proksimalde hafif-ileri derecede, sol ICA'nın proksimal bulber servikal segmentinde orta-ileri derecede, stenoz



**Resim VI.** DSA'da sağ subklavyen arter ve sol ICA ve sol ECA bulbusunda kritik stenoz.

da hemorajik inme, baş dönmesi, bilateral görme kaybı, senkop ve nöbet izlenebilir (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Yaygın olarak baş ağrısı görülürken nadiren nöbetle prezentasyon olabilir. İnme ise, karotid ve vertebral arter tutulumu ve hipertansiyona bağlı gelişen değişiklikler sonucu ortaya çıkabilir (4).

Klinikte inme olguları dikkatli sorgulandıklarında öncesinde baş dönmesi, baş ağrısı, çabuk yorulma ve sedimentasyon yüksekliği izlenebilmektedir (1, 5). Bizim de ilk olgumuz geriye dönük sorgulandığında; baş ağrısı, baş dönmesi ve ev işleri yaparken sağ kolda çabuk yorulma (ekstremiteler kladikasyonu) tariflemektedir.

Hastalığın tanı kriterlerine bakıldığında; başlangıç yaşının <40 yaş olması, ekstremiteler kladikasyonu, azalmış nabız ve nabızsızlık, iki kol arasındaki kan basıncı farkı >10 mmHg, subklavian arter ve aort üzerinde üfürüm ve DSA anormallikleri olarak belirlenmiştir. Takayasu arteriti tanısı için bu 6 kriterden en az 3'ünün bulunması gerekir (3). İlk olgumuzda iki kol arasındaki TA farkı >20 mmHg, ekstremiteler kladikasyonu, üfürüm ve anormal serebral DSA bulguları olmak üzere tanı için gerekli olan 4 kriter mevcuttu. İkinci olgumuzda ise sol kolda tansiyon ve nabız alınmıyordu, DSA bulguları da Takayasu arteritini desteklemektedir.

Serebral DSA bulguları tanı kriterleri arasında altın standarttır. İlk olgumuzda sağ hemisferin retrograd olarak (anterior komunikan arter aracılığı ile) sol ACA, sağ VA ve baziler arterin ise sol VA'dan dolduğu izlendi. Normal bireylerde subklavian ve brakial arterlerde trifazik akım paterni izlenmelidir. Ancak belirgin stenoz ya da oklüzyon olduğu durumlarda tanımlanan vasküler yapılar post stenotik bifazik akım paterni ortaya çıkmaktadır (11). Arteriyel tutulumun yaygınlığına göre TA hastalığı çeşitli tiplere ayrılabilir. TA tiplendirmesi için kullanılan anjiyografik sınıflandırmalar içinde, 1994'te tanımlanan ve Türk Takayasu Çalışma Grubu tarafından da kullanılan sınıflandırma genel kabul görmektedir (12). Bu sınıflamaya göre, Tip-I'de aorta ve bu bölgeden çıkan büyük arterler, tip-IIa'da ek olarak çıkan aorta ve tip-IIb'de bunlara ek olarak torasik inen aorta tutulur. Tip-III'te torasik inen aorta, abdominal aorta ve renal arterlerde tutuluş olurken, tip-IV'te sadece abdominal aorta ve renal arterler tutulur. Tip-V ise, kabaca tip-IIb ile tip-IV'un toplamıdır. Çok merkezli Türk Takayasu Çalışma Grubu verilerine göre, ülkemizde en yaygın tutuluş tip-V olup (%51), bunu tip-I tutuluş (%32) izlemektedir. Bu verilere dayanarak ülkemizde hastalığın geç tanındığı ve bu nedenle damar lezyonlarının daha fazla sayıda ve daha ağır şekilde ortaya çıktığı düşünülmektedir (13).

Takayasu arteriti tedavisinde medikal, endovasküler veya cerrahi girişim uygulanabilir. Endovasküler veya cerrahi girişimler sıklıkla, kritik düzeydeki damar oklüzyonlarının tedavisinde kullanılabilir. Ancak, bu tip girişimlerin hastalık aktivitesinin, inflamasyonun baskılanması sonrasında yapılması önerilmektedir (2). Medikal tedavisinde, özellikle aktif hastalık düşünüldüğünde ilk seçilmesi gereken ajan yüksek doz (1mg/kg/gün) prednizolon 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 doz azaltılma aşamasında metotreksat veya azatioprin gibi bir immünsupresan ajanı tedaviye eklemektedir (2). Tedavide, siklofosfamid ve anti TNF ajanlar da kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, etkin bir immünsupresif ve antiagregan tedavi ile remisyona girmiş hastalardaki sonuçların, aktif dönemde yapılmak zorunda kalınan endovasküler girişim sonuçlarından çok daha iyi olduğu belirtilmektedir (14).

Sonuç olarak, iskemik inme ya da GİA kliniği ile gelen özellikle genç hastalarda, muayenede her iki kolda nabız ve TA kontrolü, öyküde ekstremitte kladikasyonun varlığı sorgulanmalı, etiyolojik nedenler araştırılırken ayırıcı tanıda Takayasu arteriti de göz önünde bulundurulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Sikaroodi H, Motamedi M, Kahnooji H et al. Stroke as the first manifestation of Takayasu arteritis. *Acta Neurol* 2007; 107, 18-21.
2. Keser G, Aksu K. Dirençli Takayasu arteriti tedavisi. *RAED Dergisi* 2011; 3 (1-2):20-28.
3. Johnston S.L, Lock R.J, Gompels M.M, et al. Takayasu arteritis: a review. *J Clin Pathol* 2002; 55: 481-486
4. Ioannides M.A, Eftychiou C, Georgiou G.M, et al. Takayasu arteritis presenting as epileptic seizures: a case report and brief review of the literature. *Rheumatol Int* 2009; 29 (6): 703-5.
5. Yalınz H, Topcuoğlu M.Ş, Tokcan A, et al. Serebral dolaşımın sadece sağ vertebral arterle sağlandığı bir Takayasu arteritisi. *GKDC Dergisi* 1999; 7: 42-47
6. Shuaib U.A, Kate M, Homik J, et al. Recurrent non-aneurysmal subarachnoid haemorrhage in Takayasu arteritis: is the cause immunological or mechanical? *BMJ Case Reports* 2013(2013):bcr2013008825.
7. Peter J, Joseph G, Mathew V, et al. J Clin Diagn Res. Visual loss in takayasu arteritis-look beyond the eye 2014 Aug; 8(8)
8. Weiss P.F, Corano D.A, Pollock A.N, et al. Takayasu arteritis presenting as cerebral aneurysms in an 18 month old: A case report *Pediatric Rheumatology Online J* 2008; 6: 4.
9. Deshande A, Chandran V, Pai A, et al. Bilateral medial meduller syndrome secondary to Takayasu arteritis *BMJ Case Reports* 2013(2013):bcr0120125600.
10. O'Connor TE, Carpeneter HE, Bidari SH, et al. Role of inflammatory markers in Takayasu arteritis disease monitoring *BMC Neurol* 2014; 14: 62
11. Klierer M.A, Hertzberg B.S, Kim D.H, et al. Vertebral artery Doppler waveform changes indicating subclavian steal physiology. *AJR* 2000; 174:1464
12. Hata A, Noda M, Moriwaki R, et al. Angiographic findings of Takayasu arteritis: new classification. *Int J Cardiol* 1996; 54: 155-63.
13. Bıçakçığıl M, Aksu K, Kamaı S, et al. Takayasu's arteritis in Turkey-clinical and angiographic features of 248 patients. *ClinExpRheumatol* 2009; 27:S59-S64.
14. Kerr G.S, Hallahan C.W, Giordano J, et al. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994; 120:919-29.