

Anteriyor Miyokard İnfarktüsü Tablosu ile Gelen Takayasu Arteriti Olgusu

Y. Doç. Dr. Sait ALAN, Y. Doç. Dr. Mehmet Sıddık ÜLGEN, Y. Doç. Dr. Aziz KARADEDE,
Uz. Dr. Bircan ALAN*, Prof. Dr. Nizamettin TOPRAK

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, *Radyodiagnostik Uzmanı, Diyarbakır

ÖZET

Takayasu arteriti, aorta, aortanın majör dalları, pulmoner arteri tutan ve nadir görülen bir arterittir. Tutulan damar segmentlerinde daralma, tıkanma veya anevrizmatik dilatasyona yol açar. Renal arter tutulumu sık olmakla birlikte koroner arter tutulumu nadir fakat ciddi bir tablo oluşturur. Bu yazıda, ciddi hipertansiyonla birlikte akut anteriyor miyokard enfarktüsü tablosu ile başvuran ve aktif dönemde renal artere anjiyoplasti uygulanan bir Takayasu arteriti olgusu sunulmakta, akut miyokard infarktüsünün nadir sebeplerinden biri olan Takayasu arteritine dikkat çekilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anjiyoplasti, Takayasu arteriti, miyokard infarktüsü, renal arter darlığı

Takayasu arteriti kronik inflamatuvar bir hastalıktır, çoğunlukla kadınlarda ve genç yaşlarda ortaya çıkar. Kesin sebebi bilinmemekle birlikte otoimmünite ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Koroner arter tutulumu sıklığı nadirdir, renal arter tutulumuna bağlı olarak gelişen renovasküler hipertansiyonun tedavisinde girişimsel tedavi uygulanması gerekir. Erken greft tıkanması nedeniyle cerrahi düzeltme yerine balon anjiyoplasti başarıyla uygulanmaktadır. Ülkemizde seyrek olarak rastlanan hastalığın tipik bir örneği olan bu olguya başarılı anjiyoplasti uygulandı. Olguya ilişkin bilgiler sunulmuş, girişimsel endikasyonların bu hastalığın tedavisindeki yeri tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

İki saatten beri devam eden şiddetli göğüs ağrısı, terleme, bulantı ve yüksek tansiyon yakınmalarıyla hastanemiz acil servisine getirilen 40 yaşındaki kadın hastanın yapılan muayenesinde, TA: 180/100 mmHg, nabız: 95/dk. idi. Her iki radyal arter zayıf, femoral arterler ise daha dolgun olarak hissediliyordu. Göbek çevresinde 2/6 şiddetinde sistolik

üfürüm saptandı. Çekilen EKG'de yaygın ön duvar miyokard infarktüsü ile uyumlu (D1, AVL, V1-V6 ST yüksekliliği) bulguların görülmesi üzerine yatırılarak trombolitik tedavi (hızlandırılmış protokole göre, tPA), intravenöz nitrat, ve heparin başlandı. Hastane içi dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastaya yatışının ikinci haftasında koroner ve renal anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide; sol inen dalın 1.diyagonal arterinin çıkışından hemen sonrasında ardışık %80 ve %95, 2.diyagonal daldan sonra %80 çap daralması saptandı. Arkus aorta dan yapılan aortografide ise her iki subklavya arterinin tam tıkalı olduğu görüldü (şekil-1, sağ subklavya arteri), (şekil-2, sol subklavya arteri). Ayrıca renal arter ostiyumlarının üzerinden selektif olmayan aortografide her iki renal arterde %80 daralma saptandı (şekil-3). Pulmoner anjiyografide ise darlık bulgusuna rastlanmadı.

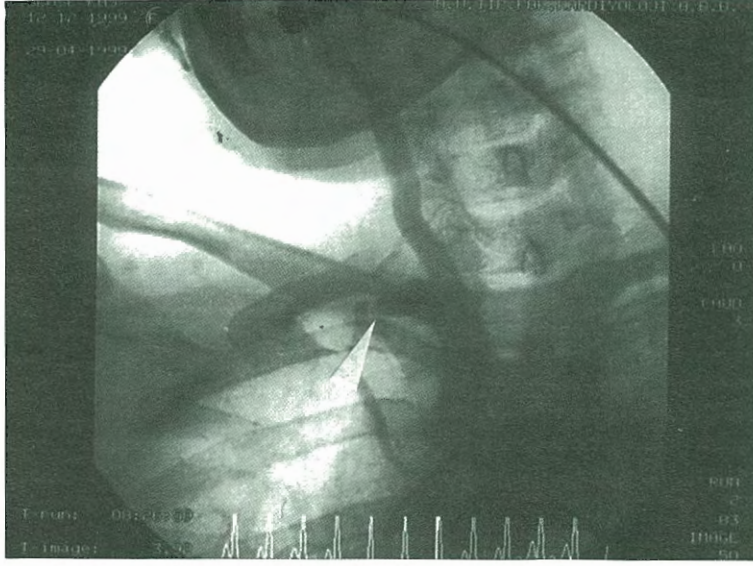
Temporal arter palpe edilerek, lokal anestezi altında cilt-cilt altı kesilerek temporal artere ulaşıldı. Arterin poksimal ve distal kısmı bağlanarak orta kısımdan biyopsi için iki santimetrelilik kısım çıkarıldı. Örneğin histopatolojik incelemesinde granülomatöz tip takayasu arteriti tanısı doğrulandı. Mevcut bulgularla tip-3 takayasu arteriti tanısı konulan hastaya koroner ve renal artere balon anjiyoplasti önerildi. Sosyo-ekonomik nedenlerle hasta girişimsel tedaviyi kabul etmemesi üzerine aspirin, kalsiyum kanal blokeri ve kortikosteroid tedavisi ile taburcu edildi.

Taburcu edildikten 2 ay sonra akut akciğer ödemi tablosu ile tekrar acil servise getirilen hastada TA 200/140 bulundu. Hasta yatırılarak intravenöz nitroprusit, diüretik tedavisine başlandı. Klinik tablo düzeldikten ve kan basıncı kontrol altına alındıktan sonra, durumu hakkında tekrar bilgilendirilen hasta yalnız, renal anjiyoplasti girişimini kabul etti. Renal anjiyografide 2 ay önce %80 darlık saptanan sol renal arterin tam tıkalı olduğu görüldü (şekil-4). Sağ renal arterdeki %80 darlığı gidermek amacıyla 10 numara kateter ile sağ renal arter ostiyumuna yerleşilerek, darlık başarılı bir şekilde dilate edildi. %80 olan daralma %10'a geriledi (şekil-5). Sol renal arterdeki tam tıkanıklık ise geçilemedi ve işleme son verildi. Siklofosamid, kortikosteroid ve kalsiyumkanal bloker'i verilerek taburcu edilen hastanın takiplerinde kan basıncı 160/90 mm Hg üzerine çıkmadı. 6. ay sonra kontrol anjiyografisinde sağ renal arterde anlamlı darlık saptanmadı.

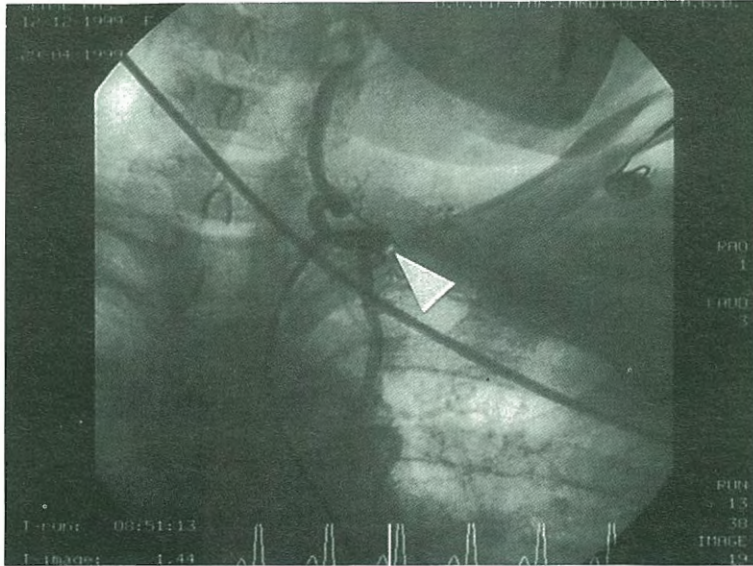
TARTIŞMA

Takayasu arteriti, 1908 yılında Japon oftalmolog Takayasu tarafından tanımlanmış olup, aorta ve onun majör dallarını tutan kronik inflamatuvar bir hastalık-

Alındığı tarih: 26 Haziran 2000, revizyon 16 Ocak 2001
Yazışma adresi: Y. Doç. Dr. Sait Alan, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır
Tlf: (0532) 442 1950 Faks: (0412) 248 8264
e-mail: alansait@hotmail.com
Bu olgu Türk İtalyan Hipertansiyon & Ateroskleroz kongresinde (Mart-2000) sözlü olarak sunulmuştur.



Şekil 1. Arkus aortadan yapılan selektif aortografide sağ subklavya arteri tam tıkalı olduğu görülmektedir.



Şekil 2. Arkus aortadan yapılan selektif Aortografide sol subklavya arteri tam tıkalı olduğu görülmektedir.

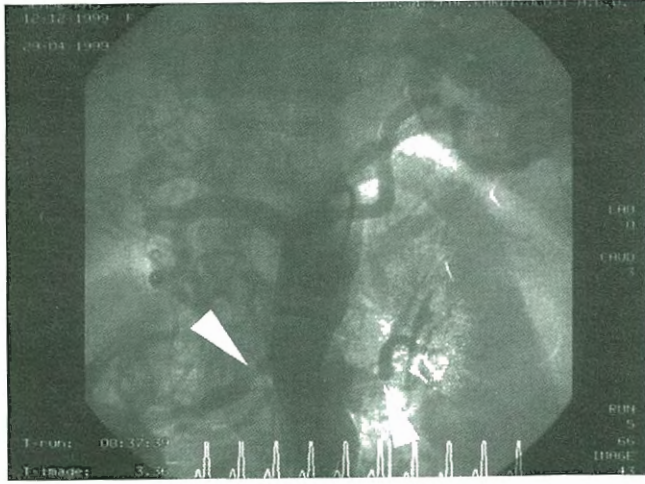
tır (1-3). Aynı zamanda aortik ark sendromu, nabızsızlık hastalığı, ters koarktasyon gibi değişik isimler de kullanılmaktadır. Kesin sebebi bilinmemekle birlikte otoimmünite ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Hastalığın erken evrelerinde tutulan damarlarda ortaya çıkan aktif inflamasyon zamanla intimal hiperplazi, mediyal degenerasyon ve adventisyal fibroza yol açarak damarlarda tıkaçıcı değişikliklere sebep olur (3).

Takayasu arteriti en sık aortik arkus ve onun büyük dallarını tutar. Koroner arter tutulumu sıklığı nadir olup %10 dan azdır, koroner (en sık proksimal ve ostiyum) lezyonları önemli komplikasyonlara neden olur (4-8). Takayasu arteriti, Lupi-Herrera ve ark. tarafından anatomo patolojik olarak 4 ayrı alt gruba ayrılmıştır (9). Tip 1 aortik ark ve dallarının tutulumu, tip 2 torako-abdominal aorta ve dalları özellikle renal ve mezenterik arter tutulumu, tip 3 ise ilk iki alt grubun kombinasyonu şeklindedir. Yukarıdaki herhangi bir alt grup bulguları ile birlikte pulmoner arter tutulumu tip 4 olarak adlandırılmıştır.

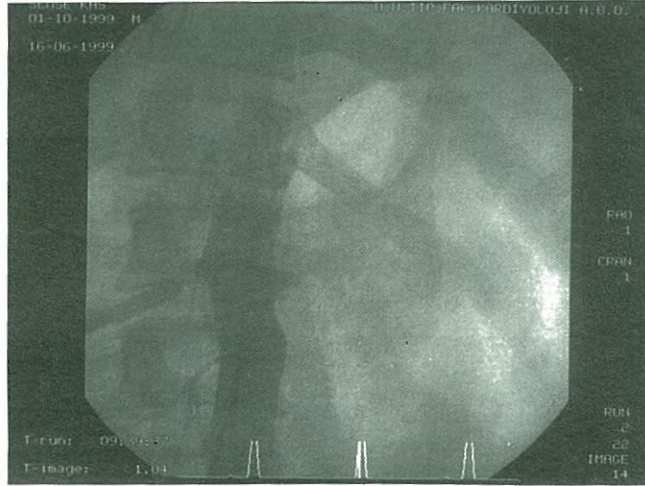
Hastalık kadınlarda 8 kat daha sık olup olguların 3/4'üne 20 yaşından önce tanı konulur. Hastaların yarısından fazlasında başlangıç semptomu ateş, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, eklem ağrısı, gece terlemeleri gibi sistemik inflamasyon bulgularıdır (3). Kronik bir oto-immün hastalık olduğu düşünülen bu hastalığın aktivasyon dönemlerinde sedimentasyonda yükselme görülmektedir. Tedavide bağışıklık baskılayıcı ilaçlar ile hastalığın gerilediğine ilişkin bulgular vardır (10-11). Siklofosamid kullanımı ile lezyonların gerilediği Bökrausky ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (11-12). Hastamızdan ilk geliş esnasında alınan kan örneklerinde sedimentasyon 42/saat, beyaz küre 11000/mm³ idi. Son 2-3 yıldır çeşitli antihipertansif ilaç tedavisi almış, fakat arteritis ile ilgili bir tanı konmamıştı.

Tip-1 ve tip-3 teki olgularda kan basıncı ve nabız üst ekstremitelerde zayıf ya da alınamazken, alt ekstremitelerde daha güçlü ve kan basıncı daha yüksektir (ters koarktasyon). Laboratuvar bulguları olarak (minör kriterler) akut faz reaktanları (sedimentasyon artışı, lokositoz), Ig G ve Ig M artışı saptanabilir. Aortografiyle hastalıklı damar segmentleri saptanabilir.

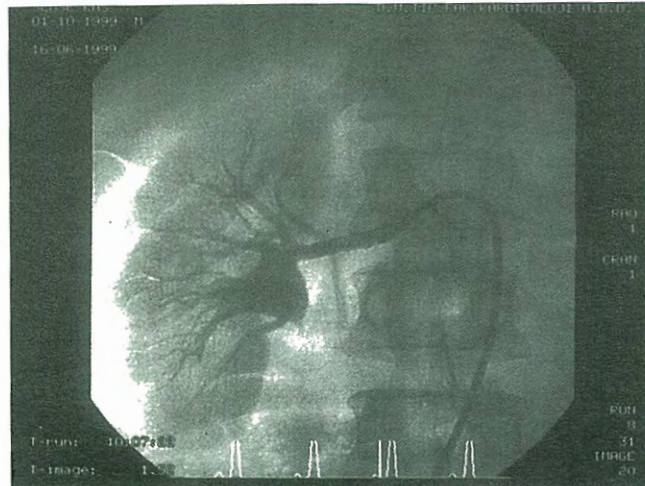
Tanı esnasında yaşın 40 veya altında olması zorunlu kriterdir. Subklavya arterlerin tutulumu iki majör



Şekil 3. Renal arter ostiyumlarının üzerinden selektif olmayan aortografide her iki renal arter de %80 çap daralması görülmektedir.



Şekil 4. Sol renal arterdeki darlık hızlı progresyon göstererek 2 ay sonra %80'den %100'e ilerledi.



Şekil 5. Sağ renal artere yapılan başarılı anjiyoplasti sonrası görünüm

kriterdir. Zorunlu kritere ilaveten iki majör, veya 1 majör 2 minör ya da 4 minör kriter tanı için gereklidir (6).

Olgumuz, yaş, majör ve minör kriterler yönünden Takayasu arteriti ile uyum göstermektedir.

Takayasu arteriti olgularında koroner arter tutulumu nadirdir (%7). Üç tip tutulum gösterir (7). En sıklıkla koroner ostiyum ya da proksimal segment tutulumu, ikinci sıklıkta ise koroner arterde diffüz daralma ve son olarak anevrizmatik değişiklikler olarak karşımıza çıkar (4-6). Bu olguların ancak %3'ünde miyokard infarktüsü gelişir (4). Sunduğumuz olgu bu gruba girmektedir.

Olguların %50-60'ında renal arter tutulumuna bağlı olarak gelişen hipertansiyonun tedavisinde girişimsel tedavi uygulanması gerekir. Erken greft tıkanması nedeniyle cerrahi düzeltme yerine balon anjiyoplasti başarıyla uygulanmaktadır (1,13). Sharma ve ark. (1) Takayasu arteriti sonucu oluşan renal arter stenozlu 20 hastada yaptıkları renal anjiyoplastide işlem başarısını %85, hipertansiyonun tedavi edilme oranını ise %82 olarak bulmuşlardır. Hastalığın aktif döneminde (sedimentasyon yüksekliği, lökositoz, CRP pozitifliği) yapılan anjiyoplastilerde ve işlem sonrası >%20 darlık kalanlarda restenoz oranı daha yüksek bulunmuştur (1).

Olgumuzda aktif dönemde yaptığımız anjiyoplasti esnasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi, ayrıca 6 aylık takibinde restenoz saptanmadı. Olgumuzdaki dikkati çeken başka bir nokta ise sol renal arterdeki %80 darlığın hızlı bir ilerleme göstererek iki ay gibi kısa bir süre içinde tam tıkanmaya yol açmasıydı. Bu da söz konusu hastalığın hızlı ilerleme ile mortalite ve morbidite artışına yol açabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Sharma S, Saxena A, Talwar KK, Kaul U, Mehta SN, Rajani M: Renal artery stenosis caused by nonspecific arteritis (Takayasu disease): Result of treatment with percutaneous transluminal angioplasty. AJR 1992; 158:417-22
2. Sharma S, Rajani M, Kamalakar T, Kumar A, Talwar KK: The association between aneurysm formation and systemic hypertension in Takayasu's arteritis. Clin Raiol 1990;42:182-7

3. **Isselbacher EM, Eagle KA, Desanctis RW:** Diseases of the Aorta. Heart Disease. A Textbook of cardiovascular medicine. Fifth Edition Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1997. p.1572
4. **Thomas D, Dubourg O, Bletry O, Kieffer E, Vedel J, Fenoll L, et al:** Coronary involvement in Takayasu's disease. A propose of 3 cases, of which 2 were surgically treated, and review of the literature. Arch Mal Coeur Vaiss 1984;77:386-96
5. **Ueno A, Awane G, Wakahayachi A:** Successfully operated obliterative brachiocephalic arteritis. Jpn Heart J 1967;8:538
6. **Ishikawa K:** Diagnostic approach and proposed criteria for clinical diagnosis of Takayasu's arteriopathy. J Am Coll Cardiol. 1988;12:964
7. **Amano J, Suzuki A:** Coronary artery involvement in Takayasu's arteritis. Collective review and guideline for surgical treatment. J Thorac Cardiovasc Surg 1991; 102: 554
8. **Matsubara O, Kuwata T, Nemoto T, Kasuga T, Numano F:** Coronary artery lesions in Takayasu arteritis: pathological considerations. Heart Vessels Suppl 1992;7:26-31
9. **A-Lupi-Herrera E, Sanchez TG, Marcusshamer J, Misperata J, Horowitz S, Velaj E:** Takayasu's arteritis: Clinical study of 107 cases. Am Heart J 1977; 93: 94
10. **Roberti I, Reisman L, Churg J:** Vasculitis in childhood. Pediatr Nephrol 1993; 7: 479
11. **Ener S, Çil E, Sağdıç K, Türe M, Cengiz M:** Takayasu Arteriti Olgusu; Türk kardiyol Dern Arş 1995; 23: 291-4
12. **Bokrausky AV:** Experience with 303 operations in nonspecific aortoarteritis. Takayasu Syndrome. Khirurgiya 1990; 11:3
13. **Saddekni S, Sniderman KW, Hilton S, Sos TA:** Percutaneous transluminal renal angioplasty in Takayasu's arteritis. Int Angiol 1983; 2:69