A Case of Takayasu's Arteritis Presenting with Acute Stroke

Akut İnme ile Prezente olan Genç Takayasu Arteriti Olgusu

Olgu Sunumu / Case Report

Tuba Akdağ, Onur Ergun, İdil Güneş Tatar, Hasan Ali Durmaz, Baki Hekimoğlu
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Takayasu arteriti aort ve ana dallarını etkileyen kronik sistemik bir vaskülit olup hastaların akut inme ile prezente olması çok nadirdir. Biz bu yazıda genç bir kadında akut inme ile prezente olan Takayasu arteriti olgusunu, anjiyografi bulguları ve endovasküler tedavisi ile birlikte sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler

Endovasküler İşlemler; İnme; Takayasu Arteriti

Abstract

Takayasu's arteritis is a chronic systemic vasculitis that affects the aorta and its main branches. The first presentation of this disease with acute stroke is a very rare condition. We report a case of Takayasu's arteritis presenting with acute stroke in a young woman with its angiography findings and endovascular treatment.

Keywords

Endovascular Procedures; Stroke; Takayasu's Arteritis

DOI: 10.4328/JCAM.2524 Received: 30.04.2014 Accepted: 22.05.2014 Printed: 01.10.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 5): 464-6
Corresponding Author: Onur Ergun, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye.
T.: +90 3125962618 GSM: +905326954040 E-Mail: onurergun@yahoo.com

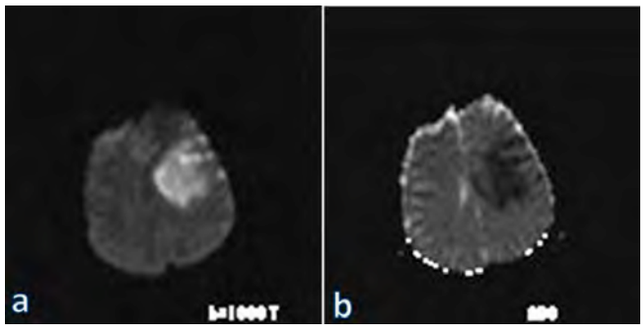
Giriş

Takayasu arteriti aort ve ana dallarını etkileyen, arteriyel duvarda kalınlaşma, fibrozis, stenoz, oklüzyon ve anevrizmalara neden olabilen sistemik tutulumlu kronik inflamatuar bir vaskülittir [1]. Başağrısı ve vertigo en sık görülen nörolojik semptomlar olup hastaların akut inme ile prezente olması çok nadirdir.

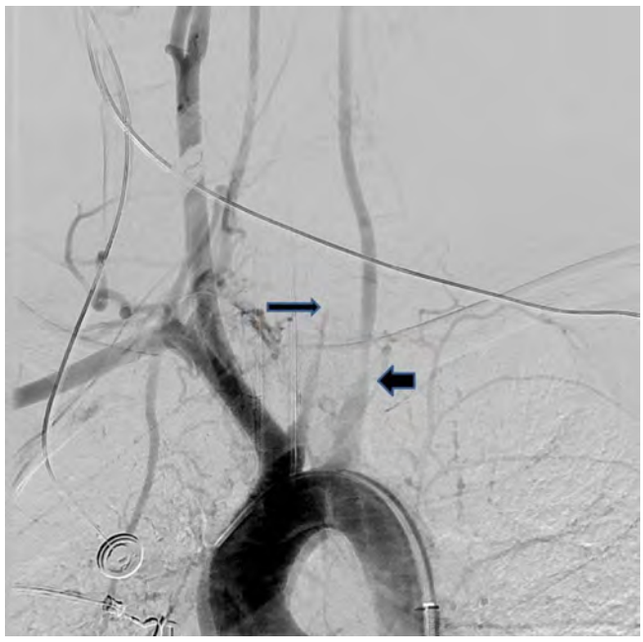
Olgu Sunumu

Bulantı, kusma ve bilinç bulanıklığı nedeniyle yakınları tarafından acil servise getirilen, gelişinde global afazik ve sağ hemiplejik olan 23 yaşındaki kadın hastaya difüzyon MRG (Resim 1) sonrası sol orta serebral arter enfarktı ön tanısı ile serebral anjiyografi yapıldı. Sol ana karotid arterin selektif kateterize edilememesi üzerine alınan arkus aortografide brakiyosefalik arter ile ortak kökten çıkan sol ana karotid arterin proksimalde incelerek tam oklüzyon gösterdiği izlendi. Ayrıca sol subklaviyan arterin de sol vertebral arter çıkışı sonrası benzer şekilde incelerek tam oklüzyon gösterdiği görüldü (Resim 2). Anjiyografi bulguları ile hastada Takayasu arteriti düşünüldü.

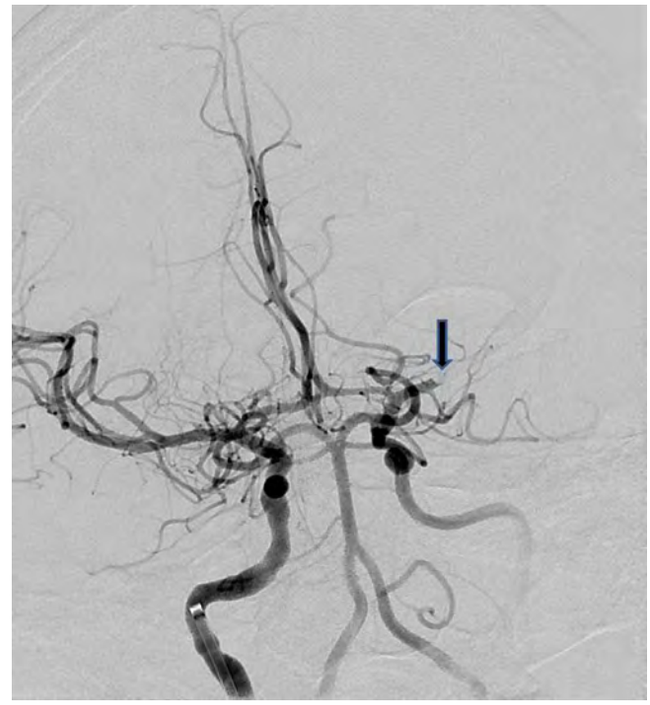
Bunun üzerine sağ internal karotid arter kateterize edildi ve alınan anjiyogramda sol ön ve orta serebral arterlerin patent anterior kominikan arter aracılığı ile sağ taraftan doluş gösterdiği görüldü. Sol orta serebral arterde orijinden 7 mm distalde total oklüzyon izlendi (Resim 3).



Resim 1. Difüzyon MRG' de difüzyon ağırlıklı görüntülerde (b=1000 sn/mm2) hiperintens (a), ADC harita görüntülerde hipointens (b) olarak görülen, sol orta serebral arter sulama alanına uyan akut enfarkt alanı izleniyor.



Resim 2. Arkus aortografide brakiyosefalik arter ile ortak kökten çıkan sol ana karotid arterin proksimal segmentte incelerek tam oklüzyon gösterdiği izleniyor (ince ok). Ayrıca sol subklaviyan arterin de sol vertebral arter çıkışı sonrası benzer şekilde incelerek tam oklüzyon gösterdiği görülüyor (kalın ok).



Resim 3. Sağ internal karotid arter enjeksiyonunda sol ön ve orta serebral arterlerin patent anterior kominikan arter aracılığı ile sağ taraftan doluş gösterdiği izleniyor ve sol orta serebral arterde orijinden 7 mm distaldeki total oklüzyon görülüyor (ok). Bilateral posterior kominikan arterlerin de patent olduğu izleniyor.

Sağ internal karotid artere kılavuz kateter yerleştirilmesini takiben mikrokateter ve mikrotel yardımı ile anterior kominikan arter aracılığı ile sağ taraftan sol tarafa geçildi ve sol orta serebral artere oklüzyon proksimaline yerleştirilen mikrokateterden 5'er miligram dozunda 3 defa olmak üzere toplam 15 mg doku plazminojen aktivatörü (tPA) verildi.

Alınan kontrol anjiyogramda oklüzyonda belirgin değişiklik görülmedi ve işlem sonlandırıldı. Hastanın takibinde nörolojik muayenesinde parsiyel iyileşme olduğu görüldü. Hasta işlemden 10 gün sonra nöroloji servisinden fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne nakledildi ve buradan taburcu edildi. İki ay sonra Takayasu arteriti tanısıyla immünoloji polikliniğine kontrole gelen hastanın nörolojik muayenesinde tama yakın düzelme olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç

Takayasu arteriti aort ve ana dallarını etkileyen, arteriyel duvarda kalınlaşma, fibrozis, stenoz, oklüzyon ve anevrizmalara neden olabilen nadir görülen sistemik tutulumlu kronik inflamatuar bir vaskülittir [1]. Hastalık ilk tanımlandığı yıllarda en yüksek insidans Güneydoğu Asya ülkelerinde ve genç kadın hastalarda bildirilmiş olsa da günümüzde tüm dünyada görülen ve her iki cinsiyeti de etkileyebilen bir hastalık olduğu bilinmektedir. Etyolojide hücre aracılı otoimmün bir reaksiyonun olabileceği düşünülmekle birlikte kanıtlanmış bir etyolojik faktör henüz bulunamamıştır [2].

Takayasu arteritinin en yaygın ortaya çıkış bulguları ateş, artralji ve kilo kaybı gibi non-spesifik bulgulardır. Hastalığın sonraki aşamalarında aorta ve dallarında obliterasyon ve inflamasyon ile karakterize kronik faza geçiş olmaktadır. En sık görülen nörolojik semptom başağrısıdır. İskemik nörolojik bulgular hastalığın geç evrelerine kadar ortaya çıkmayabilir. Literatürde serebral kan akımını sağlayan dört ana vasküler yapıdan üçünün ok-

lüde olmasına rağmen sadece vertigo şikayeti olan bir Takayasu arteriti olgusu bildirlmektedir [3]. Akut inme ise mortaliteye neden olması bakımından en önemli nörolojik bulgusu olup hastalığın seyri boyunca sıklığı %8-35 olarak bildirilmiştir [4]. Ancak hastalığın ilk olarak akut inme ile ortaya çıkması çok nadirdir.

Tanıda erken dönemde BT anjiyografi ve MR anjiyografi vasküler tutulumu gösterebilmesi ve hastaya erken tanı ve tedavi şansı verebilmesi açısından önemlidir. Anjiyografik inceleme ise tanıda altın standarttır ve işlem sırasında tedavi edici olanaklar da sunması açısından çok önemli bir role sahiptir. Literatürde intraarteriyel tPA kullanımı ile ilgili pozitif sonuçlar bildirilmiştir [5]. Semptomların başlangıcından itibaren ilk 6 saat içerisinde uygulanan intraarteriyel trombolitik enjeksiyonu mortalite oranları çok yüksek olan bu hastalar için önemli bir tedavi seçeneğidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi Takayasu arteritinin ilk olarak akut inme ile prezente olması nadir bir durum olduğu gibi, aynı zamanda intraarteriyel trombolitik tedavi için sol taraftan distale ulaşım olmadığı için sol orta serebral artere sağ taraftan ulaşılması olgumuzu daha da ilginç hale getirmektedir. İntraarteriyel trombolitik tedavi bizim olgumuzda akut dönemde etkili olmamakla birlikte hastaya uzun dönemde fayda sağlamış görünmektedir.

Sonuç olarak akut inme ile prezente olan genç hastalarda Takayasu arteriti tanısı da akılda tutulmalıdır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Numano F, Okawara M, Inomata H, Kobayashi Y. Takayasu's arteritis. Lancet 2000; 356(9234): 1023–5.
2. Johnston SL, Lock RJ, Gompels MM. Takayasu arteritis: a review. J Clin Pathol 2002; 55(7): 481-6.
3. Yazicilar O, Sagun OF, Yanılmaz M, Etlik O. A case of Takayasu's arteritis presented with vertigo alone. J Clin Anal Med 2014; DOI: 10.4328/JCAM.1919.
4. Kim HJ, Suh DC, Kim JK, Kim SJ, Lee JH, Choi CG et al. Correlation of neurological manifestations of Takayasu's arteritis with cerebral angiographic findings. J Clin Imaging 2005; 29(2): 79-85.
5. Ernst R, Pancioli A, Tomsick T, Kissela B, Woo D, Kanter D, et al. Combined intravenous and intra-arterial recombinant tissue plasminogen activator in acute ischemic stroke. Stroke 2000; 31(11): 2552-7.

How to cite this article:
Akdağ T, Ergun O, Tatar İG, Durmaz HA, Hekimoğlu B. A Case of Takayasu's Arteritis Presenting with Acute Stroke. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 5): 464-6.