

# NONSPEŞİFİK AORTOARTERİTİS (BİR OLGU NEDENİYLE)

Yrd. Doç. Dr. Nevzat DOĞAN (\*) • Doç. Dr. Mehmet DİNÇTÜRK (\*\*) • Yrd. Doç. Dr. Ergün UÇMAKLI (\*\*\*)  
Doç. Dr. İbrahim ÖZTEK (\*\*\*) • Prof. Dr. Enver DURAN (\*)

**ÖZET:** Nonspesifik aortoarteritis doğu kökenli genç kadınlarda sık görülen ve daha çok arkus aorta ve dallarını tutan iltihabi bir damar hastalığıdır. Bizim olgumuz 43 yaşında bir erkek hasta olup ilk bulgular bilateral iliak arterde saptandı. Daha sonra koroner arterlerde ve son olarak da sol brakial arterde tutulma saptandı. Bilateral iliak arterler peç plasti ile onarıldıktan sonra koroner arterlere anjiyoplasti uygulandı. Lokal anestezi altında yapılan brakial arter biopsisi ve iliak arterlerden alınan biopsi sonuçları Takayasu arteritis bulguları içeriyordu.

**SUMMARY:** The nonspecific aorto-arteritis which has been seen at oriental young women and commonly attached arcus aorta and its branches in an inflammatory vascular disease. Our case was a 43 year old man. We established the first findings of the patient at bilateral iliac arteries and then at coronary arteries and finally at left brachial artery. After repair of bilateral iliac arteries by patch plasty, PTCA was made to the patient. The etiology was reported as Takayasu's disease by histological research of both iliac arteries and brachial artery biopsy materials.

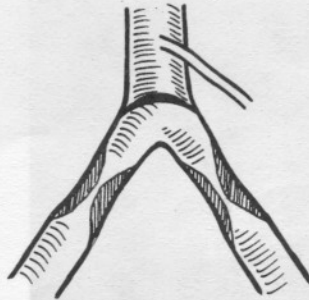
## GİRİŞ

Nonspesifik aortoarteritis veya Sistemik Dev Hücreli Arteritis gibi isimler de verilen bu hastalık ayrıca alt grup olarak Temporal Arteritis ve Takayasu Hastalığı diye ikiye de ayrılmaktadır. Temporal arteritis ile Takayasu hastalığı klinik olarak farklılıklar göstermekle birlikte histopatolojik tablo aynıdır (5). Biz burada olgumuzun özelliği nedeniyle Takayasu hastalığı üzerinde duracağız.

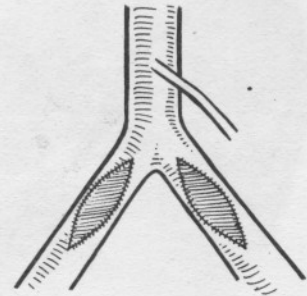
## OLGU

43 yaşında erkek hasta. Hayatını komando ve paraşüt hocası olarak kazanmaktadır. Yoğun bir alkol ve sigara bağımlısı. Diabet yok. Yakın zamana kadar hiçbir yakınması olmadığını ifade eden hasta birkaç aydan beri 150-200 m yürümeyle her iki bacağına giren ağrıdan yakınıyor. İstirahatla ağrısı geçen hastanın yapılan muayenesinde bilateral femoral arter nabızları zayıf olarak alınıyor ve batında iliak bifurkasyon hizasında üfürüm mevcut. Hastaya yapılan anjiyografide bilateral iliak arter ostiumunda ileri derecede dar-

lık saptandı. Aorta ve distal arterlerde ilave patolojik lezyon görülmedi. Hastaya anjiyoplasti denendiyse de başarılı olunamadı ve hasta operasyona alınarak iliak ostiumları açıldı. İliak arter duvarlarının lokalize olarak ve düzenli bir şekilde 7-8 mm kadar fibröz kalınlaşma gösterdiği saptandı. Duvar-dan biopsi alındıktan sonra darlıklar PTFE greft ile peç plasti yapılarak genişletildi (Şekil 1a,1b). Alınan biopsinin sonucu intima'da daha fazla olmak üzere damarın her üç tabakasını



Şekil 1a: İliak arterlerde saptanan darlıkların şematik görünümü.

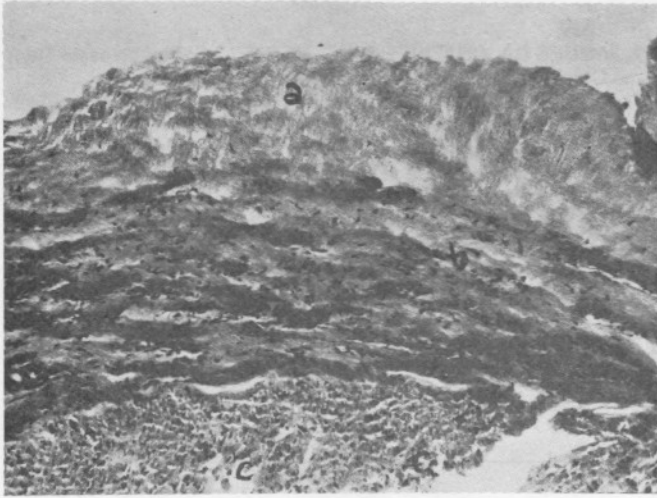


Şekil 1b: Aynı darlıkların peç-plasti ile düzeltilmesi.

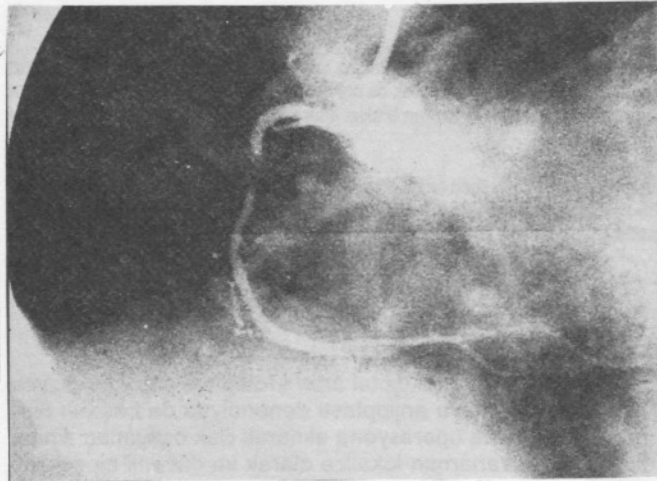
\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kalp ve Damar Cer. ABD

\*\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kardiyoloji ABD

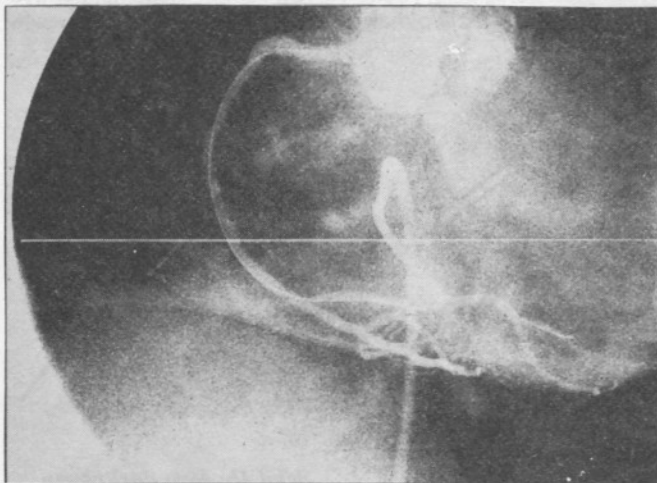
\*\*\* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji ABD



Resim 1: İntimada yoğun bağ dokusu proliferasyonu ile karakterize belirgin kalınlaşma ve intimada seyrek olmak üzere tüm damar katlarında iltihabi infiltrasyon. Mediada müküller ve elastik yapıların destrüksiyonu dikkati çekmektedir. (HE X 200) a: intima, b: media, c: adventisya.



Resim 2a: Sağ koroner proksimalinde tam tıkanıklık



Resim 2b: Anjioplasti sonrası tıkanıklığın açılmış hali.

da içeren hipertrofi ve yine tüm tabakalarda gözlenen iltihabi infiltrasyon ile Takayasu arteriti bulguları içeriyordu (Resim 1). Arteriosklerotik bulguya rastlanmadı. Hasta taburcu edildikten altı ay sonra bu kez göğüs ağrısı yakınması nedeniyle yeniden hastanemize başvurduğunda çekilen EKG'de önemli ST-T değişiklikleri görülmesi üzerine hastaya koroner anjiyografi çekildi ve sağ koroner arter ile sirkumfleks arterin proksimal segmentlerinde önemli darlıklar saptandı (Resim 2a,2b). Anjioplasti ile patolojisi giderilen hasta şifa ile taburcu edildi (Resim 3a,3b).

Bir yıl hiçbir yakınması yokken kontrol amacıyla hastanemize başvuran hastada sol koldan tansiyon ölçülmeyince; hasta bir süreden beri kendisinin de sol koldan nabız alamadığını ama bunun kendisini rahatsız etmediğini ifade etti.

Yapılan kontrolde aksiller arter ve distalinde nabızlar alınamıyordu. Hasta yeni bir anjiyografi ve operasyonu kabul etmemekle birlikte damar biopsisi için ikna edildi ve hastaya yapılan brakial arter biopsisinde makroskopik olarak brakial arterin tamamen sertleşmiş olduğu ve pulsasyonu olmadığı saptandı. Arteriotomi yapıldığında damar duvarının tamamen kalınlaştığı velumenin tıkanığı, lumenin hiç kan akımı olmadığı saptandı. Histopatolojik inceleme için yapılan kesitlerde daha önce yapılan iliak arter kesitlerinde olduğu gibi damarın intima ve adventisyasının ileri derecede hipertrofiye olduğu, belirgin bağ dokusu artımı olan intimanın damar lumenini tamamen kapattığı saptanırken, intimada en az olmak üzere tüm damar tabakalarında iltihabi infiltrasyon gözlemlendi (Resim 4).

## TARTIŞMA

Hastaların büyük çoğunluğu doğu kökenlidir ve % 85'i 3 ile 35 yaşları arasındaki kadınlardan oluşur (6,10). Ateş, adele ağrısı ve anoreksi gibi nonspesifik erken semptomlar genellikle gözden kaçtıktan sonra hastalar çoğunlukla hastalığın tuttuğu bölgeye has kardiovasküler semptomlarla doktora başvurulur (4). Lezyonların tipi aynı olmakla birlikte hastalık batılılarda doğululara göre daha malign seyretmektedir (6).

Hastalığı dört tip altında toplamak mümkündür (5,10).

Tip I: Arkus aorta ve dalları tutulmuştur ve % 8.4 oranında görülür.

Tip II: İnven torasik aorta ile abdominal aorta tutulmuştur ve % 11.2 oranında görülür.

Tip III: Arkus aorta ve dallarıyla abdominal aorta ve dalları tutulmuştur. % 65.4 oranında görülür.

Tip IV: Pulmoner arter tutulmasıdır. Diğer tiplerle birlikte veya yalnız olabilir. % 15 oranında görülür.

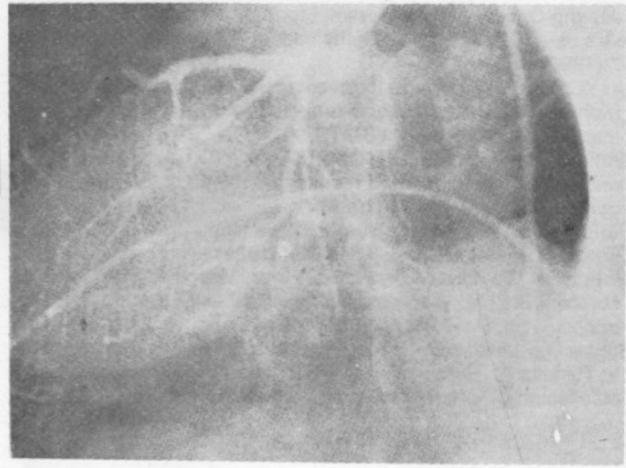
Yukarıdaki tablonun incelenmesinden de anlaşılacağı üzere bizim olgumuz Tip III'e giriyor olmakla birlikte ilave olarak koroner arter tutulması da vardır.

Nörolojik veya kardiovasküler semptomlarla başvuran hastalarda görülen en önemli kardiovasküler semptom tutulan yerin distalinde nabız amplitüdünün azalması veya nabızın tamamen kaybolması ile hipertansiyondur. Hipertansiyon genellikle torasik veya abdominal aortada meydana gelen koarktasyona veya renal arter stenozuna bağlıdır (11). Nörolojik semptomlar da hipertansiyon veya karotid arter tutulması sonucu ortaya çıkar (11).

Park ve ark. 47 hastadan oluşan serilerinde % 55 oranında sol a. subklavia, % 53 oranında abdominal aorta, % 45 oranında sağ renal arter, % 38 oranında sağ a. subklavia



Resim 3a: Sirkumfleks arterin proksimalinde darlık.



Resim 3b: Aynı arterdeki darlığın anjioplasti sonrası görünümü.

ve sol renal arter, % 32 oranında inen torasik aorta, % 30 oranında sol a. karotis ve % 15 oranında da koroner arter tutulması saptamışlardır (3). İliak arter tutulması ise oldukça nadirdir (2).

Lezyonlar segmenterdir ve intimal yastıkçıklar şeklinde sınırları keskindir. Aort dallarındaki lezyonlar, genellikle, ostiumda ya da proksimal segmenttedir (6,9). Anevrizma çok sık görülmemekle birlikte en sık görüldüğü yer inen torasik aortadır (1).

NAA'nın özelliği intraparenkimal damarları ve ekstremitelerdeki distal damarları tutmasıdır. Olguların sadece % 10'unda sekonder olarak ekstremiteleri besleyen majör arterlerde de tutulma olabilir. İstisna olarak Japon literatüründe 8 intrakranial NAA anevrizması yayınlanmıştır (5).

Damarın bütün tabakalarının tutulmasına rağmen en fazla etkilenen mediadır. Medianın dış 1/3'ünde sellüler proliferasyonla birlikte prodüktif enflamasyon ve düz kas destrüksiyonu gözlenir. Multifoküler olarak elastik lif destrüksiyonu da vardır. Karakteristik olarak media, kalınlaşmış fibroz intima ile manşon gibi kalınlaşmış adventisya arasında atrofiye olmuş gibidir. İntimadaki kalınlaşma genellikle yoğun bağdokusu proliferasyonu şeklindedir. Aorta veya dal lumenindeki darlığa veya tıkanmaya intimadaki kalınlaşma neden olur. Bu kalınlaşma hemen daima mediadaki enflamatuvar değişikliklerle birliktedir ve eksternal elastik membran-daki destrüksiyon da bunlarla birlikte görülür (5,6,9).

Takayasu arteritine bağlı tıkanıklıklarda yapılan anjioplastiler genellikle tam başarı ile sonuçlanmıyor; ilk etapda damar açılabilir bir süre sonra hastalar restenoz ile tekrar hastaneye baş vurmak zorunda kalıyorlar (8). Bunun için de uygulanacak cerrahi girişimde fazla agresif davranılmaması, sağlam damar segmentleri arasında bypass yapılması görüşü hakimdir (5).

Hastalığın akut ya da alevlenme dönemlerinde cerrahi girişim yapılmamasını öneren yazarlar olduğu gibi bu alevlenmelerin kortikosteroidlerle kontrol altına alındıkları sonra cerrahi girişimde bulunulması da öneriler arasındadır (5). Buna karşın kortikosteroid uyguladıkları hastalarla hiç kortikosteroid vermedikleri hastalar arasında önemli bir fark olmadığını bildiren yazarlar da vardır (11).

Cerrahi girişim sonuçlarının iyi olduğunu bildiren cerrahlar olduğu gibi (1,7,9) anjioplasti dahil cerrahi girişim sonuçlarının iyi olmadığını bunun için de hastalarını cerrahiye verip vermemekte tereddüt ettiklerini söyleyen klinisyenler de vardır (3). Bizim hastalarımızın ilk operasyonundan bu yana iki yıl geçmiş olmasına rağmen klinik olarak hiçbir yakınması yoktur.

NAA'da cerrahi girişimin zamanlaması iyi yapılmalı, hastalığın aktif dönemlerinde cerrahi girişimde bulunulmamalı, bulunulduğunda da agresif olmaktan kaçınılmalıdır.

## SONUÇ

NAA'da cerrahi girişimin zamanlaması iyi yapılmalı, hastalığın aktif dönemlerinde cerrahi girişimde bulunulmamalı, bulunulduğunda da agresif olmaktan kaçınılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kumar S, Subramanyan R, Mandalam KR, Rao VR, Gupta AK,



Resim 4: Brakial arterden alınan biopside kalınlaşmış intima, lumeni yer yer tamamen kapatmış, media ise manşon gibi sarmış adventisya ile intima arasında sıkışıp atrofiye olmuştur. (HE X 100) (Ok lumeni göstermektedir) a: intima, b: media, c: adventisya.



- Joseph S, Rao AS. Aneurysmal form of aortoarteritis (Takayasu's disease): Analysis of thirty cases. *Clin Radiol.* 42 (5): 342-7 (1990).
2. Liu YQ, Ling J, Wang ZL. Intravenous digital subtraction angiography in patients with aorto-arteritis (Takayasu's). *Cardiovasc Intervent Radiol.* 13 (2): 83-7 (1990).
3. Park JH, Han MC, Kim SH, Oh BH, Park YB. Takayasu arteritis: angiographic findings and results of angioplasty. *Am J Roentgenol.* 153 (5): 1069-74 (1989).
4. Porkrovsky AV. *Vascular Surgery*. Edt: Rutherford, RB 3th Edition. WS Saunders Com. p 217-237 (1989).
5. Porter JM, Taylor LM Jr, Harris EJ Jr. *Vascular Surgery* Edt: Moore WS Chap: Nonarterosclerotic Vascular Disease. WB Saunders Com. P. 105-106 (1991).
6. Sabba C, Pugliese D, Caruso G, Ettore G, Bianco M, Centonze V, Penella A, Albano O. Takayasu's arteritis: a case report and discussion of differences in eastern western cases. *J Cardio-vasc Pathol.* 3 (2): 95-9 (1990).
7. Sise MJ, Counihan CM, Shackford SR, Rowley WR. The clinical spectrum of Takayasu's arteritis. *Surgery.* 104 (5): 905-10 (1988).
8. Staller BJ, Maleki M. Percutaneous transluminal angioplasty for innominate artery stenosis and total occlusion of subclavian artery in Takayasu's-type arteritis. *Cathet Cardiovasc Diagn.* 16 (2): 91-4 (1989).
9. Subramanyan R, Joy J, Balakrishnan KG. Natural history of aortoarteritis (Takayasu's disease). *Circulation.* 80 (3): 429-37 (1989).
10. Takagi A, Tada Y, sato O, Miyata T. Surgical treatment for Takayasu's arteritis. A long-term follow-up study. *J Cardiovasc Surg.* 30 (4): 553-58 (1989).
11. Weaver FA, Yellin AE, Campen DH, Oberg J, Foran J, Kitridou RC, Lee SE, Kohl RD. Surgical procedures in the management of Takayasu's arteritis. *J Vasc Surg.* 12 (4): 429-37 (1990).