

HEPATİT B VE TAKAYASU ARTERİTLİ BİR ERKEK OLGU

Asistan Dr. Özgür Keşkek

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, Kartal/İstanbul

Uzm. Dr. Hasan Kılıç

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, Kartal/İstanbul

Uzm. Dr. Didem Aydın

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, Kartal/İstanbul

Uzm. Dr. Ahmet Akın

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, Kartal/İstanbul

Doç. Dr. Birsal Kavaklı

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, Kartal/İstanbul

■ Özet

Takayasu Arteriti; orta ve büyük arterlerin özellikle aort ve dallarının, kronik granülatöz inflamatuvar bir hastalıdır. Etiyolojisi bilinmeyen nadir bir vaskülitir. Kadınlarda 8-10 kez daha fazla görülür. En fazla üçüncü on yılda görülür. Hepatit B ile birlikteliği bildirilmemiştir. Üst extremite ağrıları nedeniyle başvuran 23 yaşındaki erkek hastadan her iki radial ve brakial arterlerinden nabız alınamaması ve kan basıncı ölçülmemesi nedeniyle şüphelenilmiş ve yapılan üst extremite anjiyografide her iki subklavian arterde tıkanıklık saptanması üzerine Takayasu arterit düşünülmüştür. Diğer bazı vaskülitlerle beraberliği sık olmasına rağmen; B hepatiti bizim hastamızda da mevcuttu. Başka bir sağlık merkezinde te-

davisi başlanan hasta fulminan hepatit nedeniyle kaybedilmiştir.

Anabtar Kelimeler: Takayasu arterit, hepatit B, fulminan hepatit

■ Summary

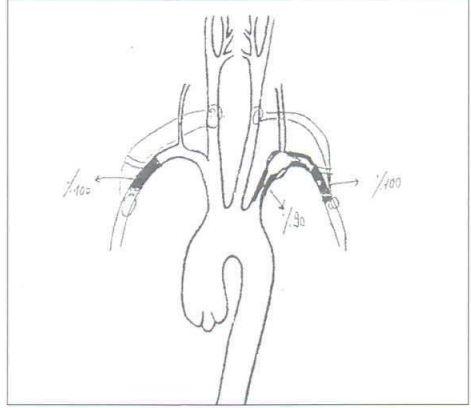
Takayasu arteritis is a chronic inflammatory granulomatosis disease of large and medium sized arteries, especially aorta and its branches. It is a rare vasculitis of which etiology is not known. Women are affected about 8-10 times more often than men and has a maximum incidence in thirth decade. There's no evidence of cooperation between hepatitis B and Takayasu arteritis. A 23 years old male patient admitted to our hospital with the pain of upper extremities. Since the blood

pressure in the upper extremities couldn't be measured and the absent pulses of both radial and brachial arteries caused us to suspect Takayasu arteritis. After we had established occlusion in both subclavian arteries in angiography we diagnosed Takayasu arteritis. In spite of frequent cooperation between hepatitis B and other some vasculitis, our patient had hepatitis B at the same time. The patient started therapy in another medical center. But he died because of fulminant hepatitis.

Keywords: *Takayasu arteritis, hepatitis B, fulminant hepatitis*

■ Olgu

Halsizlik, omuz ağrısı, kol ağrısı şikayetleri nedeniyle 23 yaşındaki erkek hasta kliniğimize başvurdu. Hasta yaklaşık 3 aydır var olan şikayetlerinin giderek artmaya başladığını, kol ağrılarının eforla şiddetlendiğini ve efor sonrası sağ kolda daha fazla olmak üzere parmaklara kadar uyuşma olduğunu bildirdi. Öz ve soygeçmişinde özellik tespit edilmeyen hastanın fizik muayenesinde; her iki kolda radial ve brakial nabız alınamadı. Kan basıncı ölçülemedi. Uyluktan ölçülen kan basıncı 210/120 mm/Hg idi. Ateş 38°C ölçüldü. Laboratuvar bulgularında; RBC 3.8 milyon/mm³, MCV 75, CRP 8 mg/dl, ESR 70 mm/saat, SGPT 32 U/L, SGOT 71 U/L, LDH 530 U/L, GGT 28 U/L, T.protein 7.6 gr/dl, albumin 3.2 gr/dl, globulin 4.4 gr/dl, PTT 17 s, aktivite %80, aPTT 17.25 s, anti fosfolipid antikor (-), RF(-), ANA(-), cANCA(-), pANCA(-), HbsAg (+), Anti Hbc (+), HBV DNA (+) bulunmuştur. Elektrokardiyografisi ve diğer biyokimyasal tetkiklerinde normal sonuç alınmıştır. Tüm batin ultrasonografide (USG) hepatomegali, doppler ultrasonografide sol subklavian arterde %75 darlık, sağ subklavian arterde %100 tıkanıklık tespit edilmiş ve vaskülit ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular üzerine yaptırılan anjiyografide koroner arterler normal, sağ subklavian arterde %100, sol subklavian arterde %90 tıkanıklık bulunan hasta



Şekil I. (Şematik şekil) Olgunun arteriografi raporu.*

büyük damar vaskülit ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve cerrahi sağaltım önerilmiştir. Ancak hasta operasyonu kabul etmemiştir.

■ Klinik Takip

Hastaya klinik laboratuvar ve radyolojik bulgularına göre Takayasu vaskülit ve hepatit B tanısı konulmuştur. Bir üst merkeze konsulte edilen hastaya; steroid ve siklofosamid tedavisi başlanıp takibe alındığı kliniğimize bildirilmiştir. Tedavinin 1. ayında karaciğer fonksiyon testlerinin altı kat yükselmesi üzerine hasta tekrar yataklı takibe alınmıştır. Karaciğer biyopsisi yapılan hastada B hepatiti alevlenmesi bulunmuştur. Bunun üzerine steroid dozu azaltılıp, siklofosamid kesilmiş; lamivudin 100 mg/gün tedaviye eklenmiştir. Tekrar tedavisinin başladığı üst merkeze gönderilen hastanın buradaki takibine devam etmediği ve lamivudin kullanmadığı bildirilmiştir. Bir süre sonra fulminan hepatit tablosuna giren hasta yapılan tüm uğraşlara rağmen kurtarılamamıştır.

■ Tartışma

Takayasu arteriti orta ve büyük arterlerin özellikle aort ve dallarının kronik, granülatöz, inflamatuvar bir hastalığıdır (1, 2). Nedeni bilinmeyen bir vaskülitir. Aortik ark arteriti, aortit sendromu, pulseless (nabızsızlık) hastalığı olarak da

alandırılmaktadır (3). En fazla 3. on yılda görülen hastalık, kadınlarda erkeklere göre 8-10 kat daha sık görülür (4). Asya ve Afrika ülkelerinde daha yaygındır (1).

Hastalığın akut döneminde, ateş, gece terlemeleri, yorgunluk, kırıklık, artralji ve myalji gibi spesifik olmayan sistemik yakınmalar vardır. Daha sonra asemptomatik ara dönem olur ve bu dönem ortalama sekiz yıl sürer. Bu süreç sonrasında ara dönem tamamlanır ve aort ile dallarının kronik inflamasyonu neticesinde tıkanıklık gelişir. Bu dönemde hastalığın daha spesifik semptomları belirir. Hastalarda daha belirgin kol, omuz ağrısı ve ellerde uyuşma olur. Vakaların %95'inde radial ve ulnar nabız alınamaz (5). Gelişen patolojinin büyüklüğüne göre üst ekstremitelerde kan basıncı ölçülemeyebilir, azalmış olabilir veya iki ekstremitede arasındaki fark 10 mm/Hg'dan fazla bulunabilir.

Hastalığın tanısında laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri kullanılmaktadır. Akut fazda eritrosit sedimantasyon hızında artma, lökositoz, anemi ve immunglobulin düzeyinde artış saptanır. En iyi tanı aortografi ile olur (1, 2). Bu tetkikle aorta ve dallarındaki darlık görülebilir. Yine darlık sonrası olabilecek genişlikler ve anevrizmalar tespit edilebilir. Tedavi ise patolojinin durumuna göre cerrahi ve medikal tedavidir.

Diğer bazı vaskülitlerle birlikteliği sık olmasına rağmen, Takayasu arteritinde hepatit B varlığına bildirilen vakalar içinde nadir rastlanılmıştır. Aradaki ilişki ise şöyle açıklanmaktadır; Takayasu arteritinde gelişen aortit (vaskülit), damarın inflamasyonu sonucu olmaktadır. İnflamasyona neden olan olaylardan biri de enfeksiyondur. Hepatit B virüsünün de böyle bir enfeksiyona neden olduğu düşünülmektedir (6).

Takayasu arteritinin tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi olduğu daha önce belirtilmişti. Medikal tedavide kortikosteroidler ve sitostatik ilaçlar kullanılmaktadır.

Hastaların tedaviye yanıtı değişkendir. Spontan remisyon görülebilmektedir. Bazı olgular tekrar-

lamakta bazıları ise tedaviden yanıt alamamaktadır. Hepatit B'nin eşlik ettiği olguda durum değişmektedir. Bilindiği gibi viral hastalıklar özellikle kronik B ve C virüs enfeksiyonları; immün sistemi baskılayan tedavilerde ciddi sorunlar ortaya çıkartmaktadır. Olgumuz bu sorunun iyi bir göstergesidir. Son yıllarda kemoterapi alan hastalarda viral enfeksiyonların aktivite kazanacağı anlaşılmış ve tedavilere profilaksi amaçlı lamivudine eklenmiştir. Bizim olgumuzda hastaya, cerrahi tedaviyi kabul etmemesi üzerine steroid ve siklofosfamid tedavisi başlanmış, beraberinde lamivudine profilaksisi önerilmiştir. Ancak hastanın tedaviye uyumsuzluğu nedeniyle bu tedaviye düzenli devam etmemesi hepatit B alevlenmesine neden olup, fulminan hepatitle sonlanmıştır. Literatürde lamivudine profilaksisi almayan hastalarda % 50-60 oranında daha fazla hepatit B aktivasyonunu gösteren çok sayıda yayına rastlanmıştır. Bu profilaksiye tedavi süresince devam edilmesi önerilmektedir (7, 8).

Sonuç olarak etyolojisi veya başka hastalıklarla birlikteliği kesin bilinmeyen hastalıklar tedavi edilirken olası nedenler de göz önünde bulundurulup tedavi ona göre planlanmalıdır. Takayasu arteriti ve hepatit B birlikteliği bir sebep sonuç ilişkisi mi, yoksa tesadüf mü? Buna açıklık kazandırmak için başka çalışmalara ihtiyacımız vardır. Ancak olayın patogenezi düşünüldüğünde sebep sonuç ilişkisi ön plana çıkmaktadır.

Referanslar:

1. Eric M Isselbacher. Disease of the aorta. In: Bennett, Goldman editors. Cardiovascular disease. Cecil textbook of medicine, 21st ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 357.
2. Anthony S Fauci. The vasculitis syndromes. In: Anthony S Fauci et all editors. Disorders of immun system, connective tissue and joints. Harrison's 15th ed. Principles of internal medicine. United States of America: McGraw-Hill Company; 2001. p. 1964.

-
3. E Doğanavşargil. Sistemik Vaskülitler. In: E Doğanavşargil, Gürbüz Gümüşdiş ed.Klinik Romatoloji. İstanbul. Deniz Matbaası; 1999. p. 391-6.
 4. Brian F Mandell, Gary S Hoffman. Takayasu arteritis. In: Braunwald, Zipes, Libby editors. Rheumatic Diseases and the Cardiovascular System. Heart Diseases, 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001. p. 2200-1.
 5. M Duman, M Turgay. Poliarterit. In: G Tokgöz ed. Kas-İskelet ve Kollojen Doku Hastalıkları. Temel İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. p. 1958-60.
 6. Masato Okada. Aortit. In: Russell F Kelly ed. eMedicine Journal, July 10 2002, volume 3, number 7, p. 2-12.
 7. Jules L Dienstag, Kurt J Isselbacher. Chronic Hepatitis. In: Anthony S Fauci et all editors. Liver and bilier track diseases. Harrison's 15th ed. Principles of internal medicine. United States of America: McGraw-Hill Company; 2001. p. 1745-46.
 8. Ulus Salih Akarca. Kronik B hepatitinde interferon dışı tedaviler. In: E Tekeli, İ Balık editors. HBV Enfeksiyonu. Viral Hepatit 2003. Ankara: Viral Hepatitle Savaşım Derneđi; 2002. p. 156-165.