

Bir Olgu Nedeniyle Takayasu Hastalığında Göz Bulguları

Nihal DEMİRCAN¹, Hatice CANATAROĞLU², Sülayman ÖZBEK³,
Eren ERKEN⁴, Erol AKSUNGUR⁵

ÖZET

Takayasu arteriti genellikle aorta ve dallarında panarterit ile karakterize bir hastalıktır. Oküler bulgular % 60 oranında görülmektedir. Özellikle uzak doğuda, genç kadınlarda sık görülen Takayasu hastalığına ülkemizde ender rastlanmaktadır. Bu makalede oküler komplikasyonları saptanan Takayasu arteritli bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Takayasu hastalığı, vaskülit.

SUMMARY

OCULAR FINDINGS OF TAKAYASU' S DISEASE

Takayasu's arteritis is a chronic inflammatory disease of the aorta and its main branches. Ocular signs and symptoms are present in 60 percent of these patients. Takayasu's disease especially effects young women of Oriental descent and is uncommon Turkey. A case of Takayasu' s arteritis diagnosed with ocular complications is presented. *Ret-vit: 1994; 2:309-12*

KeyWords: Takayasu' s disease, vasculitis

Takayasu arteriti etyolojisi bilinmeyen, büyük arterleri özellikle aorta ve dallarını tutan, panarterit ile karakterize bir hastalıktır. Nabızsızlık hastalığı, aortik ark sendromu, aortitis sendromu gibi adlarla da tanımlanmaktadır. Uzakdoğu ülkelerinde özellikle Japonya' da 15-34 yaş arası kadınlarda sık görülür. Büyük damarlardaki granülamatöz vaskülit hastalığın histopatolojik özelliğidir.^{1,2} Santral sinir sistemi ve oküler bulgular arkus aortadan ayrılan büyük arterlerdeki daralma sonucu gelişir. Baş ağrısı, senkop, halsizlik, geçici körlük, hemipleji, afazi, bilinç kaybı sık görülen bulgulardır.^{3,4} Senkop atakları hastaların yarısında mevcut olup % 15 olguda ilk semptom

olarak görülebilir.⁴ Hastalarda fasial atrofi mevcut olup gözler enoftalmik görünümündedir.^{1,2} Takayasu hastalığında oküler bulgular ilk kez 1908'de Takayasu tarafından tanımlanmıştır.^{1,3,5,6} Oküler semptom ve bulgular %60 oranında görülmektedir.⁴ Retinada arteriovenöz anastomozlar hastalığın en önemli oftalmolojik bulgusudur. Arteriovenöz anastomozlar retinadan başka konjonktivada görülebilir. İriste neovaskülarizasyon, retinada damarlarda dilatasyon, mikroanevrizma, yumuşak eksuda ve hemoraji diğer göz bulgularıdır.

OLGU SUNUMU

24 yaşında kadın hasta her iki gözünde görme azalması ve baş ağrısı nedeni ile Ç.Ü.T.F Göz Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Öyküsünden bu yakınmalarının yanı sıra 4-5 aydır halsizlik ve kulaklarda uğultu olduğu öğrenildi. Oftalmoloji muayenesinde sağ göz görmesi 0/10 olup tashihle artmıyordu, sol göz görmesi ışık hissi ve ışığın

Geliş :8.11.1993

Kabul:10.12.1993

Yazışma: Nihal Demircan

Çukurova Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları ABD

1 Yrd Doç Dr ÇÜTF Göz Hast ABD

2 Ar Gör Dr ÇÜTF Göz Hast ABD

3 DoçDrÇÜTF DahiliyeRomatoloji İmmunolojiABD

4 Prof Dr ÇÜTFDahiliyeRomatoloji İmmunolojiABD

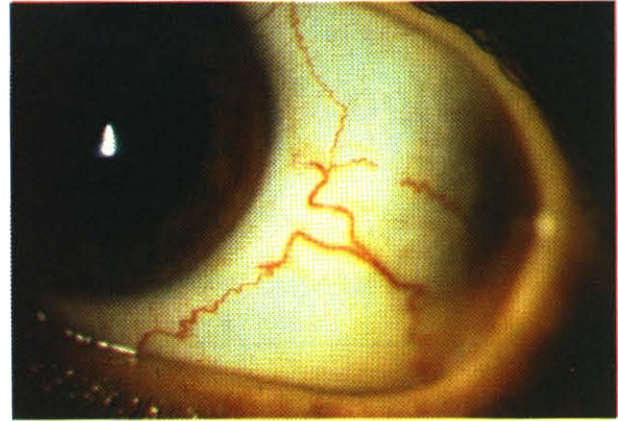
5 Yrd Doç Dr ÇÜTF Radyodiagnostic ABD

yönünü algılama negatif, göz içi basıncı sağ gözde 18 mmHg (App), sol göz 20mmHg (App). Sağ göz konjunktivasında nazalde damarlarda dilatasyon ve kollateraller mevcut idi (Res 1). Bilateral pupilla middilate, ışık reaksiyonu zayıf, rubeozis iridis, iriste atrofi, 360 derece periferik anterior sineşi mevcut olup gonioskopide iridokorneal açısı kapalı idi. Kornea ve lens doğaldı. Fundus muayenesinde; sağ gözde papilla-maküla arasında yumuşak eksudalar (Res 2), solda optik atrofi ve papillada kollateral (Res 3), bilateral venlerde dilatasyon ve mikroanevrizmalar mevcuttur. FFA'da bilateral arter dolmasında gecikme, mikroanevrizmalar (Res 4), periferde vaskülitte bağlı sızıntı (Res 5) ve solda optik diskte kollateral izlendi. Yapılan sistemik muayenede, radial, brakial, aksiller ve korotis nabazanları alınamadı. Alt ekstremitelerde ise dorsalis pedis, tibialis posterior, femoral nabazanlar alınıyordu. Alt ekstremitelerde tansiyon arteriyel ölçüm değerleri 120/60 mmHg, nabız 60/ dakika idi. Laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon yüksekliği dışında (22 mm/st) patolojik bulgu tespit edilmedi.

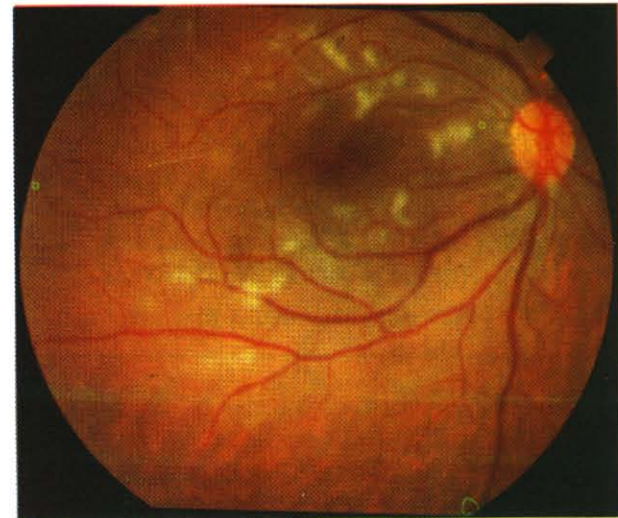
Hasta Dahiliye, Romatoloji- İmmunoloji kliniği tarafından da değerlendirildi. Görüntüleme yöntemiyle yapılan renkli Doppler incelemede; bilateral oftalmik akımın olmadığı, sağda daha fazla olmak üzere (% 80) bilateral ana karotis arter stenozu (Res 6), tüm üst ekstremitelerde akım azalması, alt femoral arterde normal akım tesbit edildi. Torakal aortografide; sağ innominate arter, sol karotis ve sol subklavian arterin vizüalize olmadığı, abdominal aortografide sağ renal arterin difüz olarak daraldığı, sol renal arterin alt pol düzeyinde tam obstrükte olduğu izlendi. Sonuçta arkus aorta ve her iki renal arter düzeyinde Takayasu arteriti düşünüldü.

Hasta Dahiliye Romatoloji kliniğinde de takibe alınarak 1 mg/kg oral prednisolon tedavisine başlandı. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniği tarafından değerlendirilen hastaya her hangi bir cerrahi girişim önerilmedi. Oküler iskemiye yönelik Argon laser fotokoagülasyon planlanan hastaya kooperasyon kurulamadığı için laser tedavisi uygulanamadı.

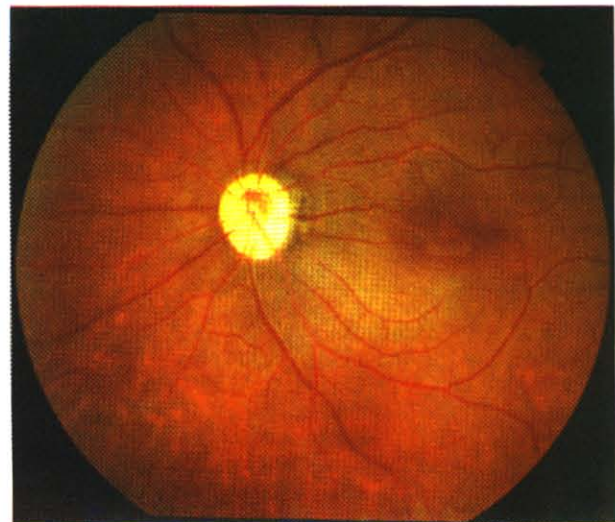
Hastanın birinci ayda yapılan kontrolünde oftalmolojik ve sistemik muayene bulgularında değişiklik saptanmadı. Hastaya bu kontrolünde de laser fotokoagülasyon önerildi ancak tedaviyi kabul etmedi. İlk başvurusun-

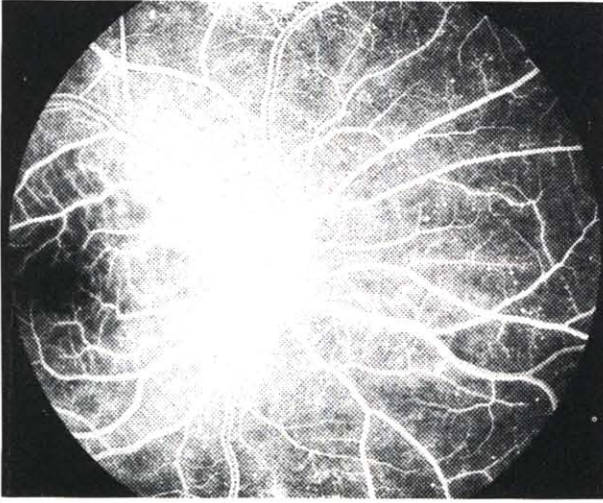


Res 1: Olgunun sağ göz konjunktivasında damarlarda dilatasyon ve kollateraller.

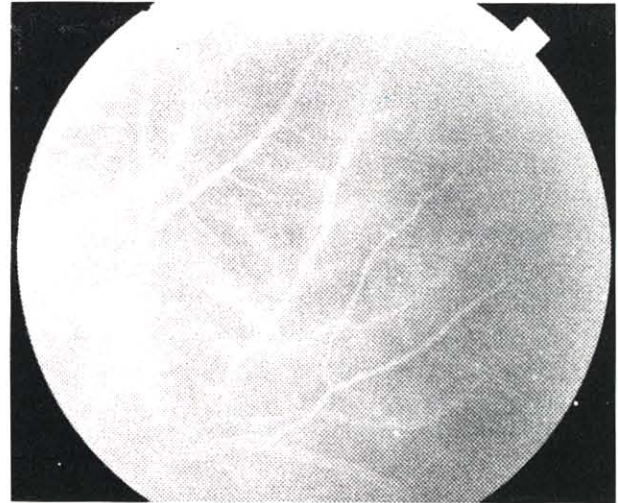


Res 2: Sağda retinada yumuşak eksudalar ve mikroanevrizmalar





Res 4: FFA' da mikroanevrizmaların görünümü.

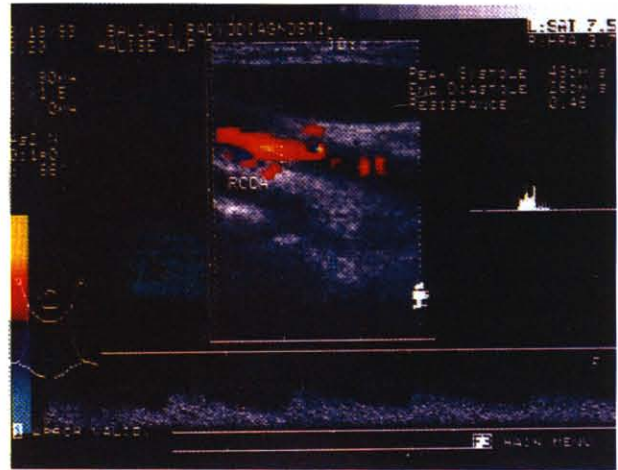


Res5: FFA' da periferde vaskülit görünümü.

dan sonra ikinci ayda geldiği son kontrolde: sağ göz görmesinin tümüyle azaldığını ifade etmekteydi. Yapılan oftalmolojik muayenesinde; sağ göz görmesi ışık hissi ve ışığın yönünü algılama pozitif; sol göz görmesi ışık hissi ve ışığın yönünü algılama negatif, göz içi basınç sağda 20 mmHg, solda 16 mmHg idi. Sağ göz ön segment muayene bulgularına kornea endotelinde pigment presipitatları ve lenste kortikal kataraktın eklendiği görüldü. Sol göz muayene bulguları ilk başvurusundaki bulguları ile uyumlu idi. Sağ oküler ultrasonografide herhangi bir patoloji tesbit edilmeyen ve katarakt ekstraksiyonu önerilen hasta bir daha kontrole gelmedi. Hasta bu kontrolünde Dahiliye-Romatoloji kliniği tarafından da değerlendirildi ve önceki sistemik bulgularında değişiklik olmadığı kaydedildi. Bu esnada hastanın kortikosteroid tedavisi devam etmekteydi.

TARTIŞMA

Takayasu hastalığında karşılaşılan göz bulguları genellikle santral retinal arter kan akımı azalması sonucu gelişen iskemiye bağlıdır. Retinal bulgular başlangıçta damarlarda dilatasyon, kıvrımlarında artma, segmentasyon, şeklindedir. Daha sonraki dönemlerde retinal hemorajiler, yumuşak eksudalar, retina periferinde ve optik disk etrafında arteriovenöz anastomozlar izlenir.^{6,7} Arteriovenöz anastomozlar konjonktivada da görülebilir. Geç dönemde iriste neovaskülarizasyon ve atrofi, katarakt, optik atrofi, retina



Res 6: Karotis renkli Doppler görüntüleme de sağ ana karotis arterde % 80 stenoz.

periferinde atrofik değişiklikler daha nadir olarak da retinada yeni damar oluşumları, proliferatif retinopati, retina dekolmanı gelişebilir.^{6,7} İskemi nedeniyle gelişen retinopatiji Uyama ve Asayama dört dönem olarak sınıflandırmışlardır.⁵ Birinci dönemde damarlarda dilatasyon, ikinci dönemde mikroanevrizma formasyonu, üçüncü dönemde arteriovenöz anastomozlar ve dördüncü dönemde vitre içi hemoraji ve proliferatif retinopati görülmektedir.⁵ Abdominal aorta ve renal arter tutulumu olan olgularda sistemik hipertansiyon ve buna bağlı hipertansif retinopati bulguları gelişebilir.^{4,5,8} Bu olgularda retinal hipoperfüzyon

yerine normal retinal akım görülebilir.⁵ Olgunun ilk başvurusunda retinal hipoperfüzyona bağlı fundus değişiklikleri mevcut olup Ayama ve Usayama klasifikasyonuna göre üçüncü dönem olarak değerlendirildi. Hastada sistemik hipertansiyon ve buna ait retina bulguları tesbit edilmedi..

Olgularda sistemik kortikosteroid tedavisine yanıt oldukça iyi olup Takayasu hastalığı tanısı konulduktan sonraki 5 yıllık yaşam % 94' tür.⁸ Olgumuz kortikosteroid tedavisine başladıktan sonra iki ay kontrole gelebilmiş, bu süre içinde sistemik bulgularında bir değişiklik saptanmamıştır. Buna karşılık oküler komplikasyonlardan neovaskülarizasyona yönelik laser tedavisi uygulanamayan sağ gözde hastalığın son dönem bulgularından katarakt da gelişmişti.

Uzak doğu ülkelerinde oldukça sık rastlanan Takayasu hastalığı ülkemizde ender görülmektedir. Ancak özellikle genç kadınlarda retinal vaskülit ve retinal iskemide etyolojide sistemik vasküler hastalıklar araştırılırken ender de görülse Takayasu arteriti unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Albert DM: Principles of Pathology, In Albert DM, Jacobiec FA, Robinson NL: Principles and Practice of Ophthalmology. The WB Saunders Co. Philadelphia, 1994; Vol 4 p: 2101-26
2. Atmaca LS, Akbaş F: Retina Vaskülit. T Oft Gaz 1992; 22:78-84
3. Berkow R, Fletcher AJ, Chir B: Cardiovascular Disorders. In The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. The CV Merck and Co, Inc. Rahway, N.J. 1987; p: 343-708
4. Fauci SA: The Vasculitis Syndromes. In Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG, Martin JB, Fauci AS et al: Harrison' s Principles of Internal Medicine. The Monotype Compobition Co. New York, 1991; Vol 2 p: 1456-63
5. Bodker FS, Tessler HH, Shapiro MJ: Ocular complications of Takayasu' s disease in a Hispanic woman. Am J Ophthalmol, 1993; 115: 676-7
6. Duke Elder SS, Dobrec JH: Disease of The Retina. In System of Ophthalmology. The CV Mosby Co, Saint Louis, 1969; Vol X p: 367-73
7. Shikano S, Shimizu K: Atlas of Fluorescence Fundus Angiography. The WB Saunders Co, Philadelphia, 1968; p: 87-103
8. Hall S, Barr W, Lie JT, Stanson AW, Kazmier FJ, Hunder GG: Takayasu Arteritis. A study of 32 North American patient. Medicine 1985; 64: 89-99