

Karın Ağrısı ile Gelen Hastada Yaygın Arteriyal Tromboz–Vaskülit

Disseminated Arterial Thrombosis in a Patient Presenting with Abdominal Pain-Vasculitis

Özlem Özer Çakır, Gökhan Güngör, Hüseyin Ataseven, Ali Demir

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Gastroenteroloji ve Hepatoloji B.D., Konya

Özet

Büyük damar vaskülitleri primer vaskülitlerin bir parçası olmakla birlikte, daha çok aorta ve onun dallarının kronik granülomatöz inflamasyonu ve obliteratif değişiklikleriyle karakterizedir. Takayasu arteritinde abdominal vasküler yapılar sık tutulmasına rağmen karın ağrısı nadir tanımlanan klinik bir semptomudur. Şimdiye kadar tıp literatüründe ilk semptomu akut ya da kronik karın ağrısı olan on üç Takayasu arteriti olgusu bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da acil servise akut karın ağrısı ile başvuran 45 yaşındaki kadın hastada abdominal görüntüleme yönteminde aorta ve dallarında yaygın trombus ve organ enfarktisi ortaya çıkan, büyük damar vaskülit (Takayasu arteriti) hastasını sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Karın ağrısı, büyük damar vaskülit, yaygın arteriyal trombozis

Abstract

Large vessel vasculitis, although a part of the primary vasculitides, more branches of the aorta and is characterized by chronic granulomatous inflammation, and obliterative changes. Abdominal pain is rarely described as a clinical manifestation of Takayasu arteritis, although abdominal vascular involvement is common in this disease. Until now, at the medical literature, which is the first symptom of acute or chronic abdominal pain have been reported in thirteen cases with Takayasu's arteritis. In our case, we aimed to present that the diagnosis of the large vessel vasculitis (Takayasu's arteritis) at the 45 years old woman admitted to the emergency room with acute abdominal pain and her abdominal imaging method showed that organ infarction and widespread thrombosis with branches of the aorta.

Key words: Abdominal pain, large vessel vasculitis, disseminated arterial thrombosis

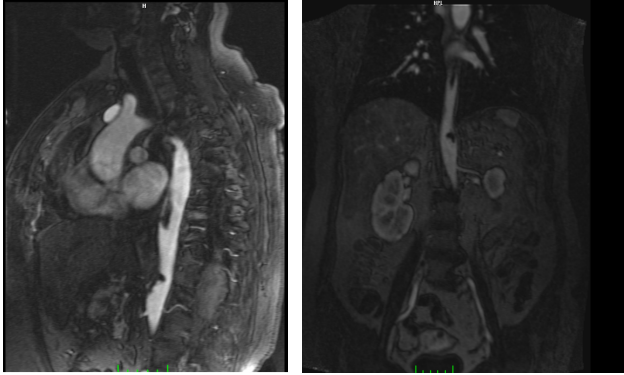
GİRİŞ

Sistemik vaskülitler, tanıda ilk olarak diğer daha sık karşılaşılan hastalıklara kıyasla nadir akla gelirler. Vaskülitler son organları etkiledikleri için erken tanı hastalığın progresyonu açısından önemlidir. Vaskülitlerin gastrointestinal bulguları nadir ve spesifik değildir. Fakat gastrointestinal sistem büyük damarları içerdiğinden, perforasyon ve barsak iskemisi gibi hayatı tehdit eden durumlara karşılaşılabılır. Bu durum; erken, acil tanı ve tedaviyi uzun dönemde mortalite ve morbiditeyi iyileştirmek açısından çok önemli kılar. Vaskülitlerin çok sayıda sistem ile ilgili etkileri sıklıkla karaciğer ve diğer sindirim sistemi organlarını da içerir. Gastrointestinal sistemin tutulum belirtileri ve sıklığı vaskülit tipine göre değişiklik gösterir (1-6).

OLGU

45 yaşında bayan hasta iki haftadır olan karın ağrısı ve bulantı, kusma yakınmalarıyla acil servise başvurmuş. Karın ağrısı başladığında 3-4 gün süren ishalide olmuş. Hastanın özgeçmişinde, 2 yıl önce kolesistektomi olduğu, 2 yıldır da hipertansiyon nedeniyle kandesartan silketil 16 mg, hidroclorotiazid 12,5 mg 1x1/ gün kullanmakta imiş. Hastada sigara ve alkol kullanımını öyküsü yok idi. Fizik muayenesinde; kan basıncı 100/60 mmHg, nabız 72/dk, ateş 37 2°C, cilt ve konjunktivalar soluk idi. Bilateral popliteal ve tibialis posterior arterler palpe edilemedi, bunun dışındaki nabızlar palpabl idi. Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 12,7 g/dl, Hct: %38, PLT: 433 000/mm³, WBC: 19420/mm³ idi. Üre: 11 mg/dl, Cre: 0,7 mg/dl, INR 1,41, Sedim 62 mm/h, CRP 103 mg/L, prokalsitonin 0,119 ng/

ml idi. Hastanın total kolesterol: 187 mg/dl, trigliserid: 215 mg/dl, LDL: 113,9 mg/dl, HDL: 30 mg/dl idi. Karaciğer enzimleri, bilirubinler, serum elektrolitleri, amilaz ve lipaz normaldi. Üst Batın USG de; Karaciğer 18 cm olup normalden büyüktür, parankim ekosu steatoza sekonder grade II-III artmıştır, idi. Hastanın çekilen ayakta direkt batın gafisinde hava sıvı seviyeleri izlendi. Aynı zamanda ateşi 38 4°C 'ye yükselen hastadan boğaz kültürü, idrar kültürü, kan kültürü alındıktan sonra piperasilin/ tazobactam 4g/ 500mg 4x1/gün iv başlandı. Abdomen BT incelemesinde; Dalak totale yakın enfarkt göstermektedir. Pankreas, her iki adrenal bez normaldir. Bilateral böbreklerde yine enfarkt alanları görülmektedir ve sol böbrek toplayıcı sistemi taşlara bağlı hidronefrozis göstermektedir ve parankimi ileri derecede incelmıştır. Çöliak ve superior mezenterik arter orjinli ve orjinden itibaren arterin yaklaşık 3 cm'lik segmentini dolduran emboli ile uyumlu dolun defekti dikkati çekmektedir. Barsaklarda belirgin bir akut iskemik bulgusu saptanmamıştır. Aorta içerisinde de emboliye bağlı dolun defekti dikkati çekmektedir. Kemik yapılar normaldir. Hasta Kalp Damar Cerrahisi bölümüne danışıldı. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin 0,8 cc 2x1 /gün sc, warfarin sodyum 5mg/gün peroral başlandı. Hastada tedavinin ikinci günü vajinal kanama başlaması üzerine warfarin kesilip, klopidogrel 75 mg/gün, hipertansiyon için bisoprolol fumarat 5mg/gün, perindopril 10 mg/gün başlandı. Hastada tromboza eğilimi yaratabilecek risk faktörleri araştırıldı. Vitamin B12, folik asit, ferritin, homosistein, antitrombin 3, Protein C, Protien S, Faktör V Leiden mutasyonu, Lupus antikoagülan, anti kardiyolipin normal olarak geldi.



Şekil 1. Sagittal MR Aortagrafi **Şekil 2.** Coronal MR Aortagrafi

İdrar kültürü, kan kültürü ve boğaz kültüründe bakteri üremedi. Hastanın takiplerinde ateşi normal seyretti. Antibiyoterapisi on güne tamamlandı. Hasta vaskülit ön tanısı ile romatoloji bölümüne konsülte edildi. VDRL ve MR –Anjiyografi planlandı. Hastada RF, VDRL, ANA, Anti-dsDNA, ANCA, HLA B5 negatif. MR-Anjiyografi de; Torasik ve abdominal aortada trombüs görünümü, çöliak kök düzeyinde parsiyel trombüs mevcuttu. MR-Aortagrafi de; Dessendan torasik aorta distalinde yaklaşık 4,5 cm uzunluğunda superoirda duvara yapışık olduğu izlenimi veren trombüs, ayrıca abdominal aorta proksimalinde çöliak arter ve superior mezenterik arterin proksimaline uzanan trombüs izlenmekte idi (Şekil 1,2). Romatoloji bölümünce; hastanın kliniği, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri büyük damar vaskülit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastaya metil prednizolon 20 mg/gün, siklofosfamid 1g/ay başlandı. Hastaya Kalp Damar Cerrahisi bölümünde dessendan aortaya tromboembolektomi+ endarterektomi ve superior mezenterik arter tıkanıklığı için bypass ameliyatı yapıldı. Hastanın yedi aydır olan takiplerinde herhangi bir şikayetinin olmadığı izlendi.

TARTIŞMA

Sistemik vaskülitler, tanıda ilk olarak diğer daha sık karşılaşılan hastalıklara kıyasla nadir akla gelirler(5). Vaskülitler son organları etkiledikleri için erken tanı hastalığın progresyonu açısından önemlidir. Vaskülitlerin gastrointestinal bulguları nadir ve spesifik değildir. Fakat gastrointestinal sistem büyük damarları içerdiğinden, perforasyon ve barsak iskemisi gibi hayatı tehdit eden durumlara karşılaşılabılır. Bu durum; erken, acil tanı ve tedaviyi uzun dönemde mortalite ve morbiditeyi iyileştirmek açısından çok önemli kılar. Vaskülitlerin çok sayıda sistem ile ilgili etkileri sıklıkla karaciğer ve diğer sindirim sistemi organlarını da içerir. Gastrointestinal sistemin tutulum belirtileri ve sıklığı vaskülit tipine göre değişiklik gösterir (6). Vaskülitler, gastrointestinal sistemde parolitik ileus, mezenter iskemisi, submukozal ödem, hemoraji, barsak perforasyonu ya da striktür ile karşımıza çıkabilir (7). Gastrointestinal sistem vaskülitlerinin tanısı ise sıklıkla klinik bulgularla birlikte patolojik ve/veya görüntüleme yöntemleriyle konulur (5). Bizim olgumuz, vaskülit tanısının ilk semptomunun akut karın ağrısı olması nedeniyle nadirdir. Karın ağrısı yapan diğer nedenler düşünüldüğünde sık karşılaşılmamaktadır. Bu şekilde ilk semptomu akut ya da kronik karın ağrısı olan vaskülit sayısı literatürde onüç olgudur (8-11). Protein C ve protein S eksikliği, faktör V mutasyonu, plasminojen aktivasyon bozuklukları, kriyoglobulinemi, antifosfolipid antikorlar, lupus antikoagulan, antitrombin II eksikliği

ve yüksek homosistein serum seviyeleri gibi immuno-hematolojik anormallikler tromboza eğilime neden olur (12). Aortik tombozu olan hastalarda tomboza neden olan tüm sebepler immuno-hematolojik anormallikler, kollajen doku hastalıkları ve vaskülitler etyolojide araştırılmadır. Aortik tombozun tanısında ise doppler ultrasonografi ilk seçenek olmalıdır, çünkü invaziv değildir, kolay ulaşılır ve pahalı değildir, sensitivitesi %91 ve spesifitesi %93'tür. Tanısal inceleme BT anjiyografi ya da MR anjiyografi ile tamamlanmalıdır (13). Tedavide steroid ve siklofosfamidin hastalığı remisyona soktuğu ve vasküler lezyonların progresyonunu engellediğine dair yayınlar mevcuttur (14,15). Bizim olgumuzda da steroid ve siklofosfamid ile hastalığın remisyona girdiği izlendi.

KAYNAKLAR

1. Geboes K,Daille I. Vasculitis and gastrointestinal tract. Acta Gastroenterol Belg 2002; 65(4):204-12
2. Johnston SL,Lock RJ,Gompels MM.Takayasu arteritis : a review. J Clin Pathol 2002; 55: 481-6.
3. Hall S, Barr W, Lie JT, Stanson AW, Kazmier FJ, Hunder GG. Takayasu arteritis: a study of 32 North American patients. Medicine (Baltimore) 1985; 64: 89-99.
4. Kerr CS, Hallahan CW, Giordano J, et al. Takayasu's arteritis. Ann Intern Med 1994; 120:919.
5. Ahn E, Luk A, Chetty R, Butany J. Vasculitides of the gastrointestinal tract. Semin Diagn Pathol 2009;26 (2): 77-88.
6. Atıtan N, Atagündüz P, Direskeneli H. Romatizmal Hastalıklarda Gastro-İntestinal Bulgular. Türkiye Klin J Immunol Rheumatol 2002; 2(1)
7. Ha HK, Lee SH, Rha SE, et al. Radiologic features of vasculitis involving the gastrointestinal tract. Radiographics 2000; 20(3): 779-94.
8. Varbanova M, Schütte K, Kuester D, Bellutti M, Franke I, Steinbach J, Scheidbach H, Malfertheiner P. Acute abdomen in a patient with ANCA-associated vasculitis. Dtsch Med Wochenschr 2011;136(36):1783-7.
9. Cengiz C, Pampal K, Doğan S, Bulut S, Boyacıoğlu S. Acute abdomen due to intestinal ischemia as an initial presentation of polyarteritis nodosa. Turk J Gastroenterol 2010; 21(4): 473-4.
10. Wu YC, Kuo HL, Kao CH, et al. Acute abdominal pain in systemic lupus erythematosus. Emerg Med J. 2010; 27(12): 964.
11. Kabaoğlu B, Coşkun H, Yanar H, Karaarslan E, Yaltı T. A rare case of splenic infarct presenting with acute abdominal pain due to polyarteritis nodosa: case report and review of the literature. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2005; 11(3): 242-6.
12. Gagne PJ, Vitti MJ, Fink LM, et al Young women with advanced aortoiliac occlusive disease: new insights. Ann Vasc Surg 1996;10:546-57
13. Langsfeld M, Nepute J, Hershey FB, et al. The use of deep duplex scanning to predict hemodynamically significant aortoiliac stenoses. J Vasc Surg 1988; 7: 395-9.
14. Ozen S, Duzova A, Bakkaloglu A, et al. Takayasu arteritis in children: preliminary experience with cyclophosphamide induction and corticosteroids followed by methotrexate. J Pediatr 2007; 150:72-6.
15. Rodriguez-Hurtado FJ, Sabio JM, Lucena J, Jimenez-Alonso J. Ocular involvement in Takayasu's arteritis: response to cyclophosphamide therapy. Eur J Med Res 2002; 28: 128-30.