

Tip V Takayasu Arteritli Bir Gebelikte Başarılı Maternal ve Fetal Sonuç

Hüseyin Levent Keskin¹, Olcay Turgut¹, Işık Üstüner¹, Sinan Tan², Ayşe Filiz Avşar¹

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara, Türkiye

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Takayasu arteriti, idiyopatik, nadir görülen, kronik, intimal proliferasyon gösteren inflamatuvar bir hastalıktır. Gebeliği olan Takayasu arteritli kadınlarda ise mevcut olan hipertansiyon, anne ve fetus açısından riske neden olabilmektedir. Bu yazıda amacımız Tip V Takayasu arteriti hastası bir gebeyi ve gebelik sonuçlarını sunmaktır.

Olgu: Otuz dört yaşında, 6 senedir Takayasu arteriti tanısı olan olgu, gebe olduğunu öğrendiği anda doktora başvurmadan kendi kararı ile Takayasu arteriti için aldığı ilaçları almayı bırakmış. Antenatal takibi hiç yapılmamış olan olguda takipsiz bir gebelik süreci sonrasında kliniğimize başvurduğu ilk muayenesinde gebelik komplikasyonu saptanmamıştır. Vajinal yolla doğum yapan, travay ve postpartum süreçte maternal ve fetal herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postpartum 2.günde taburcu edilmiştir.

Sonuç: Olgumuzda Takayasu arteritine bağlı bir problem olmamasına ve sorunsuz bir gebelik geçirmiş olmasına rağmen, Takayasu arteriti hastası olan gebeler hipertansiyon riski nedeniyle yüksek riskli gebelik olarak kabul edilmeli ve takipleri buna uygun yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Takayasu arteriti, gebelik.

Successful maternal and fetal outcome in a pregnancy with type V Takayasu's arteritis

Objective: Takayasu's arteritis is a rare idiopathic, chronic inflammatory disease causing intimal proliferation. Preexisting hypertension in pregnant women with Takayasu's arteritis may pose risks for both the mother and the fetus. The aim of this study is to report a pregnant woman with Type V Takayasu's arteritis and pregnancy outcomes.

Case: The 34-year-old woman with the diagnosis of Takayasu's arteritis for 6 years had stopped her Takayasu's arteritis medications without having asked her doctor at the time she learned of her pregnancy. After an uncontrolled pregnancy, when she presented to our clinic without any antenatal followup, no complications of pregnancy were determined in her first examination. After vaginal delivery she was discharged on the second postpartum day with no maternal or fetal complications.

Conclusion: Although there was no problem due to Takayasu's arteritis in our patient and she experienced a pregnancy without any problems, pregnant women with Takayasu's arteritis should be regarded and followed up as high risk pregnancies due to the risk of hypertension.

Keywords: Takayasu's arteritis, pregnancy.

Giriş

Takayasu arteriti (TA), idiyopatik, nadir görülen, kronik, intimal proliferasyon gösteren inflamatuvar bir hastalıktır.¹ Yıllık insidansı 2.6 /milyon yeni olgu, prevalansı ise 2.6-6.4 /milyon oranındadır.² Hastalık kadınları erkeklerden daha

sık etkiler ve ortalama başlangıç yaşı 2. dekadattır. Etiyolojisi günümüzde de tam anlaşılamamıştır.³ Daha çok aortik arkın dallarını tutan, renal ve pulmoner arterlerde fibrozis ile karakterize nadir bir poliarterittir.⁴ Sonuçta obliteratif vasküler değişikliklere bağlı olarak semptom ve bulgular ge-

lişir. Üst ekstremitelerde soğukluk ve ağrı, distal aort ve iliak arter daralmasına bağlı alt ekstremitelerde kladikasyo, mesenterik ve servikal arter tutulumuna bağlı intraabdominal ve serebral iskemi olabilir. Retinopati, görme kaybına neden olabilir.⁴ Takayasu arteritli olguların %33-50'sinde kan basıncı yüksekliği mevcuttur ve bu hipertansiyon özellikle renal arter tutulumu olup stenoz gelişen olgularda ortaya çıkar.^{2,3,5}

Gebeliği olan takayasu arteritli kadınlarda ise mevcut olan hipertansiyon, anne ve fetus açısından riske neden olabilmektedir.^{6,8} Bu vaka takdiminde amacımız Tip V TA hastası bir gebeyi ve gebelik sonuçlarını sunmaktır.

Olgu

Otuz dört yaşında, gravida 3, parite 2 olan ve son adet tarihine göre 39 hafta 3 günlük gebeliği varken doğum ağrılarının başlaması üzerine kliniğimize kabul edilen hastanın anamnezinde 6 senedir TA hastası olduğu saptandı. Hasta, TA nedeniyle aldığı tıbbi tedavisine iyi uyum göstermemekte idi ve kullandığı ilaçları (Prednizolon 15 mg/gün, Pentoksifilin 400 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün) gebeliğin 6. haftasından itibaren doktor kontrolünde ve izni olmadan bırakmıştı. Hasta, gebelik esnasında rutin antenatal takibi amacıyla herhangi bir tıbbi merkeze başvurmamıştı.

Fizik muayenesinde kan basıncı değerleri her iki üst ekstremitede de ölçülemedi. Her iki üst ekstremitede bilateral olarak radial arter nabızları alınamazken brakial arter nabızları hafif olarak alınabiliyordu. Bilateral alt ekstremitelerde arteria femoralis, tibialis posterior ve dorsalis pedis nabızları ise zayıf alınıyordu.

Obsterik muayenede servikal açıklık 5 cm, effasman %60 idi. Fetus Verteks prezentasyonda ve baş -2 seviyesinde idi. Kontraksiyon stress testte 70-80 mmHg'ya ulaşan regüler kontraksiyonları mevcut ve test negatif idi. Ultrason muayenesinde 38-39 hafta ile uyumlu, baş prezentasyonda, tahmini ağırlığı 3230 g olan fetus

mevcut idi. Amniotik index 165 mm idi. Doppler incelemesinde umbilikal arter Sistol/Diastol oranı 2.22 olarak saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde ise tam idrar tetkiki, tam kan sayımı, karaciğer fonksiyonlarının da içeren biyokimya testleri ve koagülasyon parametreleri normal değerlerde idi.

Yaklaşık 1 yıl önce yapılmış torakoabdominal aorta ve dallarını gösteren anjiyografide yaygın ve şiddetli stenozlar görülmekte idi. Anjiyografik inceleme, brakiosefalik trunkusda, bilateral subklavian arterlerde, sağ ve sol internal karotis arterlerde ve bilateral üst ekstremit arterlerinde şiddetli darlıklar göstermekte idi. Ayrıca, inen aortada ve özellikle de bilateral renal arterler ve superior mezenterik arterin tutulumu ile infrarenal abdominal aorta bölgesinde, yaygın stenoz ve yüzey düzensizlikleri ile aort bifurkasyonu ve kommon iliak arterlerde obliterasyon dikkati çekmekte idi (Resim 1). Bu fizik muayene ve anjiyografi bulgularına göre olgu Tip V TA olarak kabul edildi.

Hasta kardiyoloji, kalp damar cerrahisi, iç hastalıkları ve romatoloji klinikleri tarafından konsulte edildi ve multidisipliner bir yaklaşımla vajinal doğum için kontrendikasyon saptanmadı. 4 saatlik aktif doğum eylemini takiben vajinal yolla, 7/ 9 Apgar skoru ile 3100 gr kız bebek doğurtuldu. Peripartum maternal veya fetal komplikasyon gelişmedi. Fetusda herhangi bir anomali saptanmadı. Hasta postpartum 2. günde taburcu edildi.

Tartışma

Takayasu arteriti, ilk kez Japon göz hekimi Takayasu tarafından tanımlanan, aorta ve büyük dallarını tutan etiyolojisi tam olarak bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalıktır.² Takayasu arteriti yüksek insidansla Japonya, Doğu Asya, Güney Asya ve Hindistan da olmak üzere yaygın bir dağılımı vardır. Etiyolojisi tam olarak anlaşılamamış olmasına rağmen otoimmünite suçlanmıştır.³



Resim 1. 34 y, Tip V Takayasu arteritli kadın olgu. Oblik anjiyografide brakiosefalik trunkusda (1), bilateral subklavian arterlerde (2,5), sağ internal karotis arterde (3), sol internal karotis arterde (4), bilateral üst ekstremite arterlerind (oklar) ve infrarenal abdominal aortada yaygın, şiddetli stenozlar görülmektedir.

TA, anatomik ve patolojik olarak 6 tipe ayrılarak sınıflandırılmıştır.^{9,10} Tip I, sadece aortik arkusu ve dallarını tutar. Tip IIa, aortun sadece asenden bölümünü ve/veya aort arkını tutar. Aort arkının dalları da tutulabilir. Aortun geri kalan bölümleri etkilenmemiştir. Tip IIb, asenden aorta veya aort arkı ve dalları tutulmuş olsun veya olmasın desenden torasik aortun etkilenmesidir. Abdominal aortada tutulum yoktur. Tip III, desenden torasik aorta, abdominal aorta ve/veya renal arterlerin eş zamanlı tutulumudur. Assenden aorta, aortik ark ve onun dalları

tutulmamıştır. Tip IV'de sadece abdominal aorta ve/veya renal arterler etkilenmiştir. Tip V ise diğer tiplerin kombinasyonu şeklinde yaygın tutulum gösteren tiptir.

Bizim olgumuz ise fizik muayene ve anjiyografi bulgularına göre desenden torasik aortada ve abdominal aortada yaygın düzensizlikler ile birlikte bilateral renal arter, superior mezenterik arter ve iliak arterlerde olan diffüz tutulumlar (Resim 1) nedeniyle Tip V olarak sınıflandırıldı.

Takayasu arteritinin klinik seyri, akut ve kronik dönemde farklılık gösterir. Akut dönemde sistemik belirtiler, kronik dönemde ise sinsi seyredebilen iskemik-destrüktif bulgular ön plandadır. Bu bulgular, %85 oranında stenoz, %2 oranında dilatasyon; %13 olguda ise stenoz ve dilatasyonla birlikte dir.²

Asimetrik olarak azalmış periferik basınç, hastaların büyük çoğunluğunda saptanır. Hastaların hemen hemen tümünde simetrik ekstremiteelerde ölçülen kan basıncı farkları 10 mmHg'nın üzerindedir.^{2,6} Takayasu arteriti olan hastada hipertansiyonu değerlendirirken dikkatli olunmalıdır çünkü aortik arkın tutulumuna bağlı olarak periferik kan basıncı olduğundan belirgin şekilde düşük saptanabilir. İdeal olanı, aortik transducer kullanılarak santral kan basıncının ölçülmesidir.

Gebeliği olan Takayasu arteritli hastalardaki hipertansiyon, anne ve fetus açısından riske neden olabilmektedir.^{3,7,8,11} Olgumuzda ise arteritin meydana getirdiği stenoza bağlı olarak periferik kan basıncı ölçümü yapılamadı. Bununla birlikte, vajinal yoldan doğum yapılması nedeniyle invaziv bir girişim olan santral katater yerleştirilmesi işlemi de uygulanmadı.

Gasch ve ark., Takayasu arteritli 137 gebeyi inceledikleri yazılarında gebeliğe bağlı HT/pre-eklampsi oranını %39 olarak bildirmişlerdir. Ayrıca 5 olguda sol kalp yetmezliği gelişirken maternal ölümün gerçekleşmediğini belirtmişlerdir.¹¹

İskemik ve destrüktif sebeplere bağlı olarak fetusta çıkabilecek problemlerle ilgili farklı merkezlerden sunulan toplam 115 olgu incelendiğinde ise abortus oranı %15.6, prematür doğum oranı %9.5, intrauterin gelişme geriliği oranı %17 iken sadece 1 neonatal ölüm gerçekleştiği bildirilmiştir.^{3,5,7,8}

Sezaryen ile doğum oranı ise %26 (30/115)'dir. Sezaryen endikasyonlarından ise 20'si maternal sebep ve bunlardan 17'si maternal hipertansiyon/preeklampsi ve diğer damar hastalıkları idi.^{3,5,7,8}

Türk Tıp literatüründe ise olgu sunumları tarzında yayınlar mevcuttur. Olgu sunumlarından ikisinde doğum sezaryen ile gerçekleşmiştir.^{12,13} Tansiyon arteriyel değerleri yüksek süperempoze preeklampsi gelişimi olan birinci olguda fetal distres endikasyonu ile sezaryen doğum gerçekleştirilmiş¹² iken gebelik boyunca kan basıncı değerleri normal seyreden diğer olguda sezaryen için endikasyon net olarak belirtilmemiş ve TA bulunmasının tek başına maternal medikal bir sebep olduğu kaydedilmiştir.¹³

Bu yazıda sunduğumuz olgu rutin antenatal gebelik takiplerini yaptırmamıştır. Term gebeliği mevcut iken hastanemize başvurduğunda yapılan fizik muayenesinde periferik nabızlarda arteriyel pulsasyon alınmaması dışında bir patolojik bulgusu saptanmamıştır. Gebeliği sırasında TA için aldığı medikal tedavisini bırakmış olmasına rağmen gebeliği terme kadar ulaşan olgumuzda herhangi bir gebelik komplikasyonu meydana gelmemiştir.

Sonuç

Sonuç olarak, gebelik hastalığı şiddetlendirmemektedir, fakat hipertansiyon mevcut ise bu durumun yönetimi başarılı maternal ve fetal sonuçlar için esastır. Takayasu arteritli gebeler, hi-

pertansiyon riskinden dolayı yüksek riskli gebe olarak kabul edilmeli ve antenatal takip buna göre yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Kraemer B, Abele H, Hahn M, Rajab T, Kraemer E, Wallweiner D et al. A successful pregnancy in a patient with Takayasu's arteritis. *Hypertens Pregnancy* 2008; 27: 247-52.
2. Hall S, Barr W, Lie JT, Stanson AW, Kazmier FJ, Hunder GG. Takayasu arteritis. A study of 32 North American patients. *Medicine* 1985; 64: 89-99.
3. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med* 1994; 120: 919-29.
4. Ishikawa K, Matsuura S. Occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease) and pregnancy. *Am J Cardiol* 1982; 50: 1293-9.
5. Castellote E, Romero R, Bonet J, Torguet P, Callejas JM, Caralps A. Takayasu's arteritis as a cause of renovascular hypertension in a non-Asian population. *J Hum Hypertens* 1995; 9: 841-5.
6. Aso T, Abe S, Yaguchi T. Clinical gynecologic features of pregnancy in Takayasu arteritis. *Heart Vessels* 1992; 7: 125-32.
7. Sharma BK, Jain S, Vasistha K. Outcome of pregnancy in Takayasu arteritis. *Int J Cardiol* 2000; 75: 159-62.
8. Wong V, Wang R. Pregnancy and Takayasu's arteritis. *Am J Med* 1982; 75: 597-601.
9. Moriwaki R, Noda M, Yajima M, Sharma BK, Numano F. Clinical manifestations of Takayasu arteritis in India and Japan: new classification of angiographic findings. *Angiology* 1997; 48: 369-79.
10. Natri MV, Baptista LP, Baroni RH, Blasbalg R, de Avila LF, Leite CC et al. Gadolinium-enhanced three-dimensional MR angiography of Takayasu arteritis. *Radiographics* 2004; 24: 773-86.
11. Gasch O, Vidaller A, Pujol R. Takayasu arteritis and pregnancy from the point of view of the internist. *J Rheumatol* 2009; 36: 1554-5.
12. Bombacı E, Fidan G, Ekti Y, Çevik B, Çolakoglu S. Takayasu arteriti olan gebede spinal anestezi ile sezeryan seksiyö. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2008; 39: 67-9.
13. Usta T, Özdemir B, Ateş U, Doğan Ö, Sidal B. Maternal Takayasu arteritli gebenin izlemi. *Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2006; 4: 121-3.