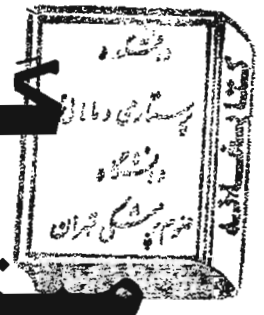


گزارش یک مورد بیمار مبتلا به «آرتریت تاکایاسو»



● دکتر ژاله شریعتی

• استادیار گروه داخلی روماتولوژی بیمارستان

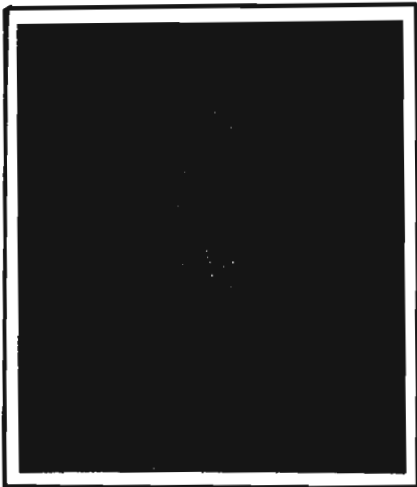
امام رضا (ع)

● دکتر مهشید هراتیان

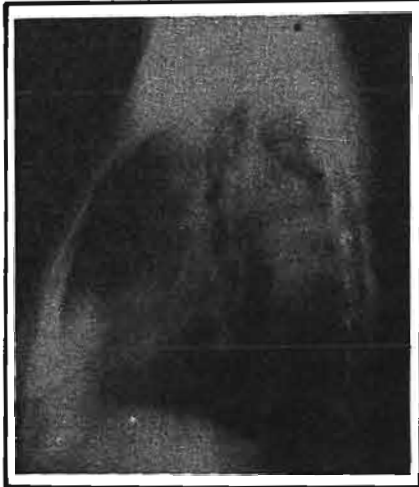
دستیار رشته داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

● حامد زمانی

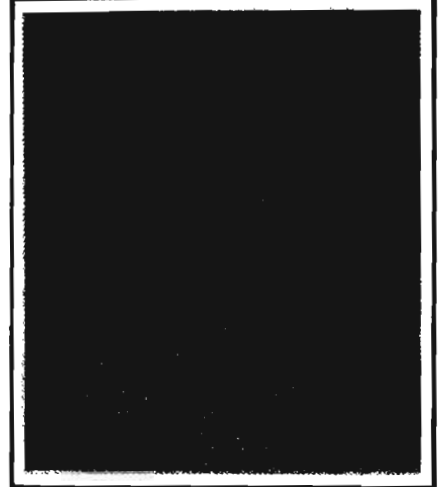
انترن رشته داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد



تصویر (۳) - آنژیوگرافی از شریان
آئورت: تصویر آنوریسم در آئورت
صعودی دیده می‌شود.



تصویر (۲) - رادیوگرافی لاترال
قفسه‌صدری: تصویر توده بر شریان
آئورت منطبق می‌باشد.



تصویر (۱) - رادیوگرافی فاس
قفسه‌صدری تصویر توده حجیم در خلف
میداستن مشهود است.



خلاصه مقاله:

در این گزارش خانم ۴۵ ساله‌ای معرفی شده که سابقه سرگیجه و سنکوپهای مکرر و احساس پارستزی در اندام فوقانی را به مدت ۱۲ سال دارا بوده است. در معاینه انجام شده نبضهای برآکیال و رادیال در هر دو دست وجود نداشت. سرعت رسوب گلبولی بیمار طبیعی بود. در آنژیوگرافی و

سی‌تی‌اسکن انجام شده ضایعات تیپیک تاکایاسو مشهود بود. نکته جالب توجه در این بیمار طول عمر طولانی وی (۱۲ سال) می‌باشد.



مقدمه:

بیماری تاکایاسو، یکی از انواع آرتریت‌های با سلول غول‌پیکر

(Giant cell arteritis) می‌باشد که عمدتاً با درگیری آئورت و انشعابات آن همراه است (۱). از زمانی که برای اولین بار یک چشم پزشک ژاپنی این بیماری را در نزد یک خانم جوان شرح داد ۸۵ سال می‌گذرد (۲). از آن موقع تاکنون گزارشات متعددی از این بیماری در مطبوعات پزشکی به طبع رسیده است. بیشترین این گزارشات از کشورهای آسیایی و بخصوص شرق دور می‌باشد (۳).

بیماری که در این گزارش معرفی می‌شود از آن جهت حائز اهمیت و توجه است که در عین بروز عوارض دارای طول عمر طولانی (Long survival) می‌باشد.



شرح حال (observation)

خانم ف-د ۴۵ ساله به علت حملات مکرر سنکوپ (Faintness) که از ۱۲ سال پیش وجود داشته به اورژانس

دردهای مبهم را در ناحیه بازوانش اظهار می‌دارد. در معاینه‌ای که از بیمار بعمل آمد. نبضهای رادیال و بازویی در اندام فوقانی قابل لمس نبود. در اندام تحتانی نبضهای رانی و پشت‌پایی و تیبیال خلفی قابل لمس بود. نبضهای کاروتید دو طرف قابل لمس بود و در سمع عروق کاروتید یافته غیرطبیعی وجود نداشت. فشار خون در اندام فوقانی قابل اندازه‌گیری نبود ولی در اندام تحتانی فشار خون ۸۰/۱۰۰ mmHg بود. در معاینه قفسه صدی نکته پاتولوژیکی

چپ توراکس مشهود بود که این تصویر در رادیوگرافی لاترال قفسه صدی منطبق بر آنورت نزولی بود (تصویر ۱ و ۲). در آنژیوگرافی، آنورت صعودی و شریان بی‌نام متسع و آنورت نزولی نیز تا محل جدا شدن شریان کلیوی نمای آنوريسمال داشت. شرايين تحت ترقوه دو طرف پس از جدا شدن شريانهاي مهره‌ای مسدود بودند. تصویر ترومبوزهای متعدد در محل آنوريسم مشهود بود (تصویر ۳ و ۴ و ۵). سی‌تی اسکن قفسه صدی با تزریق



تصویر (۶) - نمای آنوريسم شريان آنورت (در حد دو شاخه شدن تراشه)



تصویر (۵) - آنژیوگرافی از شريان آنورت: تصویر آنوريسم در آنورت نزولی همراه با ترومبوزهای متعدد مشهود است.



تصویر (۴) - آنژیوگرافی از شريان آنورت: آنوريسم در قوس آنورت.

ماده حاجب برای بیمار انجام شد. آنوريسم آنورت از حدود دو شاخه شدن تراشه شروع می‌شد و در ناحیه آنورت سینه‌ای و آنورت شکمی تا حدود انشعاب عروق کلیوی به طول تقریبی ۳۰ Cm ادامه می‌یافت (تصویر ۹ و ۶) با توجه به معیارهای Ishikawa و انجمن روماتولوژی آمریکا این بیمار فرم قطعی و کامل بیماری تاکایاسو شناخته شد و اقدام مقتضی برای وی انجام گردید.

وجود نداشت. معاینه شکم نیز طبیعی بود و فقط در سمع شکم در قسمت راست ناف Bruit شنیده می‌شد. در معاینه سایر قسمت‌ها مسأله پاتولوژیکی یافت نشد.

آزمایشات معمول نظیر شمارش و سرعت رسوب گلبولی (Esr, CBC) قند، اوره، کراتینین، تستهای انعقادی و کبدی طبیعی بود. در رادیوگرافی قفسه صدی، تصویر توده مدیاستینال در طرف

داخلی بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه کرده است. بیمار در هر ماه یک تا دو بار دچار سنکوپ می‌شده که در مراجعه به مراکز درمانی متعدد با ظن کم‌فشاری شریانی (Hypotension) تحت سرم درمانی قرار می‌گرفته، همراه با حملات فوق سردرد و سرگیجه و احساس مورمور و گزگز شدن (Paresthesia) گردن و اندام فوقانی وجود داشته است. همچنین بیمار سابقه

ایسکمی سیستم عصبی مرکزی نیز بروز می کند و تغییرات اختصاصی در رتین بوجود می آید. با توجه به سیر ۱۲ ساله از موقع شروع بیماری در نزد این بیمار و با عنایت به طبیعی بودن ESR، بیمار فوق در مرحله ایسکمیک بیماری می باشد و مرحله التهابی را پشت سر گذاشته است (۹). براساس اینکه درگیری عمده در بیماری تاکایاسو در کدامین قسمت شراین باشد، بیماری به چهار

تیپ تقسیم بندی می شود (۶ و ۳) **تیپ I** - درگیری بطور عمده در قوس آئورت و شاخه های آن وجود دارد. **تیپ II** - درگیری آئورت سینه ای شکمی بدون درگیری قوس آئورت وجود دارد.

تیپ III - درگیری قوس آئورت و آئورت سینه ای شکمی با هم وجود دارد. **تیپ IV** - درگیری شریان ریوی.

همانطور که در آنژیوگرافی بیمار ملاحظه می شود در این بیمار، قوس آئورت و انشعابات آن به همراه آئورت نزولی تا محل انشعاب شراین کلیوی درگیر است. بنابراین بر مبنای تقسیم بندی فوق بیمار ما مبتلا به **تیپ III** بیماری می باشد.

در تیپ I و III بیماری، کلاسیک ترین علائم بیمار (Reversed coarctation) به صورت غیاب یا کاهش نبضها و عدم امکان اندازه گیری فشار خون در اندام فوقانی در حضور پرفشاری شریانی در اندام تحتانی، وجود Bruit در روع عروق و علائم کاهش خونرسانی به اعضای مبتلا و سنکوپهای مکرر وجود دارد. تمامی آنچه ذکر شد در نزد بیمار ما نیز وجود داشت. بطوریکه علیرغم غیاب نبضها در اندام فوقانی و عدم امکان اندازه گیری فشار خون در این



بحث (Discussion):

تا کنون بنظر می رسد بیماری تاکایاسو در ایران بیماری بسیار نادری باشد لیکن گزارشات اخیر نشان می دهد مواردی از این بیماری در ایران وجود دارد (۱۱و۱۲).

بیماری در ۷۵٪ موارد در سنین جوانی شروع می شود. سن زیر ۴۰ سال برای شروع بیماری معیاری اجباری برای تشخیص بیماری است (۴). همچنین میزان بروز آرتریت تاکایاسو در خانمها ۸ برابر شایعتر از آقایان می باشد (۵). بیمار ما نیز خانمی است که شروع بیماریش زیر ۴۰ سالگی بوده است.

بیماری تاکایاسو یک بیماری دو مرحله ایست. مرحله اول یا مرحله سیستمیک بیماری که بیماری با آن شروع می شود مرحله ای است که علائم عمومی مثل تب، بی اشتها، کاهش وزن، عرق شبانه، آرترالژی، درد پلورتیک و خستگی وجود دارد، همچنین در این مرحله هیپرلکوسیتوز و افزایش سرعت رسوب گلبولی و آنمی خفیف دیده می شود. پس از گذر از این مرحله حاد و التهابی، بیماری وارد مرحله دیررس (Latent phase) یا مرحله انسدادی (Obliterative phase) می شود. در این مرحله علائم عمومی که در مرحله التهابی وجود داشت وجود ندارد و ESR نیز طبیعی می باشد، برعکس، علائم انسداد شریانی و ایسکمی اندامها بوجود می آید و نبضهای اندام فوقانی از بین می رود و به علت ایسکمی بوجود آمده در عضلاتی که از این شراین مشروب می شوند، دردهای مبهمی در عضلات بازو بروز می کند. علائم



تصویر (۷) - نمای آنوریسم شریان آئورت سینه ای همراه با کلسیفیکاسیون جداری



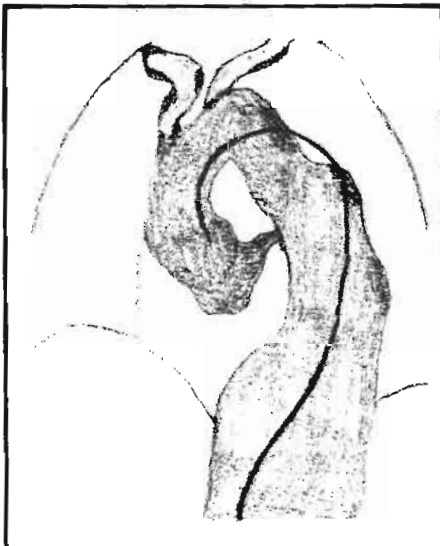
تصویر (۸) - نمای آنوریسم شریان آئورت سینه ای شکمی همراه با نامنظمی جدار



تصویر (۹) - نمای آنوریسم شریان آئورت شکمی تا محل جدا شدن شراین کلیوی



● بیمار مذکور ف-د



● تصویر شماتیک از آرتریوگرافی
آئورت که نامنظمی‌های متعدد و
ترومبوزها را مطابق تصویر اصلی (۴)
نشان می‌دهد.

در این بیماری بستگی به وجود یا
غیاب عوارض شدیدی مثل رتینوپاتی،
پرفشاری شریانی ثانویه، نارسائی آئورت و
آنوریسم آئورت دارد. شایعترین علت
مرگ در این بیماران، نارسائی قلب و
حملات عروقی مغزی CVA می‌باشد.
در مرحله حاد بیماری مجموعه‌ای از
درمان با سیکلوفسفامید و کورتیکوستروئید
و همچنین جراحی طول عمر ۵ ساله را
به ۱۰۰٪ می‌رساند (۸ و ۹).

از آنجائی که بیمار فوق مرحله حاد
و التهابی بیماریش را پشت سر گذاشته
بود، درمان با سیکلوفسفامید و
کورتیکوستروئید برای وی انجام نشد.
درمان جراحی آنوریسم آئورت برای بیمار
پیشنهاد گردید ولی بیمار حاضر به عمل
جراحی نشد. بنابراین با آسپیرین و
دی‌پیریدامول که درمان جانبی و
محافظتی است، مرخص گردید. در طی
۹ ماهی که از ترخیص وی می‌گذرد هر
ماه یکبار جهت پیگیری مراجعه نموده و
هم اکنون حال عمومی وی خوب
می‌باشد.

اندام، فشار شریانی در اندام تحتانی
۱۸۰/۱۰۰ میلیمتر جیوه بود.
طبق گزارش Jorens و همکارانش،
فرم شدیدی از آرتریواسکلروز در نزد
بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو دیده شده
است، به همین دلیل وی بیان می‌کند
که معیارهای تشخیصی آرتریت تاکایاسو
اغلب نیازی به بررسی هیستوپاتولوژیک
ندارد و هم اکنون تشخیص قطعی
تاکایاسو با آنژیوگرافی است (۷).

در سال ۱۹۸۸، Ishikawa معیارهایی
را برای تشخیص بالینی بیماری ارائه
کرد که در جدول یک ملاحظه می‌شود
(۴). بر مبنای معیارهای Ishikawa
بیمار ما فرم کامل و قطعی بیماری را
داراست چراکه شروع بیماریش زیر ۴۰
سالگی بوده و هر دو شریان تحت
ترقوه‌ای مبتلاست. همچنین بیمار ما،
ضایعه آئورت شکمی، آئورت توراسیک،
ضایعه براکیوسفالیک و کاروتید مشترک
چپ و پرفشاری شریانی را با
خصوصیات کاملاً مشابه با آنچه که
Ishikawa ذکر کرده است، داراست.

بر مبنای معیارهای آکادمی
روماتولوژی آمریکا (۱۰) بیمار ما چهار
معیار از ۶ معیار را دارا است و بنابراین
مبتلا به فرم قطعی بیماری
است (جدول ۲).

مورد معرفی شده به مدت ۱۲ سال
علائم گفته شده را دارا بوده لیکن تا به
حال تشخیص قطعی و مسجلی برای وی
مطرح نشده بود و بنابراین در این مدت
تحت درمان خاصی قرار نگرفته بود. این
مسئله از آن جهت جالب توجه است که
علیرغم عدم درمان و با توجه به وجود
آنوریسم تیپ A نسبتاً وسیع، بیمار طول
عمر نسبتاً طولانی داشته است. لازم به
یادآوری است که میزان مرگ و میر
(Mortality) و ناتوانی (Morbidty)

نتیجه (Conclusion):

با توجه به شرح حال بیمار، باید در
هر معاینه فیزیکی به طور معمول
نبضهای عروق محیطی بررسی شود و
بخصوص فشار خون شریانی باید در
چهار اندام اندازه‌گیری شود. بیمار فوق
به مدت ۱۲ سال متهم به ابتلای به
کم‌فشاری شریانی شده حال آنکه اگر
برای یکبار فشار خون بیمار در اندام
تحتانی هم گرفته می‌شد و یا به عدم
وجود نبض رادیال در هر دو دست توجه
می‌شد، تشخیص بیماری این قدر به
تسویق نمی‌افتاد. همچنین در نزد

جدول ۱- معیارهای تشخیصی اینشیکاوا

معیار

معیار اجباری : سن کمتر یا مساوی ۴۰ سال

سن کمتر از ۴۰ سال در موقع تشخیص یا موقعی که حمله بیماری به مدت یکماه وجود داشته است.

معیار اصلی:

- ۱- ضایعه قسمت میانی شریان تحت ترقوه ای چپ
- ۲- ضایعه قسمت میانی شریان تحت ترقوه ای راست

شدیدترین تنگی یا انسداد در قسمت میانی از یک سانتیمتر قبل از انشعاب شریان مهره ای تا ۳ سانتیمتر بعد از آن در آنژیوگرافی.

معیار فرعی:

- ۱- افزایش سرعت رسوب گلبولی

ESR بالا و پایدار بیشتر از ۲۰ میلیمتر در ساعت اول (Westergren) در موقع تشخیص یا وجود آن در سابقه بیمار.

- ۲- حساسیت شریان کاروتید

حساسیت یک طرفه یا دو طرفه شراین کاروتید مشترک در لمس، حساسیت در لمس عضلات گردنی قابل قبول نیست.

- ۳- پرفشاری شریانی

فشار خون پایدار کمتر یا برابر ۱۴۰/۹۰ در شریان بازویی یا بیشتر از ۱۶۰/۹۰ در شریان رکیبی قبل از ۴۰ سالگی یا وجود سابقه آن در سن قبل از ۴۰ سالگی.

- ۴- نارسایی آنورت یا گشادی حلقه آنورتیک

(به وسیله سمع یا اکوکاردیوگرافی داپلر یا آنژیوگرافی) انسداد شریانی لوبر یا سگمانتر یا یافته های مشابه که بوسیله آنژیوگرافی یا Perfusion Scintigraphy مشخص شده باشد یا وجود تنگی، آنورسم نامنظمی لومن یا هر ترکیبی از آنها در تنه شریان ریوی یا شراین ریوی دو طرف که بوسیله آنژیوگرافی مشخص شده باشد.

- ۵- ضایعه شریان ریوی

- ۶- ضایعه قسمت میانی شریان کاروتید مشترک چپ

وجود تنگی شدید یا انسداد در قسمت میانی این شریان به طول ۵ سانتیمتر و به فاصله ۲ سانتیمتری از دهانه شریان که بوسیله آنژیوگرافی مشخص شده باشد.

- ۷- ضایعه دیستال تنه براکیوسفالیک

وجود تنگی یا انسداد در یک سوم دیستال این شریان که بوسیله آنژیوگرافی مشخص شده باشد.

- ۸- ضایعه آنورت سینه ای نزولی

تنگی، گشادی یا آنورسم نامنظمی لومن یا هر ترکیبی از آنها که بوسیله آنژیوگرافی مشخص شده باشد.

- ۹- ضایعه آنورت شکمی

تنگی، گشادی، یا آنورسم نامنظمی لومن یا هر ترکیبی از آنها در غیاب ضایعه در ناحیه آنورتوایللیاک. (شامل ۲ سانتیمتری انتهای آنورت و شریانهای ایلپاک مشترک دو طرف که بوسیله آنژیوگرافی مشخص شده باشد، تورنوزته به تنهایی قابل قبول نیست).

۱- شروع علائم قبل از ۴۰ سالگی

۲- خستگی (Claudication) در یکی از اندامهای فوقانی یا تحتانی

۳- کاهش یا از بین رفتن نبض در مسیر شریان بازویی

۴- اختلاف فشار سیستولیک بیش از ۱۰ میلی متر جیوه بین دو اندام فوقانی

۵- شنیدن سوفل در مسیر شریان زیر ترقوه ای یا آئورت

۶- علائم آرتروگرافی مشخص

Cardiovascul surg. (Torino) 32(3)373 - 375, 1991.

8- Lea and Febiger :Takayasu's arteritis. Arthritis and allied conditions (Macarty) p 1181-1183, 1986.

9- Baim DS.: Takayasu's arteritis. Braunwald textbook of Heart Disease. p 1544 - 1547, 1992 W.B. Saunders.

10- Arend WP, Michel BA and et al: 1990 criteria for the classification of Takayasu's arteritis. Arthritis and Rheumatism 338:1129,1990.

۱۱- دکتر موحدیان، علی. دکتر کلانتری، حمید. معرفی یک بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره ۳، شماره ۲، ۱۳۷۰.

۱۲- دکتر فاضل، ایرج. نامه ها. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره ۴، شماره ۲، ۱۳۷۰.

J.E and et al : Takayasu's arteritis and it's therapy. Am Intern Med. 103:121,1985.

2- Takayasu M.: Case with unusual changes of the central vessels in the retina. Acta Soc. Ophthalm. JPN 12:554, 1908.

3- Lupi-Herrera, E. Sanchez - Torres G. Marcushamer J and et al: Takayasu's arteritis. Clinical study of 107 cases. Am Heart J. 93:94,1977.

4- Ishikawa, k; Diagnostic approach and proposed criteria for the clinical diagnosis of Takayasu's arteriopathy. J Am coll cardiol. 12:964,1988.

5- Morooka, S. Saito Y. Nonaka Y and et al: Clinical features of aortitis syndrome in Japanese women older than 40 years. Am J Cardiol 53:859,1984.

6- Ueno, A. Awane G, and wakahayachi, A: Successfully operated obliterative brachiocephalic arteritis (Takayasu) associated with the elongated coarctation, JPN hear J, 8:538,1967.

7- Jorens PG and et al.: Takayasu's disease and atherosclerosis. J

خانمهای جوانی که با حملات سنکوپ به کلینیک مراجعه می کنند باید به فکر بیماری تاکایاسو نیز بود و نبضهای محیطی آنان را بررسی کرده و معاینه عروق بزرگ جهت بررسی سوفلهای شریانی انجام پذیرد. در صورت لزوم، رادیوگرافی قفسه صدری و بررسی سرعت رسوب گلبولی را در نزد آنان انجام داد. بنا بر آنچه گفته شد برخلاف اندیشه قبلی، بیماری تاکایاسو بیماری است که می تواند در ایران وجود داشته باشد و توجه دقیق در حین انجام معاینه فیزیکی می تواند به تشخیص موارد ناشناخته بیماری کمک کند.

References:

1-Shelhamer J.II. Volkman D.J. Parillo