

Bölüm 8

DEV HÜCRELİ ARTERİT

Sercan KARADENİZ

Dev hücreli arterit (DHA) özellikle geriatric yaş grubunda görülen sistemik bir vaskülitir. Karotid arterin ekstrakranial dallarını etkileyen granümatöz bir inflamasyon ile karakterizedir. Bu inflamasyona bağlı olarak da stenoz, oklüzyon ya da anevrimalar oluşabilir. Sık tutulum sebebiyle eskiden Temporal Arterit olarak da isimlendirilmekteydi

DHA sıklıkla polimiyaljiya romatika (PMR) ile birlikte görülür. %20-50 oranında birliktelik bildiren yayınlar mevcuttur. PMR'lı hastaların %10'unda eşzamanlı DHA tanısı vardır. Her iki hastalığa ait semptomların başlangıç sırası tam olarak belirlenememiştir. PMR kliniği olan hastalarda temporal arter biyopsisi yapılırsa arterit bulguları saptanabilir.

Genellikle 50 yaş üzerinde başlamakla birlikte ortalama başlangıç 70 yaş civarındadır. 27/100000 sıklıkta görülmekle beraber, gelişmekte olan ülkelerde artan yaşlı nüfus sebebiyle sıklığının artacağı öngörülmektedir. Bayanlarda ve beyaz ırkta daha sık görülmektedir.

PATOLOJİ

Damar duvarında granümatöz bir inflamasyon mevcuttur. İntimal hiperplazi, luminal oklüzyon ve iskemi oluşabilir. Damar lümeni oklüzyonuna, trombus, subintimal ödem veya hücre proliferasyonu sebep olmaktadır. Temporal arter biyopsisi tanıda oldukça önemlidir.

Histopatolojik olarak büyük-orta çaplı arterlerde genellikle dev hücre oluşumuyla birlikte mononükleer hücre infiltrasyonunun olduğu panarterittir. İnflamasyon temporal arter duvarında T hücre ve makrofaj infiltrasyonu vardır. Lenfosit-

TEDAVİ

Aktif inflamasyonun tedavi edilmesi prognoz için oldukça önem teşkil etmektedir. Tedavide steroidler yalnız veya diğer immünsüpresif ajanlar ile birlikte kullanılmaktadır.

DHA hastalarında 40-60 mg/gün prednizolon tedavisine dramatik yanıt alınmaktadır. Steroid ile başta baş ağrısı ve tüm semptomlarda iyileşme hemen başlar. Bildirilen ortalama tedavi süresi 1-5 yıldır. Klinik bulgular, eritrosit sedimentasyon hızı ve CRP değerleri izlenerek 2-3 haftada bir steroid dozu 5-10 mg azaltılabilir ve normaleştikten sonra tedavi sonlandırılmalıdır. Ancak steroid dozunun azaltılması relapslara yol açabilir.

Vizüel semptomları başlayan hastalarda puls intravenöz (iv) Metilprednizolon tedavisinin yararlı olabileceği belirtilmektedir. 5 gün süreyle 1 gr iv metilprednizolon ve sonrasında oral form ile tedavi uzun süre devam ettirilmelidir.

Steroide yanıt alınmaz veya kullanılmasına kontrendike bir durum söz konusu ise Azathioprine, Metotreksat, Siklofosfamid gibi diğer immunosüpresif ajanlar denenmelidir. İnterlökin-6 reseptörüne karşı monoklonal bir antikor olan Tocilizumab'ın nökslerde azalmaya ve kümülatif steroid dozunda önemli bir azalmaya sebep olduğu gösterilmiştir. İnfliksimab, Abatasept ve Ustekinumab da yine DHA tedavisinde son dönemde kullanılan diğer biyolojik ajanlardır.

Zamanında ve doğru tedavi ile prognoz oldukça iyidir. Ancak remisyondan yıllar sonra bile rekürrenslerin görülebileceğini unutmamak gerekir.

KAYNAKLAR

1. Niederkoher, R.D. Levin, L.A. Management of the patient with suspected temporal arteritis: a decision-analytic approach, *Ophthalmology*, 2005; 112: 744-56
2. Sneller, M.C. Langford, C.A. & Fauci, A.S.. The Vasculitis Syndromes. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 2005: 16th Edition, Part: XIII, Ch: 306, pp: 2002 New York McGRAW – HILL Co. -14.
3. El-Dairi, M.A. Chang, L. , A.D. & Cummings, T.J. Stinnett, S.S. Bhatti, M.T. Diagnostic algorithm for patients with suspected giant cell arteritis. *J Neuroophthalmol*. 2015; 35: 246–53. doi: 10.1097/WNO.000000000000234.
4. Aiello, P.D. Trautmann, J.C. McPhee T.J. Kunselman, A.R. Hunder, G.G. Visual prognosis in giant cell arteritis. *Ophthalmology* 1993; 100:550–5. DOI:10.1016/s0161-6420(93)31608-8
5. Nuenninghoff, D.M. Hunder, G.G. Christianson, T.J. McClelland, R.L. Matteson, E.L. Incidence and predictors of large-artery complication (aortic aneurysm, aortic dissection, and/or large-artery stenosis) in patients with giant cell arteritis: a population-based study over 50 years. *Arthritis Rheum*, 2003; 48: 3522–31. DOI:10.1002/art.11353
6. Lin, L.W. Wang, S.S. Shun, C.T. Myocardial infarction due to giant cell arteritis: a case report and literature review. *Kaohsiung J Med Sci* 2007; 23:195-8. DOI:10.1016/S1607-551X(09)70397-3

7. Chacko, J.G. Chacko, A. Salter, M.W. Neuro-ophthalmology Update Review of Giant cell arteritis. *Saudi Journal of Ophthalmology* 2015; 29: 48-52. DOI: 10.1016/j.sjopt.2014.10.001
8. Patel M. Duncan R. Forsyth, M.A. Review article: Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2011; 2: 7-12 <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2010.12.001>
9. Mukhtyar C, Guillevin L, Cid MC, Dasgupta B, de Groot K, Gross W, Hauser T, Hellmich B, ve Ark. EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 318–23. DOI:10.1136/ard.2008.088351
10. Villiger PM, Adler S, Kuchen S, Wermelinger F, Dan D, Fiege V, Bütikofer L, ve Ark. Tocilizumab for induction and maintenance of remission in giant cell arteritis: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2016; 7: 1921-7. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00560-2.