

Scanned by TapScanner

münite ile ilgili olarak lökosit sayısı, lökosit formülü, kompleman tayini, humoral immünite ile ilgili olarak total IgG, IgM, IgA değerleri, hücresel immünite ile ilgili olarak EAC-Rozet testi, E-Rozet testi, T4 (Helper efektör) ve T8 (sitotoksik supressör) düzeyleri, ayrıca inflamatuvar mediatör olarak CRP, sedimentasyon hızı, non-organspesifik otoantikor varlığına ilişkin olarak anti-endotelial hücre antikoru istendi. Sonuçta; Lökosit sayısı: 10.500

Sistem-9000/RX otoanalizörle yapılan lökosit formülü:

Parçalı: % 60, Lenfosit % 45, Monosit % 4, Eozinofil % 1, Çomak % 8, Türbindimetrik yöntemle yapılan kompleman tayininde;

C 3: 65 mg/dl, C4: 27 mg/dl,

Hümmoral immünite ilgili (Türbidimetrik yöntemle):

IgG: 1400 mg/dl, IgM: 250 mg/dl, IgA: 300 mg/dl

Hüresel immünite ile ilgili olarak; (100 lenfosit sayıldı, rozet yapan lenfosit yüzdesi belirlendi).

E-Rozet testi: % 45 (N> 40), Ambaceptör'le yapılan EAC-Rozet testi: % 30, Fluosimetometri yöntemi ile yapılan T4-Sd2 - > % 76.2 (N: % 71.2-% 85.2), Sd 4 (helper)- > % 45.4 (N: % 39.7-50.1)

T8 Sd (suppressör) - > % 32.4 (N: 20,6-% 33.5)

T8 Sd 3 (sitotoksik) - > % 98 (% 61-% 82)

Türbidimetrik yöntemle inflamator mediatör olarak CRP 1,1 mg/dl (N< 0.5 mg/dl),

Sedimentasyon hızı; 2 11 29,

Hemoglutinasyon yöntemi ile yapılan Anti-endotel hücre antikoru: 1/40 titrasyonda pozitif (N: 1/20 den az), olarak tespit edildi.

Klinik ve histopatolojik açıdan Takayasu hastalığının belirtileri görülen immünite ile parametrelerde normal veriler olmasına karşın, T8 (sitotoksik lenfosit) düzeyinin yüksek olması, T4'ün düşük olması, ayrıca anti-endotel hücre antikorunun pozitif [1/40'da (+)] olarak tespit edilmesi, Takayasu hastalığında vaskülit patolojisinde hümmoral immünite rolünün olmadığı, hastalığın hüresel immüniteye bağımlı, otoimmün kökenli olabileceğini bildiren yayınların görüşleri paralellik gösterir (9, 10, 11).

Postoperatif komplikasyon olmadı. 2 yıl-

lık takipte hastanın tansiyonu normaldi ve herhangi bir antihipertansif kullanmıyordu.

TARTIŞMA

Pekçok merkez renovasküler orijinli hipertansiyonu olan hastalara operasyon adayı olarak bakarlar (7, 8, 12). Bazı merkezler daha seçicidirler ve uzun süreli ilaç tedavisi önerirler (13). Başarılı bir angioplasti veya operasyon sonrası renin düzeyinin normale döndüğü gösterilmiştir (7, 12).

Takayasu hastalığında damar yapısı fibrotik yapıda olduğundan tromboendarterektomi yapılamaz. Cerrahi müdahale darlığın proksimali ve distali arasında yapılmaktadır (7).

Biz de renavasküler hipertansiyona neden olan aorta ve a. renalis tıkanıklıklarında nadir etken olarak sayılan Takayasu hastalığına bağılı bir renovasküler hipertansiyon olgusunda cerrahi müdahale sonrasında hastanın şikayetlerinin tamamen düzeldiğini ve iki yıllık takiplerde antihipertansif destek gerekmeksizin normal tansiyonun devam ettiğini gözlemledik. Cerrahi tedavinin bu olgularda ilk seçilecek tedavi yöntemi olduğunu ve yüzgüldürücü sonuçlar verdiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Böke E, Saylam A, Bozer A.Y.: Renovasküler hipertansiyonda cerrahi tedavi sonuçları. Hacettepe Tıp/Cerrahi Bült., 6: 182, 1973.
2. Deschenes G, Zitek M, Gubler MC: Renal artery pathology and its therapeutic indications in the child. Ann Pediatr Paris. 38 (6): 387-92, 1991.
3. DeRose G, Harris KA, Jamieson WG: Are simultaneous aortic reconstruction and renal revascularization safe and effective? J Cardiovasc Surg Torino. 32 (5): 648-51, 1991.
4. Tovar MF, Diaz PP, Fernandez PJ, Tovar PA: Selective renal hypothermia in the surgical treatment of juxta-renal aortic aneurysms. Angiologia. Sep-Oct; 43 (5): 197-9, 1991.
5. Klink BK, Sutherin S, Heyse P, McCarty MC: Traumatic bilateral renal artery thrombosis diagnosed by computed tomography with successful revascularization: case report. J Trauma 32 (2): 259-62, 1992.
6. Wylie EJ, Stoney LJ, Ehrenfeld WK: Manual of Vascular Surgery. Volume 1. Ed. by EgdaHL, RH. Springer-Verlag, New York, 1980.
7. Vaysse J: Surgery of the renal artery, in: Modern technics in surgery: Vascular Surgery. Lausanne, Switzerland 1972.
8. Eigler FW, Dostal G, Montag H, Jakubowski HD: results of ten year period of reconstructive sur-

gery for renovascular disease. Thorac Cardiovasc Surgeon, 310 45, 1983.

9. Seko Y, Yazaki Y: Cytotoxic factor in vascular injury. Nippon Rinsho. 52 (8): 2018-23, 1994.

10. Girona E, Amigo MC, Izaguirre R, Banales JL, Reyes PA: Takayashu arteritis: Absence of autoantibodies and coagulation fibrinolysis abnormalities. Rev Invest Clin. 45 (3): 241-6 1993

11. Pariser KM.: Takayasu's arteritis. Curr Opin Cardiol 9 (5): 575-80, 1994.

12. Brewster DC: Surgical management of renovascular diseases. AJR, 135: 963, 1980.

13. MacCharty EP: Renal vein renin and saralasin testing in renovascular hypertension. Am Heart J, 96 55): 697, 1978.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Bekir KOCAZEYBEK

İ.Ü. Kardiyoloji Enstitü, Haseki, İstanbul