

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

Takayasu's Arteritis

มิตร รุ่งเรืองวานิช พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลนครปฐม

Mit Rungreungvanich M.D.

Department of Internal Medicine

Nakhon pathom hospital

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี มาด้วยเรื่องก้อนที่คอข้างซ้ายบริเวณ supraclavicular ตรวจร่างกายพบความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตของแขนทั้งสองข้างไม่เท่ากัน ฟังได้ abdominal bruit การตรวจ angiogram พบ aneurysm ของ left subclavian artery และ bilateral renal artery stenosis.

ABSTRACT

A 32 year-old woman presented with pulsatile mass at left supraclavicular region. Physical examination revealed that there was a difference of 100 mmHg in systolic blood pressure between the arms and abdominal bruit. Angiography revealed findings of bilateral renal artery stenosis and aneurysm of left subclavian artery.

บทนำ

Takayasu's arteritis ได้รายงานครั้งแรกโดยนายแพทย์ Takayasu ชาวญี่ปุ่น เมื่อ ค.ศ. 1908 เนื่องจากสังเกตพบการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดใน retina โดยมี capillary flush ร่วมกับ arteriovenous anastomosis¹ ภายหลังพบว่าเป็นกลุ่มอาการร่วมกับอาการฉีกเสียบของเอออร์ตา (aorta) และแขนงใหญ่ บางคนเรียกโรคนี้ว่า aortic arch syndrome หรือ pulseless disease

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 32 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาตำบลสามง่าม อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม มารับการตรวจที่โรงพยาบาลนครปฐม เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2545

ด้วยเรื่องมีก้อนที่คอบริเวณไหปลาร้าซ้าย

ประวัติ

มีก้อนที่คอบริเวณไหปลาร้าซ้ายมาประมาณ 2 ปี และก้อนโตขึ้น ผู้ป่วยทราบว่ามีความดันโลหิตสูงเมื่อคลอดบุตรคนแรก ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 ซื้อยากินเอง ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดข้อ ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการปวดแขนเวลาทำงาน และไม่ปวดขาเวลาเดิน

ตรวจร่างกาย

T = 37° C pulse 90/ min BP left brachial artery = 130/100 mmHg right brachial artery =

230/120 mmHg, pulsatile mass ขนาด 4 cm. X 3 cm.
ที่ left supraclavicular region และฟังได้ bruit

Heart : normal heart sound

Lung : clear

Abdomen : soft, not tender

: kidneys, liver และ spleen คลำ
ไม่ได้

: ฟังได้ epigastric bruit at renal
artery region ทั้งสองข้าง

Extremities : no edema

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hct 37% Hb 12.5 gm/dl WBC 8,800/
cu.mm. N80% L18% M2% platelet : adequate

FBS 84 mg% BUN = 13 mg% Cr = 1.5 mg%
ESR 50/hr

Electrolyte : Na⁺ 138 mEq/L K⁺ 3.8 mEq/L,
HCO₃⁻ 20 mEq/L, Cl⁻ 100 mEq/L

Angiogram (ตรวจที่โรงพยาบาลราชวิถี)

- aneurysm of left subclavian artery
- bilateral renal artery stenosis

Diagnosis : Takayasu's arteritis

วิจารณ์

โรค Takayasu's arteritis นี้พบทางทวีปเอเชีย
บ่อยกว่าทางตะวันตก^{2,3} ผู้ป่วยมักจะเป็นผู้หญิงมากกว่า
ร้อยละ 80 และอายุน้อยกว่า 40 ปี^{4,5}

สาเหตุของโรคไม่ทราบแน่ชัด แต่มีหลักฐานบ่งชี้ว่า
เกิดจากกลไกทางภูมิคุ้มกัน เช่น ตรวจพบ HLA-Bw 52 และ
HLA-B 39.2 มากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยนี้⁶ สำหรับพยาธิสภาพ
ที่ตรวจพบในผู้ป่วยคือมีการอักเสบของหลอดเลือดแดง
โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่⁷ เช่น เอออร์ตา และ
แขนงของหลอดเลือดแดงพัลโมนารี การอักเสบอาจจะเกิด

ขึ้นเป็นบางจุดหรือเป็นทั่วไปหมด การอักเสบทำลายผนัง
หลอดเลือดทุกชั้น โดยเฉพาะชั้น media และ adventitia
มี killer cell โดยเฉพาะ gamma delta T lymphocyte
มาก⁸ ชั้น intima หนาตัวขึ้น เกิด thrombosis ทำให้
หลอดเลือดแดงอุดตัน ขณะเดียวกัน elastic fiber ของผนัง
หลอดเลือดถูกทำลายด้วยเช่นกัน หลอดเลือดแดงที่เกิด
พยาธิสภาพของโรคนี้อาจจะมีลักษณะเป็นได้ทั้งตีบ
(stenosis), ตัน (occlusion), หรือโป่งพอง (aneurysmal
dilatation) เป็นผลให้อาการและอาการแสดงที่ตรวจพบ
แตกต่างกันไป⁹

อาการที่พบได้บ่อยในระยะแรก คือ อ่อนเพลีย
(fatigue), น้ำหนักลด (weight loss), มีไข้ต่ำ ๆ (low-grade
fever), ปวดข้อ (arthralgia)¹⁰ เมื่อการดำเนินของโรคเป็น
มากขึ้นก็จะมีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งขึ้น
อยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดกับ
หลอดเลือดแดง

การตรวจร่างกายจะพบความดันโลหิตของแขน
ข้างใดข้างหนึ่งลดลงต่ำกว่าอีกข้างหนึ่ง มากกว่า 10 mmHg
คลำ arterial pulse ของแขนและขาได้ไม่เท่ากัน การฟัง
จะฟังได้ bruits บริเวณของ subclavian artery, brachial
artery, carotid artery และบริเวณของ abdominal ves-
sel. อาจพบ aortic regurgitation ในผู้ป่วยที่มี dilatation
ของ aortic root

ความดันโลหิตสูงจะพบได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย
เนื่องจากมี renal artery ตีบแคบลง (narrowing) หรือ
หลอดเลือด aorta และแขนงตีบแคบลง (narrowing) และ
มี elasticity ลดลง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบ ESR สูงขึ้น,
C-reactive protein เพิ่มขึ้น ในระหว่าง acute phase แต่
จะลดลงในระยะต่อมา การวินิจฉัยที่สำคัญได้แก่ angio-
gram ซึ่งจะพบว่าผนังหลอดเลือดหนา ตีบตัน หรือขรุขระ
เกิดเป็นระยะ ๆ และอาจมี collateral circulation เพิ่มขึ้น
นอกจากนี้ปัจจุบันยังมีการนำเอา computed tomogra-
phic (CT) imaging หรือ magnetic resonance (MR)

ตารางที่ 1 American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Takayasu's arteritis

1. Age at disease onset ≤ 40 years
2. Claudication of extremities
3. Decreased brachial artery pressure
4. Blood pressure difference > 10 mmHg
5. Bruit over subclavian arteries or abdominal aorta
6. Arteriogram abnormality - arteriographic narrowing or occlusion of the entire aorta, its primary branches, or large arteries in the proximal upper or lower extremities, not due to arteriosclerosis, fibromuscular dysplasia, or similar causes; changes usually foci or segmental

For purposes of classification, a patient shall be said to have Takayasu arteritis if at least three of these six criteria are present. The presence of any three or more criteria yields a sensitivity of 90.5 percent and a specificity of 97.8 percent.

imaging มาช่วยในการวินิจฉัย¹¹⁻¹³ เชื่อว่าเมื่อได้พัฒนา ปรับปรุงแล้วจะสามารถแทนการวินิจฉัยโดย angiography ได้ในอนาคต

American College of Rheumatology ได้วาง ข้อกำหนดในการวินิจฉัย Takayasu's arteritis 6 ข้อ ดัง ตารางที่ 1

การรักษาหลักสำหรับผู้ป่วย Takayasu's arteritis คือ การให้ยากลุ่ม corticosteroid ในระยะแรกของโรค ผู้ป่วยอาจจะทุเลาเมื่อได้รับยา steroid ซึ่งแพทย์สามารถ ติดตามผลการรักษาด้วยการตรวจค่า ESR ประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยตอบสนองดีต่อยากลุ่ม corticosteroid เช่น prednisolone 1 mg/kg/d ซึ่งมีผลไปกด inflammation ในช่วง active phase ได้¹⁴ ส่วนกลุ่มที่ไม่ตอบสนอง ต่อ corticosteroid อย่างเดียว ก็จะทำให้ methotrexate ซึ่งเป็นยากลุ่ม cytotoxic drug ร่วมด้วย¹⁵ แต่ในระยะหลังซึ่ง มี irreversible arterial stenosis และมีอาการร่วมด้วย สามารถรักษาโดยทำ percutaneous transluminal angioplasty หรือทำ bypass grafts นอกจากนี้ในกรณีที่ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลว (conges-

tive heart failure) ก็จะต้องรักษาไปพร้อมกัน

การพยากรณ์โรคของ Takayasu's arteritis ค่อนข้างไม่ดีนัก เนื่องจากโรคนี้นี้มักจะค่อยเป็นค่อยไปและเกิด กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย ผลการรักษาไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ ควร

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้เป็น Takayasu's arteritis เนื่องจาก เป็นผู้หญิง อายุ 32 ปี ตรวจพบความดันโลหิตสูง และความดันโลหิตของแขนทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน พังได้ abdominal bruit ตลอดจน angiogram พบ aneurysm ของ left subclavian artery ร่วมกับ bilateral renal artery stenosis จึงสามารถวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้เป็น Takayasu's arteritis. ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด aneurysmectomy ที่โรงพยาบาลราชวิถี, prednisolone กิน และควบคุมความดันโลหิตด้วยยา nifedipine, amlodipine, manidipine HCl ซึ่งยาที่ควบคุมความดันในผู้ป่วย รายนี้ต้องไม่ใช้ยากลุ่ม ACE inhibitor เนื่องจากมี bilateral renal artery stenosis การใช้ยากลุ่ม ACE inhibitor

จะทำให้ renal function เลวลงได้อย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตามการพยากรณ์ของโรคนี้ไม่ดี เนื่องจากโรคนี้มักจะค่อยเป็นค่อยไปและเกิดกับหลอดเลือดทั่วร่างกาย

เอกสารอ้างอิง

1. Ito I. Aortitis syndrome (Takayasu's Arteritis) - A historical perspective. *Jpn. Heart J* 1995 ; 36 : 273-81.
2. Dabogue J, Reyes PA. Takayasu arteritis in Mexico : A 38 - year clinical perspective through literature review. *Int J Cardiol* 1997 ; 54 (Suppl) : 103.
3. Ishikawa K. Natural history and classification of occlusive thromboaropathy (Takayasu's disease). *Circulation* 1978 ; 57 : 27.
4. Lupi-Herrera E, Sanchez-Torres G, Marcushamer J, et al. Takayasu's Arteritis : Clinical study of 107 cases. *Am Heart J* 1997 ; 93 : 94.
5. Arend WP, Michel BA, Block DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. *Arthritis Rheum* 1990 ; 33 : 1129.
6. Kimura A, Kitamura H, Date Y, Numano F. Comprehensive analysis of HLA genes in Takayasu's arteritis in Japan. *Int J Cardiol* 1996 ; 54 : S61.
7. Hata A, Noda M, Moriwaki R, Numano F. Angiographic findings of Takayasu arteritis : New classification. *Int J Cardiol* 1997 ; 54 (Suppl) : 155.
8. Seko Y, Minota S, Kawasaki A, et al. Perforin-secreting killer cell infiltration and expression of a 65-kD heart-shock protein in aortic tissue of patients with Takayasu's arteritis. *J Clin Invest* 1994 ; 93 : 750.
9. Sharma BK, Jain S, Sagar S. Systemic manifestations of Takayasu arteritis : The expanding spectrum. *Int J Cardiol* 1997 ; 54 (Suppl) : 149.
10. Joseph Lindsay, Jr. In : Valentin Fuster, R Wayne Alexander, Robert A.O' Rourke ,editors. *Hurst's the heart : Diagnosis and treatment of diseases of the aorta*. 10th ed. McGraw-Hill companies : 2001 p.2380.
11. Hata A, Numano F. Magnetic resonance imaging of vascular changes in Takayasu arteritis. *Int J Cardiol* 1995 ; 52 : 45.
12. Yamada I, Nakagawa T, Himeno Y, et al. Takayasu's arteritis : Evaluation of the thoracic aorta with CT angiography. *Radiology* 1998 ; 209 : 103.
13. Sueyoshi E, Sakamoto I, Hayashi K. Aortic aneurysms in patients with Takayasu's arteritis : CT evaluation [In Process Citation]. *AJR Am J Roentgenol* 2000 ; 175 : 1727
14. Ishikawa K. Effects of prednisolone therapy on arterial angiographic features in Takayasu's disease. *Am Cardiol* 1991 ; 68 : 410-413.
15. Hoffman GS, Leavitt RY, Kerr GS, et al. Treatment of glucocorticoid-resistant or relapsing Takayasu arteritis with methotrexate. *Arthritis Rheum* 1994 ; 37 : 578.