

# POZİSYONEL VERTİGO İLE SEYREDEN, TEMPORAL ARTERİT TANISI ALAN, BİR NEDENİ BİLİNMEYEN ATEŞ OLGUSU

Ömer Coşkun<sup>1</sup>, Hanefi Cem Gül<sup>1</sup>, Ümit Savaşçı<sup>1</sup>, Abdullah Durmaz<sup>2</sup>, Can Polat Eyigün<sup>1</sup>

## ÖZ

Nedeni Bilinmeyen Ateş (NBA), tanı koymak için yapılan her türlü işlemlere rağmen sebebi anlaşılamayan ve kendi kendine sınırlanan enfeksiyonlar için beklenen dönemde geçmeyen ateştir. Ayrıca tanıda, yaşlı hastalarda, hastalığın seyri klasik olmayabileceği için yorum yapmak güç olabilir. NBA olgularında, yaşlı hastalarda en sık olarak saptanan neden multisistem tutulumlu hastalıklardır. NBA'da sıklıkla konulan spesifik tanı ise temporal arterit (TA)'dır.

Dev hücreli arterit olarak bilinen TA, klasik olarak orta ve büyük çaplı damarları tutan, nedeni bilinmeyen bir vaskülitir. Yaşlılarda daha sık görülür. Görme ile ilgili belirti ve bulguların aksine vertigo gibi vestibuler şikayetler TA'da çok nadir olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, TA tanısı konulan, 65 yaşında gece terlemesi, baş ağrısı, ateş ve özellikle pozisyonel baş dönmesi şikayetleri olan bir bayan hastayı olgu olarak sunuyoruz. Hastaya yapılan temporal arter biyopsisinde TA'yı düşündüren arter duvarında belirgin lenfositik infiltratlar tespit edildi. Bu olguyu sık görülmeyen bir tablo ile seyretmesi nedeniyle ve erken tanı ve tedaviyi vurgulamak amacıyla sunmaya karar verdik.

**Ahtar kelimeler;** Nedeni Bilinmeyen Ateş, Vertigo, Temporal Arterit

## A CASE OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN DUE TO TEMPORAL ARTERITIS THAT PRESENTS WITH POSITIONAL VERTIGO

Fever of unknown origin (FUO) means fever that does not resolve itself in the period expected for self-limited infection and whose cause cannot be ascertained despite considerable diagnostic efforts. The differential diagnosis is often different in older patients, and presentation of the disease is frequently nonspecific and symptoms are difficult to interpret. Multisystem disease has emerged as the most frequent cause of FUO in the elderly, and temporal arteritis is the most frequent specific diagnosis.

Temporal arteritis (TA), also known as giant cell arteritis, is the most common vasculitis in the elderly. It involves large and medium-sized blood vessels, with predisposition to the cranial arteries. Unlike visual complications, vestibular manifestations in TA, such as vertigo, have been poorly reported.

We report a case of a 65-year-old woman with onset temporal arteritis presenting with fever, headache, night sweats, and especially positional vertigo symptoms. Her physical examination was normal. The work-up included a temporal artery biopsy, which showed marked lymphocytic infiltrate in the arterial wall consistent with TA (giant cell arteritis). We decided to present this case because of its unusual presentation and the importance of early diagnosis and therapy.

**Key Words:** Fever Of Unknown Origin, Vertigo, Temporal Arteritis

## GİRİŞ

Temporal arterit (TA) karakteristik olarak karotis arterin, özellikle orta ve büyük çaplı, bir veya birden fazla dalını tutan, 65 yaş üzeri yaşlı popülasyonda daha sık görülen bir vaskülitir<sup>1</sup>. Görme ile ilgili belirti ve bulguların aksine vertigo gibi vestibuler şikayetler TA'da çok nadir olarak bildirilmiştir<sup>2</sup>. Dev hücreli arterit de denir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla 2-3 kat daha fazladır. Histopatolojik olarak büyük-orta çaplı arterlerde sıklıkla dev hücre oluşumuyla birlikte mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonunun olduğu panarterit şeklinde seyrederek. Klinik tabloyu, etkilenen arterin beslediği alanın iskemi ve nekrozu belirler<sup>3</sup>. Amerikan Romatoloji Okulunun TA için belirlediği tanı kriterleri; >50 yaşın üzerinde olmak, yeni başlayan baş ağrısının bulunması, fiziksel muayenede temporal arterde anormallikler saptanması, patolojik olarak gösterilmesi, ve sedimantasyon (ESH) yüksekliğinin bulunması şeklinde belirlenmiştir<sup>2, 4, 5</sup>. Klinik yakınmaları, temporal arterin beslediği alanın iskemi ve nekrozu belirler<sup>3</sup>. Potansiyel olarak ciddi sistemik ve oftalmik komplikasyonların gelişebilmesi nedeniyle, TA hızlı bir şekilde tanı ve tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Hastanın nedeni bilinmeyen ateş (NBA) olarak takibi yapılırken TA tanısı alan ve TA vakalarında nadir görülen vertigo şikayeti ile seyreden bir olguydu.

## OLGU SUNUMU

63 yaşındaki bayan hastanın, hastaneye yatışından altı hafta önce başlayan baş ağrısı ve halsizlik şikayetleri mevcuttu. Nörolojik muayene ve beyin magnetik rezonans incelemesinde herhangi bir patoloji tespit edilememiş. Hastaya aneljezik antiinflamatuvar ilaç tedavisi başlanmış. Şikayetleri artarak devam etmiş ve baş ağrısının başlangıcından on gün sonra 39,5°C yi bulan ateş tabloya eklenmiş. Ateşle beraber halsizlik ve yoğun terlemesi oluyormuş. Halsizlik şikayeti artınca anemi olabileceği düşüncesiyle hematoloji kliniğine müracaat eden hastanın burada yapılan tetkiklerinde; hemoglobin 7,9 gr/dl, Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 119 mm/s olarak tespit edilmiş. Burada hastaya anemi ve ESH yüksekliğinin etyolojisini araştırmak üzere kemik iliği aspirasyonu uygulanmış ve myelodisplastik sendrom ön tanısı ile kemik iliği biyopsisi uygulanmasına karar verilmiş. Kemik iliği biyopsisinde herhangi bir patoloji tespit edilememiş. Hastaya anemi nedeniyle iki ünite eritrosit süspansiyonu verilmiş ve

Geliş Tarihi : 16/05/2008  
Received : May 16, 2008

Kabul Tarihi : 06/02/2009  
Accepted : February 06, 2009

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD

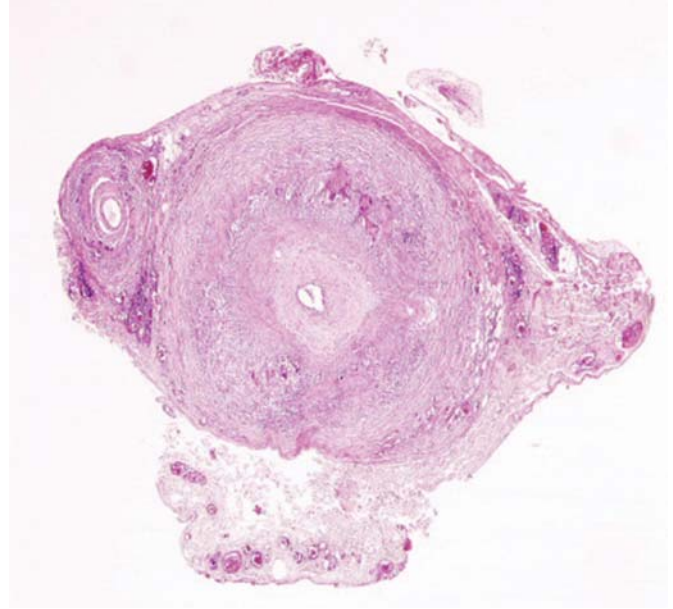
<sup>2</sup>Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz AD

enfeksiyöz bir neden düşünülerek amoksisilin-klavulonik asit (2x1 gr/gün) tedavisine başlanmıştır. Anemi etyolojisini araştırmak amacıyla gastroenteroloji kliniğinde endoskopisi ve kolonoskopi uygulanan ve biyopsileri alınan hastanın mide biyopsisinde kronik gastrit tespit edilmiştir. Kolon biyopsisi sonucu normal olarak değerlendirilmiştir. Bu dönemde yapılan kontrolünde ESH 91 mm/s'e gerilemiş olarak bulunmuş. Ancak şikayetlerinde herhangi bir düzelme olmadığından, NBA ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı.

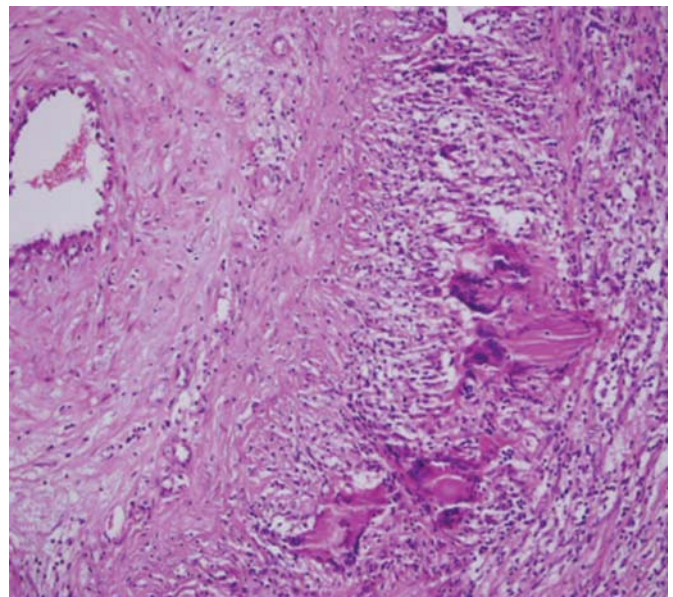
Fizik muayenesinde; ateş 38°C, kan basıncı 140/90 mmHg, nabız 96/dk olarak bulundu, organ ve sistem muayenelerinde patoloji tespit edilemedi. Tetkiklerinde; beyaz küre 6600 mm<sup>3</sup>, hemoglobin 8,2 gr/dl, hematokrit 26.5, ESH 110 mm/s, ALP 175 U/L, AST 88 U/L, ALT 108 U/L, CRP 44,1 mg/L, Rose-Bengal negatif, Grup aglütinasyon testi negatif, TORCH testleri normal olarak bulundu. İdrar ve kan kültürlerinde bakteri izole edilmedi, dışkı kültüründe patojen bakteri izole edilemedi. Fibrinojen 951mg/L (200-400), ANA (-), 24 saatlik idrarda protein 940mg/L (<150) serum demiri 23µg/dl (49-151), protein elektroforezinde tüm fragmanlarda artış tespit edildi, ALP değerleri normal, AST ve ALT değerleri minimal yüksekti. Radyolojik tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı. Hemoglobin seviyesinin tekrar düşmesi nedeniyle ve mevcut şikayetlerinin buna bağlı olabileceği düşüncesiyle tekrar iki ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hastanın ESH değeri 70 mm/s'e kadar geriledi. Fakat şikayetlerinde belirgin bir düzelme olmadı. Hastanın fokal enfeksiyon odağını araştırmak üzere KBB, diş, kadın hastalıkları ve doğum, kardiyoloji, romatoloji klinikleri ile konsülte edildi fakat fokal bir enfeksiyon odağına rastlanmadı. Hastanın Pro-BNP 247,7 (<125) ve Prokalsitonin 0.1 (<0.1) değerleri bulunması üzerine alınan yapılan ekokardiyografisinde perikardiyal effüzyon ve şüpheli vejetasyon saptandı. Bunun üzerine hastaya transözefageal ekokardiyografi (TEE) uygulandı. TEE de perikardiyal effüzyonun yanı sıra aortik yüzeyde 7 mm, sol koroner cuspidus komşuluğunda 2 mm, boyutunda filiform hareketli oluşum tespit edildi. Alınan dört kan kültüründe üreme tespit edilememesine rağmen, hastanın genel durumu da göz önüne alınarak enfektif endokardit tedavisi başlamasına karar verildi. Hastaya uygulanan 14 günlük tedavi sonrasında yapılan kontrolünde TEE de değişiklik olmaması ve kliniğinde düzelme görülmemesi üzerine tedavinin sonlandırılmasına karar verildi. Hastaya verilen antibiyoterapi sonrasında renal yetmezlik bulguları geliştiği tespit edildi. Tedavinin kesilmesinden ve renal yetmezlik bulguları gelişmesinden 4-5 gün sonra vücutta makülopapüler yaygın döküntülerin geliştiği görüldü. Hastada ateş, ESH yüksekliği ve baş ağrılarının devam etmesi nedeniyle NBA nedenleri arasında yer alan temporal arterit olabileceği düşüncesiyle romatoloji kliniği konsültasyonu tekrarlandı. Konsültasyon neticesinde, TA ön tanısı ile beyin cerrahisi kliniği tarafından

temporal arter biyopsisi yapılmasına ve göz konsültasyonu alınmasına karar verildi. Yapılan muayenede göz patolojisi tespit edilemedi. Allerji uzmanı tarafından mevcut döküntüleri ilaç alerjisi olarak değerlendirilerek deflazacort tablet 60 mg/gün başlandı. Hastanın şikayetleri hızla azalmaya ve döküntüler gerilemeye başladı. Bu arada yapılan temporal arter biyopsisinin patoloji sonucu TA olarak bildirildi (Resim 1, 2). Uygulanan steroid tedavisine yanıt alındığı için tedaviye devam edildi. Yapılan takiplerinde, hastanın genel durumunun düzeldiği, şikayetlerinin geçtiği, laboratuvar değerlerinin normale döndüğü tespit edildi.

**Resim 1:** Temporal Arterit (Dev Hücreli Arterit) tipik dev hücreler ve granülom oluşumu (H&Ex100).



**Resim 2:** Arter duvarı ortasında mononükleer inflamatuvar infiltrat birikimi görülmektedir (H&Ex200).



**TARTIŞMA**

NBA olgularında, yaşlı hastalarda en sık olarak saptanan neden multisistem tutulumlu hastalıklardır. NBA'da sıklıkla konulan spesifik tanı ise TA'dır<sup>6</sup>. TA, sık görülen vaskülit nedenlerinden biridir. Görülme sıklığı yaş ilerledikçe artar<sup>3</sup>. Özellikle kalıcı görme kaybı gibi, kraniyel iskemik semptomlar bu hastalarda tanımlanmaktadır. İşitme kaybı, kulak çınlaması, baş dönmesi gibi oto-vestibüler semptomlar ise daha nadirdir<sup>1</sup>. Juan ve ark. ları yapmış oldukları prospektif bir çalışmada, tanısı biyopsi ile desteklenmiş 38 olgu değerlendirmiştir.<sup>1</sup> Bu çalışmada; hastaların %60'ının bayan ve ortalama yaşlarının 73,5±7,4 olduğunu bildirilmiştir. Hastaların %86,8'inde baş ağrısı, %5,3'ünde >37,7°C ateş ve %15,8'inde görme problemleri şikayetleri tespit edilmiş, ESH ve hemoglobin değerlerinin sırasıyla 86,0 23,8 mm/s, 12,1±1,8 g/dL olduğu ve ALP düzeylerinin %10,5'inde yüksek olduğunu tespit edilmiştir.

Hu ve arkadaşlarını 360 TA tanısı konulmuş hasta ile yapmış oldukları bir reanalizde, hastalardan %2,2 sinde yüksek ateş, %25'inde görme ile ilgili şikayetler, %10,6'sında kulak ağrısı, %4,4'ünde göğüs ağrısı, %2,8'inde gece terlemeleri şikayetleri tespit etmişlerdir.<sup>7</sup>

TA'da sık rastlanan laboratuvar bulguları arasında 80 mm/s'den yüksek ESH, normokrom normositer veya hafif mikrositer anemi, CRP ve ALP yüksekliği, karaciğer fonksiyon testi anormallikleri, IgG ve kompleman düzeylerinde artış sayılabilir<sup>3</sup>. Bizim hastamızda da genel olarak TA hastalarında görülen şikayetlere benzer biçimde baş ağrısı, ateş, anemi, ESH yüksekliği, CRP pozitifliği şikayet ve bulguları mevcuttu. Fakat hastamızda görme ile ilgili problem yaşanmadı, buna karşın literatürde TA hastalarında nadir olarak görüldüğü bildirilen vertigo şikayeti hastamızın en önemli şikayetlerinden biri olarak gerçekleşti<sup>1,3</sup>. Ayrıca yine nadir görüldüğü bildirilen bulgulardan gece terlemesi şikayeti hastamızda önemli problemlerden biriydi.

Mortalitesi düşük olmakla beraber morbidite oranı yüksek olan TA'da steroid tedavisine hızla yanıt alınmaktadır. Komplikasyonların gelişmeden önlenmesi açısından tedavisinde erken tanının ayrı bir önemi vardır<sup>3</sup>. TA'nın sık rastlanan veya

nadir görülen semptomlarına sahip özellikle 65 yaş üzerindeki hastalarda NBA etyolojisi araştırılırken enfeksiyöz nedenleri dışlandıktan sonra TA yönünden değerlendirilmesi çok önemlidir<sup>7,8,9</sup>.

Yazışma Adresi: Ömer COŞKUN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Tıp Fakültesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik

Mikrobiyoloji AD, Ankara, Türkiye

Tel: 0 312 3044308

E-mail: coskunomer23@hotmail.com

**KAYNAKLAR**

1. Dorado JCA, Llorca J, Porrua CG, Costa C, Fernandez NP, Gonzalez MAG. Audiovestibular Manifestations in Giant Cell Arteritis: A Prospective Study. *Medicine* 2003; 82:13-26.
2. Amor-Dorado JC, Llorca J, Costa-Ribas C, Garcia-Porrua C, Gonzalez-Gay MA. Giant cell arteritis: a new association with benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope* 2004; 114: 1420-1425
3. Kiki İ, Gündoğdu M, Erdem F, Sarı RA. Atipik Klinik Prezantasyonlu Bir Temporal Arterit Olgusu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 14: 207-10.
4. Tal S, Guller V, Gurevich A, Levi S. Fever of unknown origin in the elderly. *Journal of Internal Medicine* 2002; 252: 295-304
5. Jafri HS, Sofianos C, Hattab EM, Overhiser AJ, Chiorean M. Temporal Arteritis Presenting with Gastrointestinal Symptoms in a Middle Aged Man. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 4-6.
6. Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:1187-92.
7. Hu Z, Yang Q, Zheng S, Tang J, Lu W, XuN et al. Temporal arteritis and fever; Report of a case and a clinical reanalysis of 360 cases. *Angiology* 2000; 51: 953-958
8. Berland B, Gleckman RA. Fever of unknown origin in the elderly. A sequential approach to diagnosis. *Postgrad Med* 1992 ;92(5):197-200, 203-5, 209-210.
9. Kucukardalı Y, Kocak N. Fever of Unknown Origin in Internal Medicine. *Journal of Postgraduate Medicine* 2002; 48:155