



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro>

Sjelden Juvenil Primær Systemisk Vaskulitt

Versjon av 2016

5. TAKAYASU ARTERITT (TA)

5.1 Hva er Takayasu arteritt?

Takayasu arteritt (TA) rammer i hovedsak store arterier, spesielt aorta (hovedpulsåren) med forgreninger samt lungearterier med forgreninger. Noen ganger brukes begrepene "granulomatose" eller "storcellevaskulitt" fordi man i mikroskop kan se små knutelignende skader rundt en spesiell type store celler ("gigantceller") i arterieveggen. Begrepet "pulsløs sykdom" brukes av og til, fordi man i noen tilfeller ikke kan kjenne puls i bena, eller pulsen er forskjellig på høyre og venstre side.

5.2 Hvor vanlig er sykdommen?

TA regnes som en relativt vanlig sykdom på verdensbasis. Den er mest vanlig hos personer som ikke har hvit hudfarge, hovedsakelig blant asiater. TA er svært sjeldent blant europeere. Det er flere jenter enn gutter som får sykdommen, og sykdommen starter vanligvis i ungdomsårene.

5.3 Hva er hovedsymptomene?

Tidlige symptomer kan være feber, dårlig appetitt, hodepine, smerter i muskler og ledd og nattesvette. Blodprøver viser at det er betennelse (inflammasjon) i kroppen. Ettersom betennelsen i arteriene utvikler seg, kan man se tegn på redusert blodtilførsel i kroppen. Høyt blodtrykk (hypertensjon) er et veldig vanlig tidlig symptom ved TA hos barn fordi arterier i magen er rammet, som igjen påvirker blodtilførselen til

nyrene. Tap av perifer puls (for eksempel i håndledd eller fot), forskjellig blodtrykk i høyre og venstre arm eller ben, bilyd når legen lytter med stetoskop over innsnevrede årer og en skarp smerte i ben eller armer (claudicatio) er vanlige tegn. Ved eventuelt redusert blodtilførsel til hjernen, kan man få hodepine og forskjellige neurologiske og øyesymptomer.

5.4 Hvordan stilles diagnosen?

En spesiell ultralydundersøkelse som viser blodstrømmen (Doppler) er nyttig for å oppdage og kontrollere om de store arteriene nær hjertet er rammet, men denne undersøkelsen klarer ofte ikke å vise om mer perifere arterier er angrepet.

MR viser strukturen til blodårene og blodstrømmen (MR med angiografi, MRA). Dette er den beste metoden for å vise de store arteriene slik som aorta med forgreninger. For å se de mindre blodårene, kan man sette kontrastvæske i blodåren og deretter ta røntgen (angiografi).

CT kan også være aktuelt (CT angiografi). I enkelte tilfeller brukes også en såkalt PET-scan. Et radioaktivt stoff settes i venen (dvs. intravenøst) før undersøkelsen. Stoffet hopper seg opp i betente områder og viser i hvilken grad arterieveggen er rammet.

5.5 Hva er behandlingen?

Kortikosteroider er hovedmedikamentet i behandling av TA hos barn. Behandlingen (type medisin, dose og varighet) er skreddersydd etter sykdommens alvorlighetsgrad og utbredelse. For å redusere behovet for kortikosteroider, blir ofte andre immundempende medisiner brukt tidlig i sykdomsforløpet. Vanlige medisiner er for eksempel azatioprin, metotreksat eller mycophenolat mophetil. Ved alvorlig sykdom begynner man først med cyklofosamid for å få kontroll over sykdommen (såkalt induksjonsbehandling). Ved alvorlig sykdom der man ikke har tilstrekkelig effekt av behandlingen, kan det være aktuelt med andre legemidler, inkludert biologiske legemidler (for eksempel TNF-hemmere eller tocilizumab). Effekten av disse medisinene på TA hos barn og ungdom er imidlertid ikke tilstrekkelig forsket på.

Enkelte kan ha behov for andre medisiner, som medisiner som utvider blodkar (vasodilatorer), blodtrykksenkende medisiner, medisiner mot blodpropp (acetylsalisylsyre og antikoagulantia) og smertestillende

(NSAIDs).