

MINI SIMPOZIJUM

VASKULITISI VELIKIH KRVNIH SUDOVA: OD FEBRILNOSTI NEUTVRĐENOG POREKLA DO KRITIČNE ISHEMIJE ORGANA

Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet
Univerzitetski klinički centar Srbije, Klinika za alergologiju i
imunologiju

KLINIČKI SPEKTAR VASKULITISA VELIKIH KRVNIH SUDOVA SA FOKUSOM NA TAKAYASU ARTERITIS

Maja Stojanović

DOI: 10.5937/53_SNM25003S

Vaskulitisi predstavljaju heterogenu grupu oboljenja koja se karakterišu zapaljenjem zida krvnih sudova. Aktuelna klasifikacija sistemskih vaskulitisa bazirana je na tipu, koji uključuje strukturu, funkciju i džametar inflamacijom zahvaćenih krvnih sudova. Prema International Chapel Hill Consensus Conference iz 2012. godine, u okviru vaskulitisa velikih krvnih sudova (VVKŠ) kao zasebni klinički entiteti se izdvajaju arteritis džinovskih ćelija (Giant Cell Arteritis, GCA) i Takayasu arteritis (TA).

Takayasu arteritis se odlikuje granulomatoznim zapaljenjem aorte i njenih grana. Etiologija je multifaktorijalna i uključuje genetičke faktore i faktore spoljašnje sredine. Prethodna istraživanja su ukazala na značaj humanih leukocitnih antigena ali i veću učestalost varijacija gena koji kodiraju proinflamatorne gene ili regulatorne proteine.

Klinička prezentacija TA je nespecifična na početku bolesti, posledica sistemske inflamacije, sa pojavom opštih tegoba i porastom biomarkera zapaljenja. Progresija bolesti vodi pojavi simptoma koji su odraz ishemije regije koju ishranjuje zapaljenjem zahvaćen krvni sud: glavobolja uz različit spektar neuroloških tegoba, postprandijalni bol u stomaku, anginozni bolovi, klaudikacije ekstremiteta. Dijagnoza VVKŠ zahteva potvrdu primenom *imaging* procedura: ehosonografskog pregleda sa primenom Dopplera, angiografski prikaz krvnih sudova kompjuterizovanom tomografijom ili nuklearnom magnetnom rezonancom, i/ili pozicione emisije tomografije u kombinaciji sa niskorezolutivnom CT-om uz primenu fluoro-deoksiglukoze (^{18}F FDG PET CT).

Klinički aktivna bolest je uglavnom praćena ubrzanom sedimentacijom eritrocita, povišenom koncentracijom C-reaktivnog proteina i fibrinogena, serumskog amiloida A i pentreksina-3. Konceptom diverziteta vaskularne i sistemske inflamacije pacijenti se svrstavaju u grupu sa sistemskom inflamacijom – pod kontrolom IL-6/Th17/IL-17 citokinske osovine i pacijente kod kojih dominira vaskularni tip inflamacije posredovane IL-12/Th1/IFN γ , što delimično može da objasni rezličit odgovor pacijenata sa TA na primenjene biološke lekove koji selektivno blokiraju određene citokinske puteve (IL-6 ili IFN γ).

Pravovremena dijagnoza i promptno uvođenje terapije je neophodno, ne samo zbog kontrole simptoma bolesti, već i u cilju prevencije ozbiljnih komplikacija koje mogu da nastanu usled razvoja stenozantnih i/ili aneurizmatičkih promena krvnih sudova.

Ključne reči: vaskulitis velikih krvnih sudova, Takayasu arteritis, arteritis džinovskih ćelija, humani leukocitni antigeni, biomarkeri

Akershus University Hospital, Department of Rheumatology,
Lørenskog, Oslo, Norway

GIANT CELL ARTERITIS – AN OVERVIEW OF THE DIAGNOSTIC WORKUP

Andreas Diamantopoulos

DOI: 10.5937/53_SNM25003D

Large Vessel Vasculitides (LVV), encompassing giant cell arteritis and Takayasu arteritis, remain diagnostically challenging due to their heterogeneous clinical presentation. Patients may initially present with non-specific systemic symptoms such as fever of unknown origin (FUO), weight loss, or malaise, while others debut with critical ischemic complications including visual loss, stroke, or limb claudication. Early diagnosis is crucial, as vascular inflammation often precedes irreversible structural damage.

Imaging has revolutionized the diagnostic approach to LVV. Positron emission tomography combined with computed tomography (FDG-PET/CT) enables whole-body assessment of vascular inflammation and is particularly valuable in patients with FUO or systemic inflammatory syndromes where the differential is broad. PET/CT highlights metabolically active arterial inflammation, often before luminal changes appear, and guides clinicians towards timely immunosuppressive therapy.

Vascular ultrasound has emerged as a rapid, radiation-free, and highly specific tool for detecting LVV. The hallmark “halo sign,” reflecting arterial wall edema, is now recognized as a key diagnostic criterion in giant cell arteritis, while intima-media thickness measurements allow standardized assessment and monitoring. Importantly, ultrasound provides bedside accessibility, enabling fast-track evaluation of suspected cases, which has significantly reduced rates of permanent vision loss. For large-vessel involvement, ultrasound of axillary, subclavian, and carotid arteries complements PET/CT, with high reproducibility and the ability to track structural evolution over time.

Integrating PET/CT and vascular ultrasound into clinical pathways bridges the gap between vague system-