گزارش مورد
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، آبان ۱۴۰۴، ۷۶۶-۷۵۹

گزارش یک مورد نادر درگیری شریان براکیال و انسداد شریان ساب‌کلاوین در بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو

امیرحسین شاکرمی[۱]، علیرضا فضائلی[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۴/۰۶/۳۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۷/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۶

چکیده

مقدمه: آرتریت تاکایاسو یک واسکولیت سیستمیک نادر است که درگیری شریان براکیال را می‌توان یافته‌ای غیرمعمول در نظر گرفت.

گزارش مورد: بیمار یک زن ۲۵ ساله، ورزشکار و بدون سابقه بیماری خاص بود که با درد بین دوکتف، پارستزی و ضعف در اندام فوقانی چپ مراجعه نمود. در معاینه، نبض و فشارخون اندام چپ قابل اندازه‌گیری نبود. ESR بیمار ۹۵ میلی‌متر بر ساعت بود. تصویربرداری به روش سی‌تی آنژیوگرافی، انسداد کامل شریان ساب‌کلاوین چپ و درگیری نادر شریان براکیال را نشان داد. با توجه به معیارهای تشخیصی، آرتریت تاکایاسو نوع I تأیید شد.

نتیجه‌گیری: به‌دلیل سن پایین بیمار و ملاحظات باروری، درمان با پالس متیل‌پردنیزولون آغاز و سپس رژیم دارویی به مایکوفنولات موفتیل و پردنیزولون تغییر یافت. پس از چهار هفته، علائم بالینی بیمار بهبود یافت، اگرچه نبض اندام درگیر هنوز لمس نمی‌شد. این مورد، اهمیت درنظرگیری بیماری‌های روماتولوژیک مانند تاکایاسو را در زنان جوان با علائم اسکلتی-عروقی غیرمعمول و ضرورت درمان به‌موقع برای جلوگیری از عوارض دائمی برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: آرتریت تاکایاسو، شریان براکیال، شریان ساکلاوین

ارجاع: شاکرمی‌امیرحسین ، فضائلی ع‌ر. گزارش یک مورد نادر درگیری شریان‌براکیال و انسداد شریان ساب‌کلاوین در بیمار مبتلا به آرتریت تاکایاسو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴، شماره ۸، صفحات: ۷۶۶-۷۵۹.

مقدمه

بیماری آرتریت تاکایاسو یک بیماری نادر، خودایمنی، گرانولوماتوز و التهابی عروق است که آئورت و شاخه‌های اصلی آن را درگیر می‌کند (۱). نرخ بروز سالانه آرتریت تاکایاسو بین ۰,۴ تا ۳,۴ مورد در هر یک میلیون نفر گزارش شده است (۲). هم‌چنین، این بیماری به طرز معناداری در زنان بیشتر رخ داده و این نسبت حدود ۹ به ۱ می‌باشد (۳). آرتریت تاکایاسو از نظر بافت‌شناسی به‌عنوان «پان‌آرتریت» شناخته می‌شود، به این معنا که تمامی‌لایه‌های دیواره شریان را درگیر می‌کند. این بیماری شامل ضخیم‌شدگی فیبروزی لایه داخلی (اینتیما) و/یا ضایعات آترواماتوز تیپیک، تخریب عضلات صاف و لایه‌های الاستیک لایه میانی (مدیا)، نفوذ سلولی و فیبروز کلاژنی در مدیا و همچنین ضخیم‌شدن لایه بیرونی (آدونتیا) همراه با نفوذ سلولی اطراف رگ‌های تغذیه‌کننده دیواره عروق (وازا وازوروم) است (۴). درگیری

۱- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار گروه روماتولوژی، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
تلفن: ۰۹۱۸۳۱۲۳۸۷۲، پست الکترونیکی: Bahrolfazael@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

شریان براکیال و به طور کلی شریان‌های دیستال اندام‌ها در تاکایاسو که یک واسکولیت شریان بزرگ نامیده می‌شود، نادر است و در مطالعات محدودی به آن اشاره شده است. در ادامه، مدیریت یک بیمار ۲۵ ساله با تنگی پیشرفته شریان ساب کلاوین و درگیری شریان براکیال ارائه خواهد شد.

گزارش مورد

بیمار خانمی ۲۵ ساله ورزشکار و بدون سابقه بیماری زمینه‌ای مرتبط، از ۴ ماه پیش حین فعالیت سنگین هنگام انجام بازی والیبال دچار درد بین دو کتف با ارجحیت کتف چپ شده بود. درد بیمار، واضحاً با فعالیت ایجاد و تشدید شده و شب‌ها قبل از خواب بیشتر بیمار را آزار می‌داد. درد به صورت خنجری و تیز بوده و در ادامه سیر بیماری به تدریج به پهلوی چپ بیمار نیز منتشر می‌شده است. در اندام فوقانی چپ، پارستزی (Paresthesia) و کاهش حس ذکر شد. علاوه بر آن، بیمار از ضعف و سرگیجه (Dizziness) از حدود دو ماه پیش نیز شکایت داشت که به تدریج فعالیت‌های معمول بیمار را مختل کرده بود. بیمار خشکی صبحگاهی در حد ۱۰ دقیقه را نیز ذکر می‌کرد.

در زمان بستری و مراجعه بیمار به اورژانس، ضربان قلب ۹۰ در دقیقه و فشار خون بیمار در اندام فوقانی راست ۱۱۰/۶۰ بود. فشار خون در اندام فوقانی چپ قابل اندازه‌گیری نبود. نبض رادیال و براکیال اندام فوقانی راست پر و نرمال اما نبض‌های اندام فوقانی چپ غیر قابل لمس بودند. حرکات اندام‌ها و دامنه حرکت آنها نرمال ولی در elevation فعال اندام فوقانی چپ درد شدید وجود داشت.

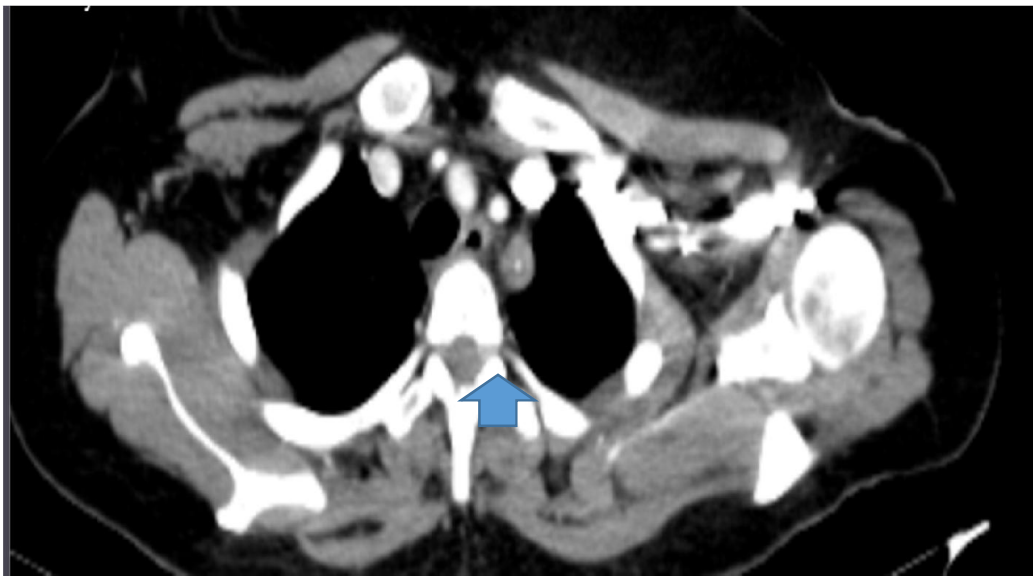
در بدو مراجعه، آزمایشات درخواست شد و با توجه به ESR=95 mm/hr، بیمار بستری شد. سایر آزمایشات شامل CBC، آزمایشات کبدی، کلیوی و الکترولیت‌ها نرمال بوده و در ازمایش ادرار فاقد کست خونی یا ادراری اما WBC=5000-10000 cells/μL وجود داشت. هم‌چنین، با شک به بیماری‌های روماتیسمی، آزمایشات مربوطه درخواست شد که RF=neg، Anti-ds DNA<10،ANA=0.01 ، Anti CCP=5.4 بوده که همگی منفی بودند.

در سونوگرافی داپلر شریانی اندام فوقانی چپ، شریان‌های ساب‌کلاوین، آگزیلاری، براکیال، رادیال و اولنار دارای قطر لومن کاهش یافته و فلوی بای‌فازیک گزارش شدند. در سی‌تی آنژیوگرافی اندام فوقانی با ماده حاجب، شواهد ضخیم‌شدگی و تقویت (Enhancement) جدار شریان ساب‌کلاوین چپ همراه با تنگی شدید لومینال در این ناحیه و شواهد انسداد نزدیک به کامل (Near complete) گزارش شد (شکل ۱). در عین حال، تنگی لومن و ضخیم شدگی جداری در شریان براکیال (شکل ۲) و کاهش قطر لومن در شریان‌های رادیال و اولنار اندام فوقانی چپ دیده شد. مجموع یافته‌های فوق نشان از التهاب جدار شریان‌های اندام داشت. با این حال، شریان‌های براکیوسفالیک و کاروتید دوطرف و ساب‌کلاوین راست و قوس آئورت (به جز منشا شریان ساب کلاوین چپ) فاقد عارضه یا التهاب بودند. پس از تأیید تشخیص آرتریت تاکایاسو، سی‌تی اسکن با تزریق و بدون تزریق ریه و مدیاستن، شکم و لگن و مغز نیز انجام شد که نرمال بودند. در اکوی قلبی نیز شواهدی از اختلال قلبی مشاهده نشد.

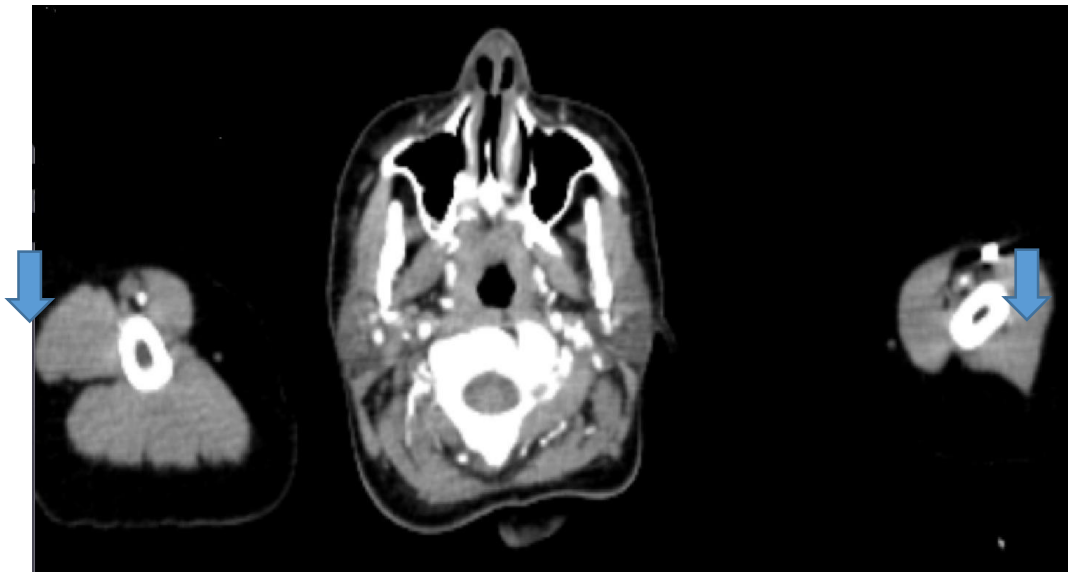
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

CCBY-NC.4.0 DEED



شکل ۱ – تصویر Axial CT Angio نشان‌دهنده ضخیم‌شدگی دیواره و تنگی لومن در شریان براکیال چپ



شکل ۲- ضخیم شدگی جداری شریان براکیال چپ و کاهش قطر لومن نسبت به شریان مقابل در سی‌تی آنژیوگرافی با ماده حاجب

جهت درمان، به علت حفظ باروری بیمار از تزریق سیکلوفسفوماید صرف نظر شده و پالس متیل پردنیزولون با دوز ۲۵۰ میلی‌گرم دو روز پی در پی انجام شد. پس از پالس کورتون، درد و بی‌حسی کاهش یافته و قدرت اندام افزایش یافت؛ با این‌حال، نبض اندام هم‌چنان قابل لمس نبود. بیمار سپس با مایکوفنولات موفتیل ۱ گرم دو بار در روز و پردنیزولون ۵۰ میلی‌گرم یک‌بار در روز ترخیص شد. در فالوآپ بعدی، ۴ هفته بعد فشار خون اندام فوقانی چپ ۸۰/۶۰ و درد اندام فوقانی چپ کاهش یافت؛ به گونه‌ای که فعالیت‌های روزمره بیمار به طور چشم‌گیری افزایش یافت. ESR بیمار نیز به ۳۵ mm/hr کاهش یافته بود. در ادامه، با

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

توجه به پاسخ بالینی مناسب پردنیزولون و مایکوفنولات موفتیل با دوز قبلی چهت یک دوره ۴ هفته‌ای دیگر تجویز شدند.

بحث

این مورد، گزارشی از بیماری جوان مبتلا به التهاب شریانی تاکایاسو بدون بیماری زمینه‌ای بود که در پی ورزش سنگین دچار درد شانه و کتف چپ شده بود. تظاهرات بالینی آرتریت تاکایاسو متنوع است. حدود ۱۰ درصد از بیماران مبتلا به آرتریت تاکایاسو بدون علامت هستند و تشخیص آن تنها بر اساس یافته‌های غیرطبیعی عروقی در معاینه فیزیکی مطرح می‌شود (۵). با این حال حدود ۱۷/۳ درصد از مبتلایان اولین علامت بیماری را در اندام‌های فوقانی بروز می‌دهند. هم‌چنین اندام بدون نبض در ۴/۹ درصد، بی‌حسی در اندام ۱/۷ درصد و خستگی ۳/۶ درصد از علامت‌های آغازین تاکایاسو را شامل می‌شوند. اختلاف فشار سیستولیک بیشتر از ۱۰ میلی متر جیوه نیز در ۳/۹ درصد افراد مبتلا به تاکایاسو به عنوان اولین علامت بالینی وجود داشته است (۶). بیمار مورد نظر ما نیز همان‌طور که گفته شد، خانمی جوان بود که به دنبال بازی والیبال دچار درد کتف چپ شده بود و در هنگام مراجعه در اندام فوقانی چپ فاقد نبض و حس بود و فشار سیستولیک در این اندام قابل اندازه‌گیری نبود. هم‌چنین بیمار در طول ۴ ماه از پیدایش بیماری خستگی غیر عادی در استفاده از این اندام را ذکر می‌کرد.

در این بیمار، از آنجا که درگیری تنه اصلی آئورت دیده نمی‌شود و التهاب در شاخه‌های قوس آئورت دیده می‌شود، به آرتریت تاکایاسو نوع یک مشهور است. آرتریت تاکایاسو نوع یک حدود پنجاه درصد از کل موارد را شامل می‌شود (۷).

در مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۲ در ژاپن که در آن به معرفی یک مورد آرتریت تاکایاسو پرداخته شده است، به درگیری شریان ساب کلاوین و تنگی التهابی آن پرداخته شده است (۸). هم‌چنین در مطالعه ای که در سال۲۰۲۴ در ایران انجام شده، یک خانم ۲۴ ساله میتلا به تاکایاسو و MS با انسداد شریان ساب کلاوین معرفی شده است (۹) در چندین مطالعه دیگر هم تنگی شریان ساب کلاوین در مبتلایان به تاکایاسو گزارش شده است (۱۲-۱۰). Kumar و همکاران نیز در مطالعه ای در سال ۲۰۲۵ در کشور هند، در بررسی خانمی۱۵ ساله با حملات سنکوپ مکرر، متوجه تنگی دو طرفه شریان‌های ساب کلاوین و شریان کاروتید داخلی راست در زمینه آرتریت تاکایاسو شدند (۱۳). بیمار مورد مطالعه ما، طبق یافته‌های سی‌تی آنزیوگرافی، تنگی شدید شریان ساب کلاوین چپ در حد near complete داشت که این میزان درگیری و التهاب شدید، کمتر گزارش شده است. از طرف دیگر، در بیمار ما، تنگی شریان براکیال نیز گزارش شده که درگیری این شریان بسیار نادر بوده و در مطالعات بسیار محدودی گزارش شده است (۱۴).

در درمان این بیماری، مطالعات متعددی بر روی داروهای سرکوب‌کننده ایمنی مختلف مانند سیکلوفسفامید، متوترکسات، مایکوفنولات موفتیل و آزاتیوپرین انجام شده است. با این حال، هیچ‌یک از داروهای سیتوتوکسیک اثربخشی برتری نسبت به دیگران نشان نداده‌اند؛ بنابراین، انتخاب درمان به توانایی هر بیمار در تحمل عوارض جانبی هر دارو بستگی دارد (۱۵). در مطالعه Kancherla و همکاران، جهت رفع تنگی عروقی شدید و رفع فاز حاد بیملری، از پالس متیل پردنیزولون ۵۰۰ میلی‌گرم استفاده شده است (۸). هم‌چنین، در مطالعه Gardner و همکاران، پس از

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

درمان با دوز بالای کورتیکواستروئید، نیض اندام مبتلا بازگشته و اختلاف فشارخون برطرف گردیده است (۱۲). به طور کلی، درمان با کورتیکواستروئیدها موجب ۶۷ درصد بهبودی (یا فروکش بیماری) می‌شود (۱۵) هم‌چنین، در مطالعات مختلف دیده شده که شروع پالس متیل‌پردنیزولون با دوز بالا، ظرف چند روز تا چند هفته منجر به بهبود علائم سیستمیک (تب، خستگی) و کاهش CRP/ESR می‌شود. این کاهش سریع التهاب از پیشرفت فیبروز و عوارض ایسکمیک (مثل تنگی یا انسداد کامل شریانی) پیشگیری می‌کند. در بیمارانی که زودتر تحت درمان با کورتیکواستروئید قرار گرفته‌اند، نیاز به مداخلات جراحی یا آنژیوپلاستی اندوواسکولار در آینده به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است (۱۶، ۵). با این حال، در برخی موارد، درمان‌های تهاجمی‌تری ممکن است نیاز باشد؛ بنابراین، مداخله جراحی در موارد زیر توصیه می‌شود: ایسکمی‌قلبی همراه با درگیری عروق کرونر، نارسایی متوسط تا شدید دریچه آئورت، ایسکمی‌مغزی همراه با درگیری عروق کرونر، لنگش اندام‌ها که فعالیت‌های روزمره را محدود می‌کند، و فشار خون بالا ناشی از تنگی شریان کلیوی (۱۷). بر این اساس، در مطالعه Choi و همکاران، جهت رفع انسداد شریان ساب کلاوین چپ و شریان براکیوسفالیک، از ترکیبی از درمان سرکوب کننده ایمنی با متیل پردنیزولون با دوز شروع ۴۰ میلی‌گرم و درمان آنژیوگرافی اندووسکولار استفاده شد (۱۰). در بیمار مورد مطالعه ما، با توجه به درگیری ایزوله شریان ساب کلاوین و براکیال و عدم التهاب در شریان‌های قلبی، کاروتید و سایر شاخه‌های قوس آئورت، درمان تهاجمی‌و اندوواسکولار مد نظر قرار نگرفت و بیمار ابتدا مورد درمان پالس کورتیکواستروئید به صورت متیل پردنیزولون ۲۵۰ میلی‌گرم دو روز پی در پی قرار گرفت و سپس به مدت چهار هفته درمان با پردنیزولون خوراکی ۵۰ میلی‌گرم در روز و سلسپت ۱۰۰۰ میلی‌گرم در روز انجام شد.

در پیگیری یک ماهه، کاهش درد اندام فوقانی و افزایش قدرت عضلانی به دست آمد؛ گرچه اختلاف فشار خون اندازه گیری شده در دو اندام فوقانی و بی‌نبضی اندام چپ به قوت خود باقی بود، اما درمان استروئیدی با دوز بالا بدون شک از آسیب‌های وسیع و نکروز اندام جلوگیری کرده و عملکرد مفید اندام حفظ شد. بنابراین، تشخیص به‌موقع و درمان با دوز بالای داروهای ضد التهابی همچون کورتیکواستروئیدها در پیشگیری از عوارض جبران‌ناپذیر می‌توانند نقش بسیار مهم و حیاتی ایفاء کنند.

مورد گزارش شده، خانمی جوان و ورزشکار با درد مبهم و مزمن کتف چپ بود که در مراجعات مختلف به پزشکان به سبب سابقه فعالیت ورزشکاری، بیماری‌های التهابی و روماتیسمی کمتر مورد توجه قرار گرفته بود. در نهایت، در پیگیری‌های بعدی مشخص شد که درگیری شدید شریان ساب کلاوین و نیز درگیری نادر شریان براکیال عامل لنگش، درد و ناکارآمدی فعالیتی اندام فوقانی چپ بیمار شده بود که با تشخیص به موقع و درمان با پالس کورتون از آسیب‌های جبران‌ناپذیر جلوگیری شد. به طور کلی، در ورزشکاران جوان، علائم اسکلتی عضلانی نباید صرفاً به تروماهای معمول یا کشیدگی عضلات یا لیگامان‌ها نسبت داده شود؛ حفظ شک بالینی نسبت به بیماری‌های روماتیسمی‌علی‌رغم شیوع بالای دردهای مکانیکی، برای تشخیص به‌موقع ضروری است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاران محترم بایگانی و مدارک پزشکی بیمارستان بهشتی همدان جهت به اشتراک گذاری جزییات پرونده بیمار تشکر و قدردانی می‌شود.

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

تعارض در منافع: نویسندگان مقاله هیچگونه تعارض منافعی را گزارش نمی‌کنند.

حامی‌مالی: پژوهش حاضر توسط هیچ سازمانی حمایت مالی نشده است.

ملاحظات اخلاقی: این گزارش با هدف پیشبرد دانش پزشکی و به اشتراک گذاری یک مورد آموزشی ارزشمند تهیه شده است. رعایت حریم خصوصی بیمار، احترام به شأن انسانی و اصل محرمانگی (Confidentiality) در تمام مراحل نگارش و انتشار، اساس کار بوده است. نویسندگان صادقانه اذعان می‌کنند که به دلیل ماهیت گزارش موردی (که گاهی پس از درمان و بدون پیش‌بینی قبلی برای انتشار انجام می‌شود)، اخذ کد اخلاقی رسمی پیش از تدوین گزارش مقدور نبوده است. با این حال، تعهد به رعایت بالاترین استانداردهای اخلاقی در محافظت از حریم خصوصی بیمار، جایگزینی اساسی و غیرقابل چشم‌پوشی تلقی می‌شود.

مشارکت نویسندگان:

هر کدام از نویسندگان به میزان ۵۰ درصد و به ترتیب زیر در تهیه این نوشتار شرکت داشتند:

طراحی ایده: علیرضا فضائلی

روش کار: امیرحسین شاکرمی

جمع‌آوری داده‌ها : امیرحسین شاکرمی

تجزیه و تحلیل داده‌ها: علیرضا فضائلی

نظارت: علیرضا فضائلی

مدیریت پروژه: علیرضا فضائلی

نگارش- پیشنویس: امیرحسین شاکرمی

نگارش - بررسی و ویرایش: امیرحسین شاکرمی

References

1. Hileeyesus S, Tadesse A, Fekrie A, Shetie B, Bekele N, Beyazn G, et al. Takayasu arteritis: Diagnosis of a rare clinical entity: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2025; 104(14): e42096.
2. Danda D, Manikuppam P, Tian X, Harigai M. Advances in Takayasu arteritis: An Asia Pacific perspective. *Front Med (Lausanne)* 2022; 9: 952972.
3. Trinidad B, Surmachevska N, Lala V. Takayasu Arteritis. StatPearls [Internet]. 2025.
4. Numano F. The story of Takayasu arteritis. *Rheumatology (Oxford)* 2002; 41(1): 103-6.
5. Roberts J, Monteagudo L, Shah P, Stitt R. Takayasu Arteritis Clinical Presentation2024 October 29. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/332378-clinical.
6. Watanabe Y, Miyata T, Tanemoto K. Current Clinical Features of New Patients With Takayasu Arteritis

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]
[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

Observed From Cross-Country Research in Japan. *Circulation* 2015; 132(18): 1701-9.

7. Miyamoto S, Wu H, Kubo T, Kawaguchi K, Ide T, Takemura N, et al. Single stage multiple stenting in Takayasu's arteritis. Case report. *Neurol Med Chir* (Tokyo). 2012; 52(4): 219-23.

8. Kancherla H, Konduri G, Bollam A, Atla K, Injeti N. Takayasu arteritis: A case report. *Journal of Young Pharmacists* 2022; 14(1): 130-2.

9. Emam MM, Abiyarghamsari M, Kazempour M, Haghighi-Morad M, Farsad F. Multiple sclerosis in a patient with Takayasu's Arteritis: A case report. *Caspian J Intern Med* 2024; 15(4): 729-34.

10. Choi HY, Lee S, Park J, Song YJ, Kim DK, Kim KH, et al. Endovascular treatment of Takayasu arteritis in a middle-aged woman with syncope and limb claudication: a case report. *Journal of Yeungnam Medical Science* 2023; 40(4): 448-53.

11. Rahman SSu, Shehri AA, Ghamdi MA, Shareef MA. Stroke and Renal Artery Stenosis from Takayasu's Arteritis Diagnosed in a 57-Year-Old Male Patient. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2019; 30(3): 710-4.

12. Gardner JD, Lee KR, Abdou NI. Takayasu's arteritis: reversal of pulse deficit after early treatment with corticosteroids. *J Rheumatol* 1984; 11(1): 92-3.

13. Kumar A, Hussain I, Joshi D, Singh VK. Syncopal Seizure: A Rare Manifestation of Takayasu Arteritis. *Neurology India* 2025; 73(2): 371-3.

14. Leigh MB, Kor S, Czantrak P, Sacirovic M, Pagonas N, Hillmeister P, et al. Recanalization of bilateral axillaris/brachialis artery occlusion in a patient with Takayashu arteritis: First case report on using a novel drug-coated nitinol "chocolate" balloon catheter. *Clin Case Rep* 2018; 6(12): 2490-4.

15. Hedna VS, Patel A, Bidari S, Elder M, Hoh BL, Yachnis A, et al. Takayasu's arteritis: Is it a reversible disease? Case Report and Literature Review. *Surg Neurol Int* 2012; 3: 132.

16. Schmidt WA, Schäfer VS. Diagnosing vasculitis with ultrasound: findings and pitfalls. Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease. 2024; 16:1759720X241251742.

17. Johnston SL, Lock RJ, Gompels MM. Takayasu arteritis: a review. *J Clin Pathol* 2002; 55(7): 481-6.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

CCBY-NC.4.0 DEED

A Rare Case Report of Brachial Artery Involvement and Subclavian Artery Occlusion in a Patient with Takayasu Arteritis

Amirhossein Shakarami[1], Alireaza Fazaeli[2]

Received: 03/06/25 Sent for Revision: 22/09/25 Received Revised Manuscript: 06/10/25 Accepted: 08/10/25

Background and Objectives: Takayasu arteritis is a rare systemic vasculitis, and involvement of the brachial artery can be considered an unusual finding.

Case Report: A 25-year-old female athlete with no remarkable past medical history presented with interscapular pain, paresthesia, and weakness of the left upper limb. Physical examination revealed absent pulse and unrecordable blood pressure in the left arm. The erythrocyte sedimentation rate (ESR) was elevated at 95 mm/hour. Computed tomography angiography demonstrated complete occlusion of the left subclavian artery along with the uncommon involvement of the brachial artery. According to the diagnostic criteria, Type I Takayasu arteritis was confirmed.

Conclusion: Due to the patient's young age and fertility considerations, treatment was initiated with methylprednisolone pulse therapy, followed by a maintenance regimen of mycophenolate mofetil and prednisolone. After four weeks, the patient's clinical symptoms improved, although the pulse in the affected limb remained impalpable. This case highlights the importance of considering rheumatologic diseases such as Takayasu arteritis in young women presenting with atypical musculoskeletal or vascular symptoms, as well as the necessity of timely treatment to prevent permanent complications.

Keywords: Takayasu arteritis, Brachial artery, Subclavian artery

Conflict of Interest: None declared.

Funding: This research received no specific grant from any funding agency.

Ethical considerations: This report was prepared to advance medical knowledge and share a valuable educational case. Respect for patient privacy, human dignity, and confidentiality formed the foundation throughout all stages of writing and publication. The authors acknowledge that due to the retrospective nature of case reports (often compiled post-treatment without prior publication plans), obtaining a formal ethics code before drafting was not feasible. Nevertheless, our commitment to upholding the highest ethical standards in protecting patient privacy remains fundamental and non-negotiable.

Author's contributions:

Conceptualization: Alireza Fazaeli

Methodology: Amirhossein Shakarmi

Data collection: Amirhossein Shakarmi

Formal analysis: Alireza Fazaeli

Supervision: Alireza Fazaeli

Project administration: Alireza Fazaeli

Writing – original draft: Amirhossein Shakarmi

Writing – review & editing: Amirhossein Shakarmi

Citation: Shakarami AH, Fazaeli AR. A Rare Case Report of Brachial Artery Involvement and Subclavian Artery Occlusion in a Patient with Takayasu Arteritis. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (8): 759-66. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-19]

[DOI: 10.66224/jrums.24.8.759]

1- General Practitioner, School of Medicine, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran

2- Assistant Professor, Rheumatology Dept., Shahid Beheshti Hospital, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran (Corresponding Author) Tel: 09183123872, E-mail: Bahrolfazael@yahoo.com

CCBY-NC.4.0 DEED