TİP-2 TAKAYASU HASTALIĞINDA TORAKOABDOMİNAL BAYPAS İLE RE-OPERASYON: OLGU SUNUMU

RE-OPERATION OF TYPE-2 TAKAYASU DISEASE WITH THORACOABDOMINAL BYPASS: CASE REPORT

A.Ali KORKMAZ, Burak ONAN, Ünal AYDIN*, Burak TAMTEK‹N, Kerem ORAL, Cihat BAKAY, Murat KAYABALI
*Florence Nightingale Hastanesi, *S.B. Vakıf Gureba Hastanesi, Kalp Damar Cerrahi Klinikleri, İstanbul*

Özet

Takayasu hastal›¤› aorta ve ana damarlar› etkileyen, tedavisinde farkl› cerrahi yaklafl›mlar›n bulundu¤u ciddi bir sistemik hastal›kt›r. 39 yafl›nda erkek hasta, 3 y›l önce asendan aorta- bi-iliyak tüp greft interpozisyonu operasyonu geçirmifl ancak semptomlar›n›n tekrarlamas› üzerine yap›lan incelemelerinde, greft oklüzyonu saptanarak, hastaya torakoabdominal bypass yap›lm›fl›t›r. Daha iyi bir inflow kan ak›m› ve patensi sa¤lamak amac›yla tercih etti¤imiz bu alternatif yöntemi ve sonuçlar›n› tart›flmak amac›yla sunmaktay›z. (Damar Cer Der 2006;15(3):45-48).

Anahtar Kelimeler: Takayasu hastal›¤›, greft oklüzyonu, torakoabdominal bypass.

Abstract

Takayasu's disease is a systemic vascular disease involving aorta and its major branches. Clinical pictures of Takayasu's disease is extremely variable because of distribution of arterial lesions. 39 years old, male patient had undergone ascending aortobifemoral graft interposition 3 years ago .Patient's symptoms recurred after that time and graft occlusion was diagnosed. Thoracoabdominal bypass operation was planned and performed successfully. We preferred this technique for better inflow pattern and patency. (Turkish J Vasc Surg 2006;15(3):45-48).

Keywords: *Takayasu's disease, greft occlusion, thoracoabdominal bypass.*

Dr. A.Ali Korkmaz
Florence Nightingale Hastanesi
Kalp Damar Cerrahi Klini¤i
Ça¤layan, ‹stanbul
Tel: 0532 783 3581
Faks: 02163271209
E-mail: aakorkmaz@gmail.com

Damar Cer Derg
2006; 15 (3): 45-48

GİRİŞ

Takayasu hastal›¤› etyolojisi henüz tam olarak kesinlik kazanmayan, aorta ve ana dallar›n› tutan, genelde 40 yafl›ndan genç kad›nlarda görülen ciddi bir sistemik hastal›kt›r. Kronik dönemde orta ve büyük çapl› arterlerde oklüzyon yada nadiren anevrizmal dejenarasyon yapabilen, nonspesifik granülomatöz enflamatuvar arteriyopati söz konusudur. Hastalar›n klini¤i tutulan organa göre farkl›l›k göstermektedir. Renal tutulumla hipertansiyon, alt abdominal aort tutulumu ile kladukasyo, serebral damar tutulumu ile inme, koroner tutulum ile ¤ö¤üs a¤r›s› ve enfarktüs görülebilmektedir. Aterosklerozdan farkl› olarak genç ama daha a¤›r bir klinikle baflvuran hastalar söz konusudur.

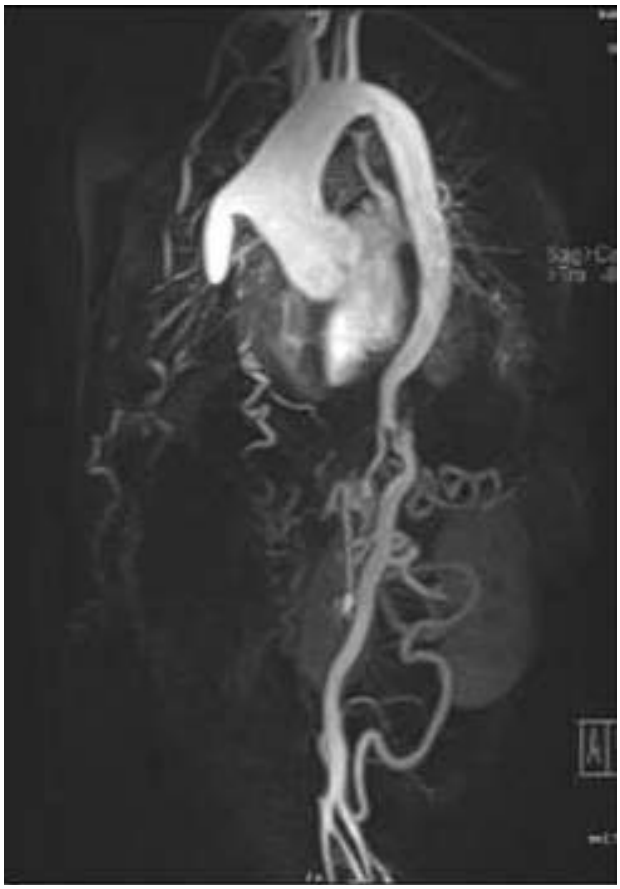
Hastal›¤›n akut faz›nda cerrahi giriflimden kaç›n›lmas› önerilmektedir. Tedavi seçenekleri medikal ve cerrahi olup, iskemiye ba¤l› komplikasyonlar›n azalt›lmas› ve önlenmesi amac›yla tutulumun oldu¤u bölgeye göre farkl› cerrahi seçenekler bulunmaktad›r. Öncelikle aksillobifemoral bypass yap›lmas› düflünüldü, fakat teknik olarak daha kolay, hasta için postoperatif a¤r› kontrolü aç›s›ndan daha uygun ve daha iyi bir inflow sa¤layarak uzun dönem aç›k kalma oran›n›n yüksek olaca¤› düflüncesiyle asendan aorta-biiliak baypas uyguland›, ancak 3. y›lda greft oklüzyonu gelifliflen hastaya torakoabdominal bypass yap›ld›. Sunumumuzda bu olgumuz nedeniyle Tip-2 Takayasu hastalar›nda en uygun cerrahi yöntem ne olmal›d›r? Sorusuna yan›t aramak istedik.

OLGU SUNUMU

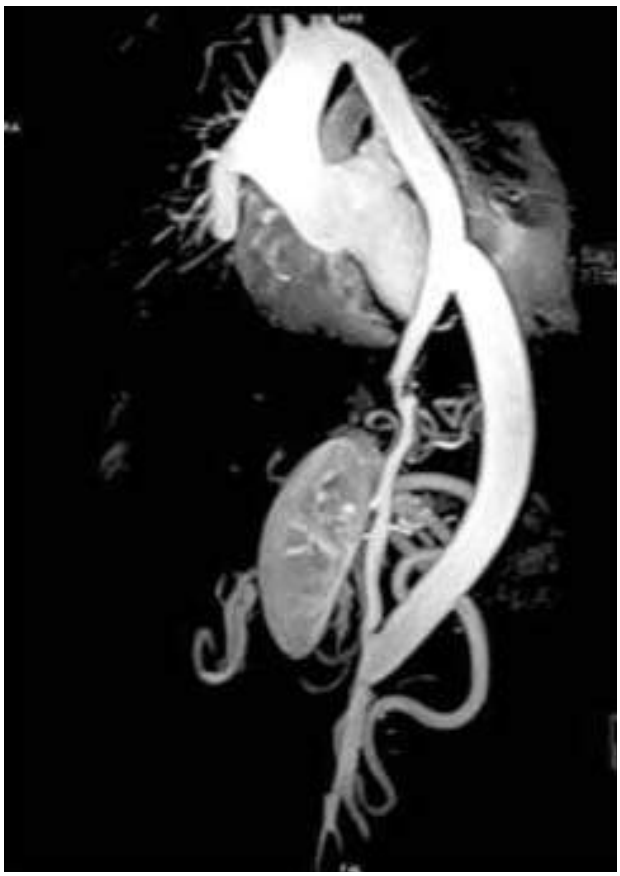
39 yafl›nda erkek hasta halsizlik, basa¤r›s›, boyun a¤r›s› ve sol kolda uyuflma flikayeti ile baflvurdu¤u bir sa¤l›k kurumunda hipertansiyon tan›s› konularak medikal tedavi alt›na al›nm›fl. Hasta ayr›ca yaklafl›k 10 senedir süren ve eforla iliflkili bilateral alt ekstremite a¤r›s› ve sigara kullan›m› tariflemekte idi. Yap›lan anjiyografik incelemesinde suprarenal T-11 vertebra seviyesinde abdominal aorta oklüzyonu tespit edilerek operasyon önerildi, ancak hasta operasyonu kabul etmedi. Hipertansiyonunun kontrol alt›na al›namamas› ve mevcut flikayetlerinin artmas› üzerine klini¤imize baflvuran hastan›n muayenesinde bilateral alt ekstremitede distal nab›zlar› zay›f olarak izlendi. Hipertansiyonu için medikal tedavisi (ACE inhibitörü ve Beta-bloker ile) düzenlendi.Yap›lan torakoabdominal MR-anjiyografik incelemesinde desendan aorta T-11 seviyesinde total okluzyon, suprarenal abdominal aortada oklüzyon ve yayg›n kollateral vaskülerite art›fl› saptand›. Yap›lan kardiyak, karotis ve periferik arter görüntülemelerinde özellik gözlenmedi. Bu bilgiler do¤rultusunda, hastan›n 40 yafl›n alt›nda olmas›, Takayasu arteritindeki 4 minör kriterle uyumlu bulgular (Hipertansiyon, inen ve abdominal aort lezyonu, daha önceki tahlillerde sedimentasyon yüksekli¤i) ve tutulum bölgesine göre Tip-2 Takayasu Arteriti ön tan›s› konuldu. Yap›lan romatoloji konsültasyonunda, hastan›n aktif enflamatuar dönemde olmad›¤› (ESR: 20 mm/h, Lökosit say›m›. 9700/mm3, CRP: 5 IU/ml) belirtilen ancak acil giriflim düflünülmüyorsa sedimentasyon h›z›n›n üst s›n›rda olmas› nedeniyle 1ay kadar 1mg/kg Prednisolon verilmesi ve operasyon sonras› 10 mg/gün ile idame tedavisine geçilmesi önerildi. Bir ay sonra hastaya dakron greft (14x7 mm Vascutec) ile asendan aortabiiliyak baypas operasyonu uyguland›. Yap›lan kontrol MR anjiyografisinde greft patent olarak gözlendi. Bu operasyondan yaklafl›k 3 y›l sonra kladukasyo art›fl› ,s›rt a¤r›s› ve hipertansiyonflikayeti ile tekrar klini¤imize baflvurdu .Yap›lan kontrol MR-anjiyografisinde asendan aortabiiliyak greft oklüzyonu ve greft proksimalinde 2 cm uzunlu¤unda güdük tespit edildi (Resim1). Hastaya sol posterolateral torakoabdominal insizyon ile torakoabdominal dakron tüp greft (Vascutec dacron graft, 16mm) interpozisyonu uyguland›. Greft ile proksimalde desendan aorta T-6,7 seviyesinde uç yan, distalde ise infrarenal seviyede de uç yan anastomoz yap›ld›. Post operatif dönemde hastan›n distal nab›zlar› bilateral pulsatil olarak izlendi .Yo¤un bak›m dönemi sorunsuz seyretti. Hastan›n postoperatif kladukasyosu olmad› tansiyonu medikal tedavi alt›nda stabil seyretti. Hasta antikoagülan tedavi alt›nda postoperatif 10. günde Romatoloji klini¤inde takibi yap›lmak üzere taburcu edildi Postoperatif 3. ay yap›lan kontrol MR anjiyografisinde torakoabdominal tüp greft patent olarak izlendi (Resim2). Ayr›ca hastan›n hipertansiyonu, preop dozuna göre daha düflük dozdaki ACE‹ ile tek ilaç kullanarak kontrol alt›ndayd›.

TARTIŞMA

Takayasu hastal›¤› çok s›k görülmeyen, aorta ve ana dallar›n› tutan sistemik bir hastal›kt›r.Tüm yafl gruplar›nda görülebilmesine ra¤men s›kl›kla 20-30 yafl



Resim 1. Preoperatif MR anjiyografi.



Resim 2. Postoperatif MR anjiyografi.

aral›¤›nda ve kad›nlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Otoimmün oldu¤u düflünülen ancak etiyolojisi kesinlik kazanmayan enflamatuar bir hastal›kt›r. Hastal›¤›n erken dönemlerinde enflamatuar cevaba ba¤l› olarak kas a¤r›lar›, halsizlik atefl gibi sistemik semptomlar yayg›nd›r, bu bulgular genelde silik oldu¤undan tan› konmas› bazen çok gecikebilmektedir. Kronik dönemde ise arteriyel anevrizma, tromboz, stenoz veya oklüzyonlar sonucu iskemik semptomlar ortaya ç›kabilir, olgular›n %90'› tan› konuldu¤unda bu afamadad›r. Bizim olgumuzda bafllang›ç semptomlar› ile baflvurdu¤u kliniklerde oldukça zaman kaybetmifltir. Ana arterlerde segmental tutuluma ba¤l› olarak hastalarda serebral, mezenterik, periferik ya da kardiyak iskemi tablosu görülmektedir. Hastal›¤›n tan›s› klinik bulgular ve radyolojik görüntüleme yap›larak konulur. Arteriyel anjiyografi ve MR anjiyografik görüntüleme tan› konulmas›nda özellikle de¤erlidir. Damar tutulumuna göre Takayasu Hastal›¤› flu flekilde s›n›fland›r›lmaktad›r;

Tip I: Arkus aorta tutulumu (%20-40)
Tip II: Desc. Aorta ve/veya abd. aorta tutulumu (%5-10)
Tip III: Kar›fl›k tutulum (I+II) (%50-%65)
Tip IV: ‹lave pulmoner arter tutulumu (oklüzyon veya anevrizma) (%10-45)

Bu s›n›flamaya göre hastam›z Tip-2 Takayasu Hastal›¤› grubunda yer almaktad›r.

Takayasu Hastal›¤›n›n tan› kriterleri olarak, hastan›n mutlaka 40 yafl›n veya alt›nda olmas› yan›nda;

Majör kriterler: Sol yada sa¤ subklavian arter lezyonu.

Minör kriterler: Sedimentasyon yüksekli¤i, hipertansiyon, aort yetmezli¤i-aort ektazisi, karotis arter hassasiyeti, sol common karotis lezyonu, distal brakiyosefalik arter lezyonu, pulmoner lezyon, inen aorta lezyonu, abdominal aorta lezyonu, olarak belirlenmifl, mutlak yafl faktörü yan›nda iki majör veya bir majör-iki minör yada dört minör kriterin tan› koydurucu oldu¤u belirtilmektedir. Olgumuzda 4 minör kriterin varl›¤› gösterilmifltir.

Tedavide medikal yaklafl›m, perkütan balon anjiyoplasti veya stent uygulama ve cerrahi yaklafl›mlar bulunmaktad›r[2]. Medikal kortikosteroid tedavisinin hastal›¤›n akut dönemlerinde immünosupresyon ile fayda sa¤lad›¤› ancak mortaliteyi belirgin olarak azaltt›¤› gösterilememifltir[2,3]. Hastalar›n prognozu romatolojik aç›dan yak›n takipleri ve aktif dönemde medikal tedavi düzenlenmesiyle daha iyi seyretmektedir. Perkütan transluminal anjioplasti ve intraluminal stent yerlefltirilmesinin stenotik ve trombotik lezyonlar›n

Damar Cer Derg
2006; 15 (3): 45-48

varl›¤›nda baflar› ile uyguland›¤›na dair yay›nlar literatürde bulunmaktad›r[4]. Baz› çal›flmalarda özellikle intraluminal stent yerlefltirilmesinin perkutan balon anjioplastiye göre güvenilirlik ve efektiflik aç›s›ndan üstün oldu¤u gösterilmifltir[5,6]. Ancak tüm bu sonuçlara ra¤men endovaskuler giriflimlerin k›sa dönemde faydal› ve düflük baflar› oranlar› oldu¤unu gösteren yay›nlar,cerrahi tedavinin öncelikli olmas›n› savunmufltur[7].

Tip 2 Takayasu hastal›¤›n›n cerrahi tedavisinde farkl› seçenekler bulunmaktad›r ve herbirinin morbidite ve mortaliiteye etkisi hastan›n klinik tablosuna uygun tercihin seçilmesiyle belirlenir. Literatürde kladukasyo ve hipertansiyon flikayeti olan ve Tip-2 Takayasu hastal›¤› tan›s› konmufl bir grup hastaya yap›lan asendan aortoabdominal bypass operasyonu bu hastalarda klinik düzelmenin oldu¤unu göstermifltir[8]. Bu yaklafl›m›n sonuçlar› bizim tercihimize oldukça yak›nd›r. Ayr›ca ayn› tan›ya sahip di¤er bir grup hastada mevcut supradiafragmatik desendan aorta stenozu için uygulanan desendan aortoabdominal aortik bypass, hastalar›n iskemik semptomlar›n›n kaybolmas› ve kan bas›nc› regulasyonu ile sonuçlanmıfl›r[9-11]. Aorta –aortik bypass seçene¤inin Takayasu hastal›¤› ile izlenen ve desendan aorta anevrizmas› olan hastalarda da olumlu sonuçlar gösterdi¤i bildirilmifltir[12]. Aksillobifemoral bypass tekni¤inin bu hastalar›n tedavisindeki baflar›s›na ait çal›flmalar da literatürde mevcuttur[13]. Olgumuzda ilk operasyonda asendan aortan›n postop a¤r› kontrolü, daha iyi inflow ve patensi, teknik olarak daha kolay olmas› gibi nedenlerle proksimal anastomoz yeri olarak seçilmesinin, literatürde bu teknikle iyi sonuçlar bildirilmesine ra¤men iyi bir tercih olmad›¤› düflünüldü. E¤er arkus aorta ve dallar› tutulumu yoksa desendan aortan›n proksimal anastomoz için tercih edilmesi daha do¤rudur, çünkü daha k›sa bir greft kullan›lmas› ve asendan aorta-biiliak gibi ekstraanatomik lokalizasyonda olmamas›n›n patensiyi daha olumlu etkileyece¤ine inan›yoruz.

Cerrahi yaklafl›m hastalar›n klinik özelli¤ine göre de¤iflmeli ve sistemik tutulumun ak›ldan ç›kar›lmamas› gerekmektedir. Hastalar›n romatolojik takipleri ,hastal›¤›n akut sistemik semptomlar›n›n kontrolü aç›s›ndan ise oldukça önemlidir. Cerrahi tedavinin mortaliteyi düflürdü¤ü tam olarak ispatlanmakla beraber iskemik semptomlar›n azalt›lmas›nda faydal› oldu¤u kabul edilmektedir. Obstrüktif lezyonlarda arteriyal bypass özellikle tercih edilen seçenektir. Hastalar›n cerrahi sonras› yak›n takipleri olas› bir anastomoz anevrizmas›, stenoz ya da trombozun erken tan›s› aç›s›ndan da gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kart-Koseoglu H.,Yucel AE.,Tasdelen A.,Bovyat F. ; Delayed diagnosis of Takayasu's arteritis: total abdominal aorta occlusion treated with axillo-bifemoral bypass. J Rheumatol. 2004;31:393-5.
2. Crager MA. ;Takayasu’s arteritis;Rev. Cardiovasc Med.2001;2:211-4.
3. Fraga A.,Medina F.;Takayasu’s arteritis;Curr Rheumatol Rep.2002;4:30-8.
4. Lambert M.,Hachulla E.,Hatron PY.,Perez-Cousin M.,Beregi JP.,Warembourg H.,Devulder B.;Takayasu’s arteritis:vascular investigations and therapeutic management;Rev Med Interne 1998;19:878-84.
5. Shimizu H.,Ueda T.,Koizumi J.,Kobayashi S.,Enoki C.,Kawada S.;Endoluminal stent grafting for thoracoabdominalaortic aneurysm in Takayasu’s disease;Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2001;7:59-61.
6. Bali HK.,Bhargava M,Jain AK.,Sharma BK.;De novo stenting of descending thoracic aorta in Takayasu’s arteritis;J ‹nvasive Cardiol.2000;12:612-7.
7. Keith DS.,Markey B.,Schiedler M.;Successful long-term stenting of an atypicaldescending aortic coarctation;J Vasc Surg.2002;35:166-7.
8. Liang P.,Tan-Ong M.,Hoffman GS.;Takayasu’s arteritis:Vascular interventions and outcomes;J Rheumatol. 2004;31:102-6.
9. Ahn H.,Hwang HY.;Ascending aorta-abdominal aorta bypass for takayasu’s arteritis.;Asian Cardiovasc Thorac Ann.2003;11:357-8.
10. Segers B.,Derluyn M.,Barroy JP.,Brunet AP.;Isolated supradiaphragmatic thoracic aorta stenosis in a takayasu’s disease:surgical cure;Eur J Cardiothorac Surg. 2001;20:1243-5.
11. Giordano JM.;Surgical treatment of Takayasu’s Arteritis;Int J Cardiol. 2000 31;75 Suppl 1:s123-8.
12. Ninomiya M.,Makuuchi H.,Naruse Y.,Kobayashi T.,Sato T.;Descending thoracic aneurysm with Takayasu’s disease;Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2000;48:455-9.
13. Sasaki S.,Kubota S.,Kunihara T.,Shiiya N.,Yasuda K.;Surgical experience of the thoracic aortic aneurysm due to Takayasu’ arteritis;Int J Cardiol. 2000 Aug 31;75 Suppl 1:S129-34.