

Takayasu Arteriti Olgusu: İnen Aorta Tüp Gref Anastomozunda Yalancı Anevrizma

Uz. Dr. Serdar ENER, Y. Doç. Dr. Ergün ÇİL*, Dr. Kadir SAĞDIÇ, Dr. Mehmet TÜRE,
Prof. Dr. Mete CENGİZ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı ve *Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Bursa

ÖZET

On yaşında kız çocuğunda inen torasik aorta darlığı belirlenmiştir. Ameliyat edilerek prostetik tüp greft interpozisyonu yapılan hastada histopatolojik inceleme ile granülatöz tip Takayasu arteriti tanısı konmuştur. İzleme sürecinde antihipertansif tedavi yanısıra steroid ve siklofosamid ile immün baskılama uygulanmıştır. Üç yıl sonra, anjiyografik incelemede inen torasik aortada protez greft distal anastomoz bölgesinde 6x5 cm çaplı yalancı anevrizma geliştiği görüldü. Abdominal aorta lümeninin uzunluğunca dar olduğu, her iki iliak arterde darlıklar bulunduğu ve sağ renal arterin dar olduğu belirlendi. Ameliyata alınarak inen aortadaki yalancı anevrizma basit klempleme ve "Inclusion" yöntemi ile 18 mm wöven dakron tüp greft kullanılarak tamir edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmayan hasta 8. gün taburcu edildi. Çıkan aorta, arkus ve karotislerde önemli darlık olmayan hasta antihipertansif tedavi ile izlenmektedir. Takayasu hastalığına bağlı lezyonların tedavisinde, vasküler girişimler erken dönemde başarılı olmakla birlikte dikkatli bir izleme şarttır ve yeni girişimler gerekebilir. İmmün baskılama hastalığın ilerlemesini yavaşlatabilir veya durdurabilir.

Anahtar kelimeler: Takayasu, yalancı anevrizma, torasik aorta anevrizması

Aorta ve büyük dallarını tutan bir hastalık olan Takayasu arteriti çoğunlukla kadınlarda ve genç yaşlarda ortaya çıkar. Ülkemizde seyrek olarak rastladığımız bu hastalığın tipik bir örneği olan bu olgu, inen aorta darlığı bulguları ile ameliyat edildikten 3 yıl sonra dikiş hattında gelişen yalancı anevrizma nedeniyle yeniden ameliyat edilmiştir. Olguya ilişkin bilgiler, cerrahi yöntem sunulmuş, cerrahi veya girişimsel endikasyonların bu hastalığın tedavisindeki yeri tartışılmıştır.

kin bilgiler, cerrahi yöntem sunulmuş, cerrahi veya girişimsel endikasyonların bu hastalığın tedavisindeki yeri tartışılmıştır.

OLGU BİLDİRİSİ

Halsizlik, kilo kaybı yakınmaları ile başvuran 10 yaşındaki kız çocuğu, inen torasik aorta darlığı bulguları ile 27.2.1991 tarihinde ameliyat edilerek torasik aortaya dakron tüp greft interpozisyonu yapılmış, histopatolojik inceleme ile granülatöz tip Takayasu arteriti tanısı konulmuştur. İzleme süresince steroid ve siklofosamid ile başlıca baskılayıcı tedavi uygulanmıştır. Hipertansiyon gelişmesi üzerine antihipertansif tedavi başlanmıştır.

8.4.1994 tarihinde yapılan anjiyografik incelemede inen torasik aorta dakron greftin distal anastomoz bölgesinde 6x5 cm çaplı yalancı anevrizma belirlendi (Şekil 1). Anevrizma distalindeki aorta lümeninin dar olduğu, iliak çatlama öncesi ve her iki iliak arter proksimal kısımlarında darlıklar bulunduğu, sağ renal arterde darlık bulunduğu görüldü (Şekil 2).

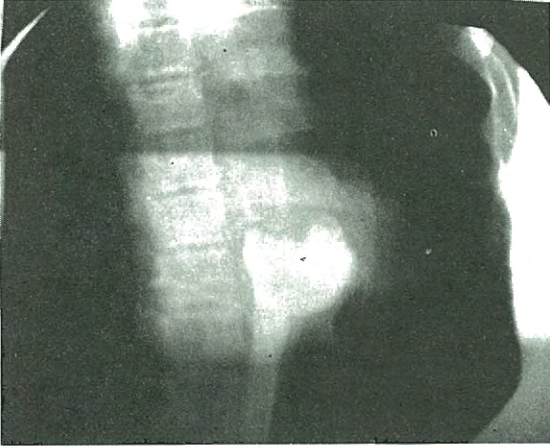
9.6.1994 tarihinde operasyona alındı. Altıncı interkostal aralıktan sol torakotomi ile girilerek plevral yapışıklıklar ayrıldı. Tüp greftin distal anastomoz bölgesindeki yalancı anevrizmanın ön ve yan yüzleri diseksiyonla açıldı. Proksimal ve distalinde aorta serbestleştirilerek askıya alındı ve klemp konuldu. Anevrizma kesesi açıldığında distal anastomoz bölgesinde arter duvarındaki sütürlerin gevşediği, aort duvarının ileri derecede kalınlaşmış, fragil, yer yer nekrotik yapıda olduğu görüldü. Fragil ve nekrotik dokular ile eski tüp greftin bir santimetrelilik distal bölümü rezeke edildi. Dakron tüp greft (18 mm) ile önce proksimal daha sonra distal anastomoz tamamlandı. Distal ve proksimal aorta klemplerinin kaldırılması ile asidoz, hipotansiyon ve bradikardi gelişti. Bikarbonat ve vazopressör uygulanmasına rağmen hipotansiyonun devam etmesi üzerine internal kardiyak masaj ile 3 dakika kadar mekanik destek sağlandı. Uygun tedavi ile hemodinamik durumu kısa sürede düzeldi.

Aorta duvarı dıştan sarılarak greft üzerine kapatıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir sorun gelişmeyen hasta 8.

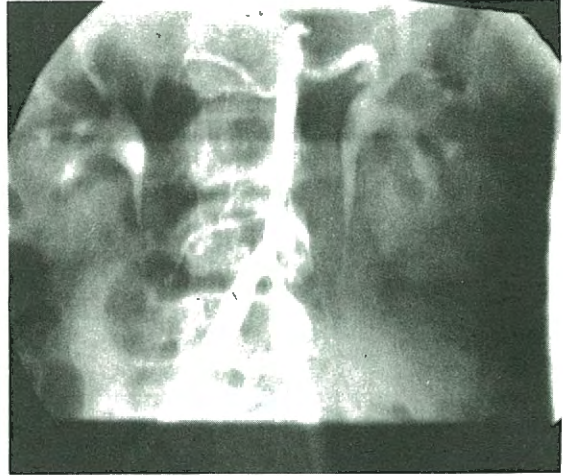
3. Ulusal Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresi'nde (Kuşadası 26-30 Eylül 1994) sunulmuştur.

Alındığı tarih: 15 Aralık 1994

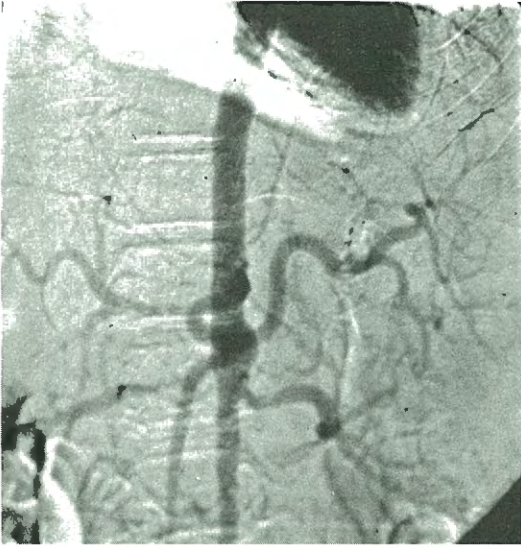
Yazışma adresi: Uz. Dr. Serdar Ener, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, 16059, Görükle-Bursa



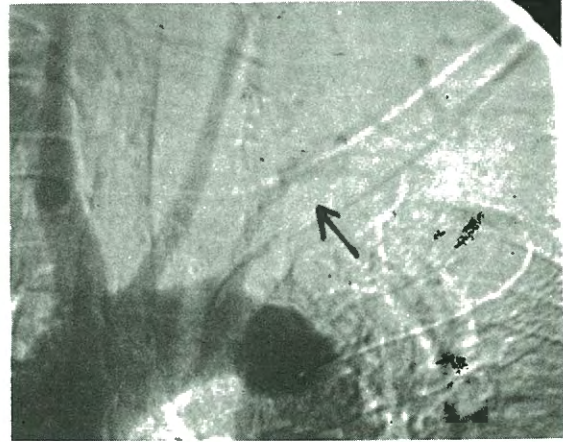
Şekil 1. Sağ femoral arter yoluyla retrograd aortografide distal sütür hattında anevrizma görünümü.



Şekil 2. Anjiyografide abdominal aorta, sağ renal arter ve iliak arter darlığı.



Şekil 3. Ameliyat sonrası 14. gün intravenöz DSA ile distal torasik ve abdominal aortanın yeterli doluşu görülmektedir.



Şekil 4. İntravenöz DSA incelemesinde arkus aorta ve dalları. Sol subklavya arter proksimalde tıkalı.

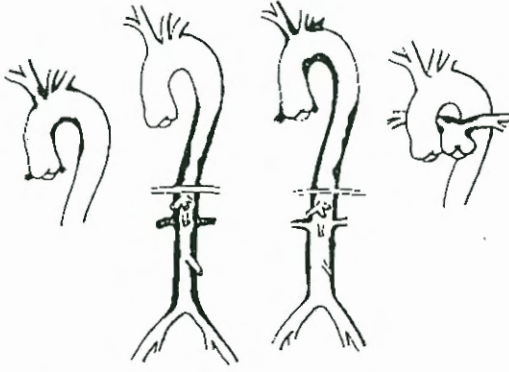
gün taburcu edildi. İki hafta sonra yapılan intravenöz DSA incelemesi ile distal aorta doluşu normal bulundu (Şekil 3). Çıkan aorta, arkus ve karotis arterlerde önemli darlık görülmedi (Şekil 4). Hastanın bilgisayarlı beyin tomografisinde sağ parietal lob alt kısmında 8 mm çaplı enfarkt alanı görüldü. Herhangi bir nörolojik defisit bulunmayan hastanın floresan anjiyografi ile göz incelenmesinde önemli bir vasküler patoloji olmadığı belirlendi. Hasta postoperatif 2., 3. ve 6. ay üç kere hipertansiyonla birlikte epistaksis ve hemoptizi nedeniyle başvurdu ve kan basıncının kontrol altına alınması ile kısa sürede iyileşti. Halen antihipertansif tedavi ile izlenmekte olup abdominal aorta ve sağ renal arter darlığına girişim planlandı. Hastanın aktif fazda olduğu düşünüldüğünden kortikosteroid tedavi sürdürülmektedir. Ancak yüksek doz

(2mg/kg prednizon) steroid ile gelişen cushingoid belirtiler ve meydana gelen hipertansif ataklar nedeniyle steroid dozu azaltılmıştır.

TARTIŞMA

Japon göz hekimi Takayasu tarafından 1908 yılında ilk olarak göz bulguları ile ortaya konulan bu inflamatuvar hastalık aorta ve büyük dallarını tutarak iskemi kökenli çeşitli belirti ve bulgulara yolaçar. Histopatolojik olarak üç ayrı alt gruba ayrılmıştır. Granülomatöz inflamatuvar tip %28, diffüz prodüktif inflamatuvar tip %14, fibröz tip %58 sıklıkla rastlanmaktadır (1). Olgumuzda aorta duvarının histopatolojik incelemesiyle granülomatöz tip inflamasyon bulguları belirlenmiştir.

Tip I Tip II Tip III Tip IV



Şekil 5. Takayasu arteritinde anatomopatolojik sınıflama. Tip I: Çıkan aorta ve arkus dallarının tutulumu, Tip II: İnen aorta ve büyük dallarının tutulumu, Tip III: Miks, Tip I ve II'nin birlikte oluşu, Tip IV: Pulmoner arter ve dallarının tutulumu.

Arteriyel lezyonların farklı yerleşimleri nedeniyle klinikte değişik belirti ve bulgularla ortaya çıkmaktadır. En sık rastlanan belirti olguların %55'inde rastlanan baş ağrısıdır. Geçici iskemik atak, serebral infarkt, hipertansif ensefalopati, laküner infarkt, maymaya fenomeni, serebral hemoraji gibi majör ve minör nörolojik olaylar olguların yarısından fazlasında belirlenir (2). Bunların gelişiminde ekstrakranial damarların tutulumu yanısıra, sekonder hipertansiyon, kardiyak komplikasyonlar ve emboliler rol oynar. Daha seyrek olarak lenfosit infiltrasyonu ile kardiyak ileti sistemi tutulumu ve çeşitli derecelerde bloklar görülebilir ve hastalığın ilerlemesi ile birlikte (3). Aort yetersizliği ile sol ventrikül hipertrofisi, koroner (en sık proksimal ve ostium) lezyonları, önemli komplikasyonlara neden olur (4-6). Sıklık sırasıyla abdominal ve torasik aorta ile renal arter tutulumu gözlenmektedir (1).

Takayasu arteriti, Lupi-Herrera ve ark. (7) tarafından anatomo-patolojik olarak 4 ayrı alt gruba ayrılmıştır (Şekil 5). Tip 1 aortik ark ve dallarının tutulumu, tip 2 torako-abdominal orta ve dalları özellikle renal ve mezenterik arter tutulumu, tip 3 ise ilk iki alt grubun kombinasyonu şeklindedir. Yukarıdaki herhangi bir alt grup bulguları ile birlikte pulmoner arter tutulumu tip 4 olarak adlandırılmıştır. Tanı ve tedavinin yönlendirilmesiyle izlemede klasik anjiyografinin yeri tartışmasızdır. Hastamızda da yalancı anevrizma gelişimi, renal arterlerin in-

celenmesini amaçlayan anjiyografi sırasında belirlenmiştir. İntravenöz DSA ve manyetik rezonans görüntüleme özellikle tanı ve izlemede oldukça güvenilir yöntemlerdir (8-9).

Kronik bir otoimmün hastalık olduğu düşünülen bu hastalığın aktivasyon dönemlerinde sedimentasyonda yükselme görülmektedir. Tedavide bağışıklık baskılayıcı ilaçlar ile hastalığın gerilediğine ilişkin bulgular vardır (10). Siklofosamid kullanımı ile lezyonların gerilediği Bökrausky ve ark. tarafından gösterilmiştir (11). Steroid uygulanmasıyla da lezyonlar gerilemekte ya da ilerlemesi engellenmektedir. Bu olguda da siklofosamid ve kortikosteroid tedavi ile hastalığın baskılanması sağlanmıştır. Hastalığın tutulum yerlerine göre çeşitli vasküler cerrahi girişimler uygulanmaktadır. Serebral iskemi, hipertansiyon (koarktasyon veya renal arter darlığı), koroner iskemi, aort yetersizliği, anevrizma gelişimi ve ekstremitelerde iskemi vasküler girişim endikasyonlarını oluşturmaktadır. Cerrahi girişimler semptomatik olgularda erken dönemde etkin ve yüz güldürücüdür (4-6,12-15).

Ancak, geç dönemde ilerleyici bir hastalık oluşu, diğer arteriyel tutulumlar nedeniyle ardışık operasyonlar gerekliliği tedavi stratejisinin iyi belirlenmesini gerektirmektedir. Arkus dallarında önemli darlık varsa, serebral olaya bağlı inmelerden kaçınmak için cerrahi girişim gereklidir. Proksimal çıkan aortaya konan greftlerin geç dönem açık kalma oranları daha iyi bulunmuştur (13). Torasik ve abdominal aortada yaygın önemli kalsifik darlık ve hipertansiyon bulunan olgularda aksillofemoral bypass ve renal ootransplantasyon ile başarılı sonuç alındığı bildirilmiştir (15). Tada ve ark.'nın 93 olguluk serilerinde karotis, torako-abdominal koarktasyon, renal revaskülarizasyon, anevrizma tamiri gibi çeşitli anatomik alanlardaki vasküler girişimlerde %10 operatif mortalite, %15 olguda geç dönemde sütür hattında anevrizma gelişmesi bildirilmektedir (12). Bizim olgumuzda da ilk operasyondan yaklaşık 3 yıl sonra sütür hattında anevrizma gelişimi belirlenmiştir.

Abdominal, torasik aorta ve renal artere perkütan balon anjiyoplasti uygulamalarının sonuçları tartışmalıdır. Deneyim giderek artmakla birlikte %30'a varan morbidite ve erken dönemde stenoz, tıkanma

gibi sonuçların yanı sıra erken dönemde %100 başarılı sonuçlar da bildirilmektedir (16-19).

Gerek balon anjiyoplasti gerekse cerrahi vasküler girişimler, Takayasu arteriti olgularında önemli semptomatik iyileşme yanı sıra uzun süreli yaşam beklentisini artırır. Öncelikler belirlenerek, kombine veya ardışık damar girişimleri yapılmalı; çok erken ve geç dönemlerde yeniden daralma, tıkanma, anevrizma gelişimi olasılığı her zaman akılda tutularak hasta dikkatle izlenmelidir. Bağışıklık baskılayıcı tedavi ile hastalığın aktif dönemleri baskılanmalıdır. Steroide bağlı istenmeyen etkiler dikkatle izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Haimovici H (ed): Vascular Surgery, Norwalk, Appleton&Lange, 1989; p.432
2. Wang JZ: Neurological manifestation of Takayasu's arteritis. Chung Hua Shen Ching Ching Shen Ko Tsa Chin 1992; 25:369
3. Yokoi K, Akaike M, Nishiuchi T, Kawai H, Saito S: Scar formation in the cardiac conduction system of a patient with Takayasu's arteritis. Cardiology 1992; 81:378
4. Amano J, Suzuki A: Coronary artery involvement in Takayasu's arteritis. Collective review and guideline for surgical treatment. J Thorac Cardiovasc Surg 1991; 102:554
5. Ohteki H, Itoh T, Natsuaki M, et al: Aortic valve replacement for Takayasu's arteritis. J Thorac Cardiovasc Surg 1992; 104:482
6. Takei M, Sasaki Y, Suyama K, et al: Surgically treated case of complete obstruction of the left main coronary artery caused by Takayasu's arteritis. Am Heart J 1993; 126:458
7. Lupi-Herrera E, Sanchez TG, Marcushamer J, Misperata J, Horowitz S, Velaj E: Takayasu's arteritis: clinical study of 107 cases. Am Heart J 1977; 93:94
8. Sharma S, Rajani M: Aortic occlusion in nonspecific aortoarteritis (Takayasu disease): incidence and spectrum of involvement. Australas Radiol 1993; 37:57
9. Yamada I, Numano F, Suzuki S: Takayasu arteritis: evaluation with MR imaging. Radiology 1993; 188:89
10. Roberti I, Reisman L, Churg J: Vasculitis in childhood. Pediatr Nephrol 1993; 7:479
11. Bokrausky AV: Experience with 303 operations in nonspecific aortoarteritis. Takayasu syndrome. Khirurgiya 1990; 11:3
12. Tada Y, Sato O, Ohshima A, Miyata T, Shindo S: Experience with surgical treatment of Takayasu's disease. Surgery 1991; 109:252
13. Giordano JM, Leavitt RY, Hoffman G, Fauci AS: Experience with surgical treatment of Takayasu's disease. Surgery 1991; 109:252
14. Kjeffer E, Piquois A, Berta A, Bletry O, Godeau P: Reconstructive surgery of the renal arteries in Takayasu's disease. Ann Vasc Surg 1990; 4:156
15. Su WJ, Liang CD, Chuang CK, Chang CH: Takayasu's arteritis with aortoortic bypass graft and renal autotransplantation: report of one case. Acta Paediatr Sin 1992; 33:428
16. Srinivasa AR, Mandalam KR, Vedula RR, et al: Takayasu arteritis. Initial and longterm follow-up in 16 patients after percutaneous transluminal angioplasty of the descending thoracic and abdominal aorta. Radiology 1993; 189:173
17. Fava MP, Foradori GB, Garcia CB, et al: Percutaneous transluminal angioplasty in patients with Takayasu arteritis: five-year experience. J Vasc Interv Radiol 1993; 4:649
18. Tyagi S, Singh B, Kaul UA, Sethi KK, Arora R, Khalilullah M: Balloon angioplasty for renovascular hypertension in Takayasu's arteritis. Am Heart J 1993; 125:1386
19. Sharma S, Arya S, Mehta SN, Talwar KK, Rajani M: Renal vein injury during percutaneous transluminal renal angioplasty in nonspecific aortoarteritis. Cardiovasc Intervent Radiol 1993; 16:114