Multidisciplinary Treatment Modality of a Patient who has Chronic Wound Related to Takayasu Arteritis

Takayasu Arteritine Bağlı Kronik Ayak Yarası: Multidisipliner Tedavi Uygulanan Olgu

Takayasu Arteriti İlişkili Kronik Yara / Chronic Wound Related to Takayasu Arteritis

Tolga Dinç[1], Selami Ilgaz Kayılıoğlu[1], Arife Polat Düzgün[1], Hikmet Selçuk Gedik[2], Faruk Coşkun[3]
[1] Genel Cerrahi Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara,
[2] Kalp Damar Cerrahi Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara,
[3] Genel Cerrahi Kliniği, Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum, Türkiye

Özet

Takayasu arteriti, damar duvarında inflamasyon ile karakterize, kronik seyirli büyük damar vaskülitidir. Alt ekstremiteyi tutan Takayasu arteriti ve buna bağlı topukta iskemik yara nedeni ile amputasyon önerilmiş olan bir hastadaki multidisipliner tedavi yönetimini sunmayı amaçlamaktayız.

Anahtar Kelimeler

Takayasu Arteriti; Vaskülit; Kronik Yara

Abstract

Takayasu arteritis is a chronic systemic vasculitis that characterized by the inflammation of large vessels. Our aim to presentate the multidiciplinary treatment modality of a patient who was suggested amputation because of a chronic wound on the foot related with takayasu arteritis.

Keywords

Takayasu Arteritis; Vasculitis; Chronic Wound

DOI: 10.4328/JCAM.3287 Received: 04.02.2015 Accepted: 16.02.2015 Printed: 01.08.2014 J Clin Anal Med 2014;5(suppl 4): 454-6
Corresponding Author: Tolga Dinç, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, B Blok 2. Kat, Altındağ, Ankara, Türkiye.
T.: +90 3125085241 GSM: +905324812275 E-Mail: tolga_dr@hotmail.com

Giriş

Takayasu arteriti, Mikito Takayasu tarafından tanımlanmış olup genellikle aorta ve ana dallarını etkileyen sistemik bir vaskülittir [1,2]. Literatürdeki ilk vaka 21 yaşındaki hastada görme kaybı ile tanımlanmış olsa da, bu hastalık çok geniş belirti ve bulgularla seyredebilen bir hastalıktır [3].

İnflamatuar süreçte damar du¬varında plazma hücreleri, lenfositler ve dev hücre infiltrasyonu izlenirken, daha ileri safhalarda fibrozisin oluşmasıyla damar lümeni daralır, ardından da iskemik belirtiler ortaya çıkabilir [4].

Farklı tutulum lokalizasyonu gösteren Takayasu arteritine bağlı, nadir bir klinik prezentasyon olan topukta iskemik yara nedeni ile amputasyon önerilmiş bir hastadaki multidisipliner tedavi yönetimini sunmayı amaçlamaktayız.

Olgu Sunumu

57 yaşında, takayasu arteriti ve sağ topukta 1 yıldır devam eden kronik yara nedeni ile kardiyovasküler cerrahi kliniğine yatırılan bayan hastanın tedavisine kronik yara merkezinde devam edilmek üzere nakil alındı (Resim-1). Kontrol altında hipertansiyonu haricinde yandaş hastalığı yoktu. Dış merkezde amputasyon önerilen hastanın, kalkaneusunu açıkta bırakan 8x6 cm boyutlarında yarası mevcuttu. Steroid dozu romatoloji kliniğinin önerileri doğrultusunda düzenlendi. Düzenlenen tedavi sonrasında hastanın yarası ve kalkaneusu osteotomi yapılarak debride edildi (Resim-2) ve üzerine ECM bazlı doku skafold materyali (Hyalomatrix®) yerleştirildi (Resim-3). Steroid tedavisi ile akut inflamatuar süreci gerileyen hastaya kalp damar cerrahisi kliniği tarafından Hibrid operasyon yöntemi ve Selektif kök hücre transferi uygulandı (Resim-4). Yara kenarlarından başlayan granülasyonun kemik üzerinde de olduğu gözlendi ve granülasyon oluşumu için biyolojik debridman materyali (Hyalogran®) kulanılmaya devam edildi (Resim-5). Cilt seviyesine getirilen granülasyon dokusunun üzerine plastik cerrahi kliniği tarafından kısmi kalınlıklı cilt grefti uygulandı. Topuktaki yarası tamamen iyileşen hastanın yara problemi tamamen ortadan kalkmış olup hastanın bir yıldır şikayeti bulunmamaktadır (Resim-6).

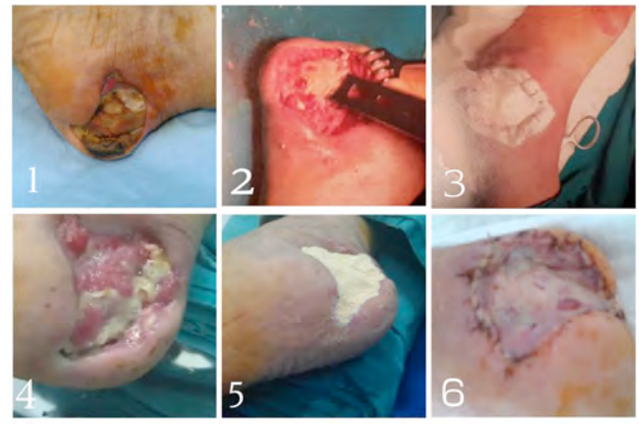
Tartışma

Kronik yaralar; karşımıza genellikle dolaşım bozukluğu veya metabolik nedenlere bağlı olarak çıkmaktadır. Vasküler sebeplerle karşımıza çıkan kronik yaralarda sebep, arteryel veya venöz dolaşım bozukluğudur. Venöz yetersizlikte daha yüzeyel yaralar oluşurken, arteryel yetersizliklerde daha derin dokular etkilenir. Varis ülserleri venöz sebepli yaralara tipik bir örnekken, Takayasu arteritine bağlı alt ekstremite yarası ise arteryel dolaşım bozukluğuna bağlı yaralara örnektir. Alt ekstremitedeki yaraların en sık sebeplerinden biri de diyabettir. Burada temel neden iskemi ve nöropatidir. Bu tarz yaralarda Takayasu arteriti gibi arteryel dolaşım bozukluğuna sekonder gelişen yaralardan farklı olarak, temel neden, duysal nöropatiden dolayı ağrı ve ısı hissinin kaybıdır. Benzer şekilde bu hastalarda da enfeksiyon eğilimi fazladır.

Takayasu arteriti; etyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış, damar duvarında inflamasyon ile karakterize, kronik seyirli büyük damar vaskülitidir. Sıklığı ülkeler arasında farklılıklar gösterse de milyonda 2-3 olduğu düşünülmektedir. Başlıca arkus aorta ve dalları tutulabilir. Damardaki bu inflamatuar hadiseler segmental darlık, oklüzyon, dilatasyon ve anevrizmaya sebep olabilmektedir. Tutulan damar lokalizasyonuna göre de farklı semptomlar ortaya çıkabilmektedir [5,6,7]. Bizim sunduğumuz olguda Takayasu arteriti, karakteristik olarak izlenen arkus aorta ve dalları dışında daha nadir izlenen alt ekstremite damarında saptanmıştır. Bununla birlikte klinik prezentasyonu da damar oklüzyonuna bağlı olarak uzun zamandır iyileşmeyen ayak yarası olarak karşımıza çıkmıştır.

Hastalığın tanısında konvansiyonel anjiografinin yeri çok önemlidir. Arteryel tutulum ve tutulumun yaygınlığı anjiografi ile izlenebilir. Bizim hastamızda da anjiografi ile alt ekstremite damar tutulumu izlenmiştir.

Birçok hastalığın tedavisinin temel prensibi olan hasta doktor işbirliği şüphesiz ki bu hastalıkta da çok önemlidir. Diyabette oluşan yaralarda tedavinin temeli yara oluşmasını engellemektir. Bununla beraber şeker regülâsyonu ve yaşam şartlarının yeniden düzenlenmesi yaralardan önemli oranda korunmayı sağlar. Arteryel sebepli yaralarda ise temel tedavi iskemik alanın revaskülerizasyonu ve yara bakımı üzerine kuruludur. Venöz yaralarda ise kompresyon, antibiyotik, yara bakımı ve debridman önemli basamaklardır [8]. Takayasu arteriti etyopatolojisinin tam olarak bilinmemesi ve hastalıkla ilgili randomize kontrollü çalışmaların kısıtlı hasta üzerinde yapılması, tedavi protokollerinin kanıt düzeylerinin düşük olmasına yol açmaktadır. Standart tedavi, kortikosteroidler ve immünsupresör ajanları içermektedir. Medikal tedaviye ek olarak, zaman zaman başvurulan endovasküler cerrahi girişimler de bu hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır [9,10]. Bizim hastamız da steroid tedavisi almakta idi. Başvuru anından itibaren, romatoloji kliniğini ile koordineli olarak steroid doz ayarlaması yapıldı. Bu sayede kardiyovasküler cerrahi kliniğince uygulanacak olan endovasküler girişimin, akut dönemde yapılmasının önüne geçilecekti. Cerrahi gereksinimi olan hastalarda bu işlemlerin akut alevlenmeleri yatıştıktan sonra yapılmasının başarı şansını artıracağını savunan çalışmalar literatürde mevcuttur [11,12]. Bizim hastamızda da steroid ile inflamatuvar hadise geriledikten sonra endovasküler işlem uygulanmıştır. Akut alevlenmenin baskılanmasının önemli olması kadar, hangi hastanın akut alevlenme döneminde olduğunu anlamakta çok önemlidir. Ne var ki, hastalığa "aktive" diyebileceğimiz güvenilir laboratuvar ve klinik parametreler bulunmamaktadır. Bu durumda labaratuvar değerlerinden eritrosit



Resim. Sağ Topukta kalkaneusu açıkta bırakan yara (1). Kalkaneus üzerine uygulanan osteotomi ve debridman (2). Yara üzerine uygulanmış ECM bazlı doku skafold materyali (Hyalomatrix®) (3). Yara kenarlarından başlayan granülasyon dokusunun kemik üzerini kapaması (4). Granülasyon için kullanılan biyolojik debritman materyali (Hyalogran®) uygulaması (5). Granülasyon dokusu üzerine split thickness cilt grefti uygulaması (6).

sedimantasyon hızı, C-reaktif protein ve klinik iskemi bulgularının olup olmaması kullanılabilmektedir [6,13]. Bizim hastamıza da işlem uygulandığında akut faz reaktanları, steroid ile kontrol altına alınmış akut hecme nedeni ile düşük seviyede idi.

Takayasu arteritinde balon anjiyoplasti ve stent uygulamaları gibi endovasküler girişim teknikleri giderek artan başarı oranları ile yapılmaktadır. Bu tip girişimler, genellikle distal organ iskemisinin bulunduğu özellikle kısa segmenti tutan kritik damar tıkanıklıklarında daha uygundur [11].

Damar patolojisi saptanmış hastaların yara tedavi algoritminde özellikle altta yatan hastalığın tedavisi önem kazanmaktadır. Bu hastada olduğu gibi altta yatan vaskülitin medikal ve cerrahi olarak çözümlenmesi, ayrıca yara bakımında ileri teknik ve malzemelerin kullanılması ile granülasyonun sağlanması, ardından da plastik cerrahi tarafından greftleme operasyonu ile amputasyon önerilmiş bir ekstremite yeniden kazanılmıştır.

Sonuç olarak Takayasu arteriti, nispeten daha küçük boyutlu damarları da etkileyebilen bir vaskülit olup stenoza veya oklüzyona sebep olarak ekstermite distalinde iyileşmeyen yaralara sebep olabilir. Akut inflamatuvar olaylar kontrol altına alındıktan sonra, multidisipliner tedavi yaklaşımıyla böyle hastalarda katastrofik komplikasyonların gelişmesinin önüne geçilebilir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1.Isobe M. Takayasu arteritis revisited: current diagnosis and treatment. Int J Cardiol 2013;168(1):3-10.

2.Numano F.The story of Takayasu arteritis. Rheumatology 2002;41(1),103-6.

3. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheum 2013;65(1):1-11.

4.Yıldırım A, Işık A, Kılıçkan E, Gençaslan A. Takayasu arteriti'ne bağlı subklavian çalma sendrou: olgu sunumu. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006;28:65-8.

5.Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M et al. Takayasu arteritis. Ann Intern Med 1994;120(11):919-29.

6. Brunner J, Feldman BM, Tyrrell PN, Kuemmerle-Deschner JB, Zimmerhackl LB, Gassner I et al. Takayasu arteritis in children and adolescents. Rheumatology 2010;49(10):1806-14.

7.Bicakcigil M, Aksu K, Kamali S, Ozbalkan Z, Ates A, Karadag O et al. Takayasu's arteritis in Turkey-clinical and angiographic features of 248 patients. Clin Exp Rheumatol 2009;27(Suppl 52):S59-64.

8.Dinç T, Düzgün AP, Bekmez Ş,Coşkun F. Treatment outcomes in the management of lower extremity venous stasis ulcers. Gaziantep Med J 2014;20(2):126-9.

9.Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, Hoffman GS. Limitations of therapy and a guarded prognosis in an American cohort of Takayasu arteritis patients. Arthritis Rheum 2007;56(3):1000-9.

10.Hoffman GS. Treatment of resistant Takayasu's arteritis. Rheum Dis Clin North Am 1995;21(1):73-80.

11.Bali HK, Jam S, Jain A, Sharma BK. Stent supported percutaneous transluminal angioplasty in Takayasu's arteritis. Int J Cardiol 1998;66(Suppl 1):S213-7.

12. Min PK, Park S, Jung JH, Ko YG, Choi D, Jang Y et al. Endovascular therapy combined with immunosuppressive treatment for occlusive arterial disease in patients with Takayasu's arteritis. J Endovasc Ther 2005;12(1):28-34.

13. Sivakumar MR, Misra RN, Bacon PA. The Indian perspective of Takayasu arteritis and development of a disease extent index (DEI.Tak) to assess Takayasu arteritis. Rheumatology 2005; 44:6-7.

How to cite this article:

Dinç T, Kayılıoğlu SI, Düzgün AP, Gedik HS, Coşkun F. Multidisciplinary Treatment Modality of a Patient who has Chronic Wound Related to Takatayasu Arteritis. J Clin Anal Med 2014;5(suppl 4): 454-6.