

Kalp Transplantasyonu Sonrası Uzun Dönem Steroid Tedavisine Bağlı Gelişen Femur Başı Avasküler Nekrozu

AVASCULAR NECROSIS OF THE FEMUR HEAD DUE TO LONG TERM STEROID THERAPY AFTER HEART

Denyan Mansuroğlu, Ercan Eren, Deniz Göksedef, Vedat Erentuğ, Gökhan İpek, Cevat Yakut

Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Özet

Günümüzde, kalp transplantasyonu dünyada olduğu gibi ülkemizde de başarıyla uygulanabilir hale gelmiştir. Ancak immüno-supresif ilaçların uzun süre kullanılmasına bağlı bir çok problem ile karşı karşıya kalınmaktadır. Hastanemizde beş yıl önce başarıyla uyguladığımız 45 yaşındaki erkek hastada kalp transplantasyonundan 4 yıl sonra steroid tedavisine bağlı gelişen femur başı avasküler nekrozu olgusunu özetledik.

Anahtar kelimeler: Avasküler nekroz, femur başı, steroid tedavisi, kalp transplantasyonu, immüno-supresyon

Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2004;12:119-120

Summary

Currently, heart transplantation is performed successfully in our country as in worldwide. However, it has some complications due to long-term immunosuppressive medication after transplantation. We herein reported a 45-year-old man, who underwent heart transplantation 5 years ago, with avascular necrosis of the femur head due to 4 years of steroid therapy.

Keywords: Avascular necrosis, femur head, steroid therapy, heart transplantation, immunosuppressive

Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2004;12:119-120

Giriş

Kalp transplantasyonu ülkemizde gittikçe artan sayıda yapılabile hale gelmiş ve uzun dönem sonuçlarının tatminkar olduğu gösterilmiştir [1]. Ancak kalp transplantasyonu sonrası takipte rejeksiyon, enfeksiyonlar yanında immüno-supresif ilaçların yan etkileri de önemli problemler arasındadır [2]. Kalp transplantasyonu sonrasında femur başı avasküler nekrozu prevalansı özellikle osteoporotik ve uzun süren steroid tedavisi sonrasında %2-15 arasında değişmekte ve total kalça eklemi replasmanına kadar gidecek sonuçlar doğurmaktadır [3].

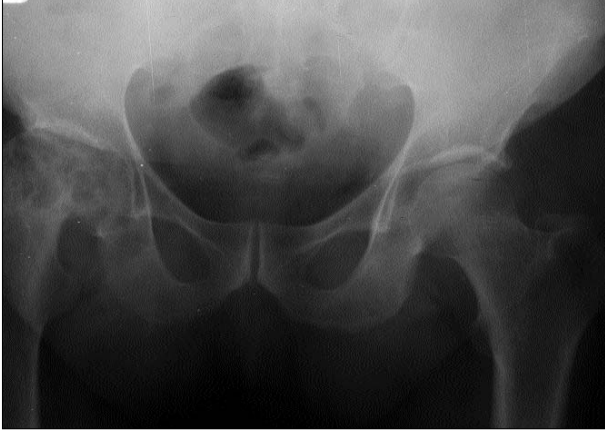
Olgu Sunumu

Kırkbeş yaşında, 90 kg ağırlığında erkek hastaya beş yıl önce son dönem kalp hastalığı tanısı ile kliniğimizde ortotopik kalp transplantasyonu yapılmıştı. Hastanın immüno-supresif tedavisi klasik üçlü protokol (kortikosteroid, azatioprin ve siklosporin) ile gerçekleştirildi. Steroid tedavisi başlangıç doz olarak 1mg/kg/gün olarak başlandı ve üçüncü haftadan sonra doz tedrici azaltılarak 6 aydan sonra 0.1 mg/kg idame doz olarak devam edildi. Erken dönemde hastamızda tedaviye bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Ancak hastamızın 3. yılında tedrici olarak artan bel ağrısı nedeni ile yapılan tetkiklerde lumbal 3 ile 4. vertebra arasında medulla spinalise bası yapan disk hernisi tespit edildi. Hastaya 2000

yılında genel anestezi altında lumbal diskektomi ameliyatı başarı ile gerçekleştirildi ve klinik düzelleme sağlandı. Ancak, son bir yılda sağ bacak ve kalça üzerinde özellikle geceleri artan ve nonsteroidal anti-enflamatuvar ilaçlara cevap vermeyen ağrı ve üzerine basamama şikayetleri ile tekrar kliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin başlamasından sonra steroid tedavisine son verildi. Ancak tablosunda bir düzelleme gözlenmedi ve sağ bacağına gittikçe artan hareket kısıtlılığı gelişti. Sağ kalça radyografisinde sağ femur başında avasküler nekroz ve kalça eklemine ileri derecede destrüksiyon tespit edildi (Şekil 1). Artritin ileri olması sebebiyle total kalça protezi replasmanına karar verilerek hasta ortopedi kliniğine devredilerek operasyonu planlandı.

Tartışma

Avasküler nekroz, kemikte kan akımının azalması ile karakterize, kemik ve kırık dokusunun ölümüne yol açan bir durumdur. Uzun süreli steroid tedavi alan hastalarda görülen bir komplikasyondur. En sık olarak femur başında görülmekte ve sıklıkla bilateral olmaktadır. Daha nadir olarak omuz, dirsek, bilek ve diz eklemi tutmaktadır. Transplantasyon uygulanan hastalarda oluşan avasküler nekrozun mekanizması aydınlatılamamıştır. Kemik iliğindeki artan yağ oranına bağlı olarak kemik iliği kan akımının azalması, menapoz, insüline bağımlı diyabet ve osteoporoz



Şekil 1. Hastanın çekilen direk radyogramında sağ femur başı avasküler nekrozu ve kalça eklemindeki destrüksiyon.

önemli predispozan faktörler olabilir. Avasküler nekroz gelişiminin hızı, subkondral kollaps oluşumundan sonra artar ve eklem aralığının kaybindan sonra ilerleyici osteoartrit oluşur. Avasküler nekrozun bulguları etkilenen kemiğe bağlıdır. Femur başının avasküler nekrozu sıklıkla geceleri artan, ağrılıkla ilişkisi olmayan bir ağrıya yol açar [3]. Erken tanıda manyetik rezonans görüntülemenin duyarlılığı yüksektir. Tedavi, şikayetlerin ciddiyetine ve etkilenen kemiğe göre değişir. Femur başı avasküler nekrozu sonuçta eklemde destrüksiyonuna yol açar. Uzun dönemde hastamızda olduğu gibi hareket kısıtlılığı geliştiğinden tek tedavi seçeneği total kalça replasmanıdır [3].

Steroid tedavisinin yan etkilerinden kaçınmak amacıyla, özellikle çocuk yaştaki transplantasyonlarda, postmenopozal kadınlarda, osteoporoz varlığında, insüline bağımlı diyabetik ve şişman hastalarda steroid bazlı tedavilerle başlanmış ise ilk üç-altı ay içerisinde steroid tedavisi kesilmesi önerilmektedir. Ancak doz azaltılması esnasında iki veya daha fazla rejeksiyon

atağı gelişmiş ise, rejeksiyon atağına ait herhangi bir hemodinamik bulgu varsa veya yapılan endomiyokardiyal biyopside vaskülit uyan ya da evre 3B veya 4 rejeksiyon bulguları varsa steroid tedavisinin devam ettirilmesi önerilmektedir [4]. Steroidin yan etkilerinin azaltacağı veya son dönemde klinik kullanıma giren kalsinörin inhibitörlerinin (mikofenolat mofetil, tacrolimus gibi) steroid yerine tedaviye eklenmesi ile bu yan etkilerin önüne geçileceği belirtilmektedir [4,5].

Biz de klinik olarak son uygulamalarımızda kontrendikasyon yoksa steroid dozununu minimale indirdikten sonra ilk altı ay sonunda kesme eğilimindeyiz. Ancak kesilemeyen hastalarda steroidin yan etkisi olarak bu komplikasyon akılda tutulmalı ve düzenli kontroller sırasında hastaların bilateral kalça eklem grafisi de çekilmeli ve gerekirse daha duyarlı tetkikler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Kırallı K, Mansuroğlu D, Ömeroğlu SN ve ark. Kalp transplantasyonunda 12 yıllık Koşuyolu Deneyimi. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2001;9:62-7.
2. Özbaran M, Yağdı T, Nalbantgil S, Hamulu A, Zoghi M, Nart D. Kalp transplantasyonu sonrası erken ve geç dönem komplikasyonlar. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2002;10:149-54.
3. George JF, Immunosuppressive modalities. In: Kirklin JK, Young JB, McGiffin DC, eds. Heart Transplantation. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002:395.
4. Keogh A, Macdonald P, Harvison A, Richens D, Mundy C, Spratt P. Inisial steroid free vs steroid-based maintenance therapy and steroid withdrawal after heart transplantation. J Heart Lung Transplant. 1992;11:421-7.
5. Price GD, Olsen SL, Taylor DO, O'Connell JB, Bristow MR, Renlund DG. Corticosteroid-free maintenance immunosuppression after heart transplantation: feasibility and beneficial affect. J Heart Lung Transplant 1992;11:403-14.