

## Περίπτωση ασθενούς με αρτηρίτιδα Takayasu

**A. Καλλίνης, I. Κακίσης, K. Αντωνόπουλος, T. Γιαννακόπουλος,  
K. Μουλακάκης, Γ. Σφυρόερας, Η. Δαλαΐνας, Χ. Λιάπης**

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ασθενής ηλικίας 31 ετών εισήχθη στην κλινική μας λόγω άλγους στη δεξιά πλάγια τραχηλική χώρα. Η ασθενής υποβλήθηκε σε υπερηχογράφημα τραχήλου που ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος της δεξιάς κοινής καρωτίδας χωρίς στένωση του αυλού. Ακολούθησε μαγνητική αγγειογραφία του αορτικού τόξου και των κλάδων του, καθώς και ποσοτικός προσδιορισμός των ανοσοσφαιρινών με τα οποία επιβεβαιώθηκε η διάγνωση της αρτηρίτιδας Takayasu. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε συντηρητικά με στεροειδή και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα και στον πρώτο επανέλεγχο μετά τους έξι μήνες ανέφερε πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων.

**Λέξεις κλειδιά:** Αρτηρίτιδα Takayasu, αγγειίτιδα, υπερηχογράφημα, μαγνητική αγγειογραφία, παρακολούθηση.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρτηρίτιδα Takayasu είναι μία σπάνια, χρόνια φλεγμονώδης νόσος άγνωστης αιτιολογίας που προσβάλλει κυρίως την αορτή και τους κλάδους της. Με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες μεταξύ 3<sup>ης</sup> και 4<sup>ης</sup> δεκαετίας, αν και υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για προσβολή μικρών παιδιών<sup>1</sup>.

Η ταξινόμηση της νόσου έχει ως εξής: Τύπος I: προσβάλλει την ανώνυμο αρτηρία, τις καρωτίδες και τις υποκλειδίες αρτηρίες. Τύπος IIα: προσβάλλει την ανιούσα αορτή, το αορτικό τόξο και τα μεγάλα αγγεία. Τύπος IIβ: αφορά ότι και ο IIα και την κατιούσα αορτή, Τύπος III: προσβάλλει την κατιούσα αορτή και την κοιλιακή μαζί με τους κλάδους της. Τύπος IV: προσβάλλει μόνο την κοιλιακή αορτή και τους κλάδους της, και Τύπος V: αφορά όλη την αορτή. Ο τύπος αυτός υποδιαιρείται σε C(+) όταν προσβάλλονται τα στεφανιαία αγγεία και P(+) όταν προσβάλλεται η πνευμονική αρτηρία<sup>1,2</sup>.

Παρουσιάζουμε μια περίπτωση νεαρής γυναίκας με αρτηρίτιδα Takayasu τύπου IIα, με προσβολή της ανωνύμου αρτηρίας, της δεξιάς κοινής καρωτίδας, της δεξιάς και αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας και της έκφυσης της αριστερής σπονδυλικής.

## ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

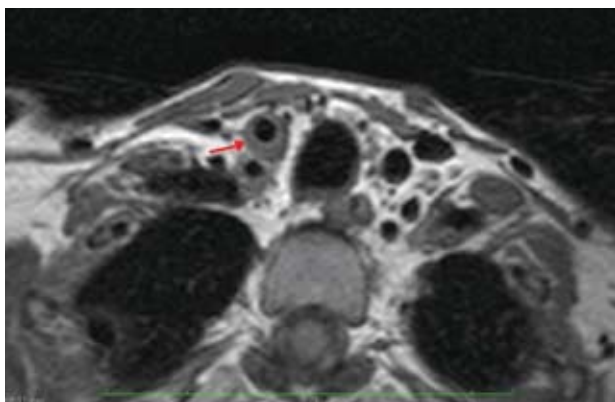
Γυναίκα ηλικίας 31 ετών εισήχθη στην κλινική με αναφερόμενο άλγος στη δεξιά πλάγια τραχηλική χώρα, που δεν υποχωρούσε με απλά αναλγητικά και δεν σχετιζόταν με τη μάσηση, κεφαλαλγία και περιοδικό αίσθημα ζάλης. Η ασθενής ανέφερε αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων προ 5-μήνου, ενώ πριν την εισαγωγή της στην κλινική είχε επισκεφθεί και άλλους ειδικούς, χωρίς να υπάρξει σαφής διάγνωση και αντιμετώπιση.

Η ασθενής υπεβλήθη σε υπερηχογράφημα τραχήλου και καρωτίδων, το οποίο ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος της δεξιάς κοινής καρωτίδας, χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα από τον τράχηλο και με φυσιολογικό θυρεοειδή αδέν. Ακολούθησε MRA αορτικού τόξου και καρωτίδων, το οποίο ανέδειξε πάχυνση του τοιχώματος του αορτικού τόξου, της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας, της ανώνυμης αρτηρίας, της δεξιάς κοινής καρωτίδας και του αρχικού τμήματος της σύστοιχης υποκλειδίου (Εικόνα 1). Σημαντική στένωση εμφανίζει η αριστερή υποκλειδίου αρτηρία, μέχρι την έκφυση της αριστερής μαστικής (Εικόνα 2).

Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε παθολογικός ποσοτικός προσδιορισμός των πρωτεϊνών και συγκεκριμένα της IgG (1720 mg/dl, Φ.Τ 690-1600) και IgM (255 mg/dl, Φ.Τ 40-235) ανοσοσφαιρίνης, καθώς και θετικό Αντι-β2 GPI IgG (9,2 GPU, Φ.Τ 0,1-8) αντίσωμα. Από την ηλεκτροφόρηση των λευκωμάτων διαπιστώθηκε αυξημένη τιμή για τις beta (14,1%, Φ.Τ 7,8-13,1%).

Η ασθενής αντιμετωπίσθηκε συντηρητικά με στεροειδή και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα καθώς από τις απεικονιστικές εξετάσεις δεν υπήρχε κάποια αιμοδυναμικά σημαντική στένωση.

Σε επανεξέταση μετά από 6 μήνες, η ασθενής ανέφερε υποχώρηση των συμπτωμάτων, ενώ από τον εργαστη-



**Εικόνα 1.** Μαγνητική Αγγειογραφία αορτικού τόξου και κλάδων: πάχυνση τοιχώματος της δεξιάς κοινής καρωτίδας.



**Εικόνα 2.** Μαγνητική Αγγειογραφία αορτικού τόξου και κλάδων: Στένωση μετά την έκφυση της αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας.

ριακό έλεγχο διαπιστώθηκαν φυσιολογικές τιμές ανοσοσφαιρινών και λευκωμάτων.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αρτηρίτιδα Takayasu ανήκει στην κατηγορία των αγγειίτιδων άγνωστης αιτιολογίας, με κλινικά γνωρίσματα που είναι αποτέλεσμα της επίδρασης της νόσου κυρίως στην αορτή και στους μεγάλους κλάδους της<sup>3</sup>. Το χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι ότι προσβάλλει νεαρές γυναίκες ηλικίας μεταξύ 25-30 χρονών σε ποσοστό που φτάνει μέχρι το 95%<sup>4,5</sup> με στοιχεία προερχόμενα από ερευνητικά κέντρα της Ιαπωνίας<sup>4,5</sup>. Ωστόσο, άλλα ερευνητικά κέντρα αναφέρουν χαμηλότερη επίπτωση του γυναικείου σε σχέση με το ανδρικό φύλο<sup>6</sup>. Ένα άλλο ενδιαφέρον επιδημιολογικό χαρακτηριστικό είναι ότι η νόσος στον πληθυσμό της Ιαπωνίας προσβάλλει κυρίως την ανιούσα αορτή, το αορτικό τόξο και τους κλάδους του, ενώ στους πληθυσμούς των δυτικών χωρών προσβάλλεται κυρίως η κοιλιακή αορτή και οι νεφρικές αρτηρίες<sup>6,7</sup>.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις: α) μία ενεργή, με συμπτώματα κακουχίας, μικρής πυρετικής κίνησης με νυκτερινές εφιδρώσεις και απώλεια βάρους, και β) μία χρόνια ή μη ενεργή φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από ελάττωση ή απώλεια των σφύξεων, αρτηριακή υπέρταση και νευρολογική συμπτωματολογία<sup>8,9</sup>.

Η διάγνωση της νόσου συνήθως καθυστερεί εξαιτίας των μη ειδικών συμπτωμάτων που προκαλεί<sup>8,10</sup>. Τα κριτήρια του Ishikawa που ευρέως χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της νόσου, στηρίζονται σε ένα υποχρεωτικό

κριτήριο που είναι η ηλικία εμφάνισης της νόσου (<40 έτη), σε μείζονα κριτήρια που αφορούν προσβολή της δεξιάς και αριστερής υποκλειδίου αρτηρίας και στα ελάσσονα που περιλαμβάνουν την αύξηση της ΤΚΕ, αρτηριακή υπέρταση, βλάβες στην πνευμονική αρτηρία, προσβολή της κοινή καρωτίδας, του βραχιονοκεφαλικού στελέχους, της κατιούσας θωρακικής και κοιλιακής αορτής<sup>7,8,11,12</sup>. Επιπλέον του υποχρεωτικού κριτηρίου, η παρουσία δύο μειζόνων ή ενός μείζονος και τεσσάρων ελασσόνων κριτηρίων υποδηλώνουν υψηλή υποψία για αρτηρίτιδα Takayasu<sup>12,13</sup>. Τροποποίηση των αρχικών κριτηρίων περιλαμβάνουν αφαίρεση του υποχρεωτικού κριτηρίου της ηλικίας και την προσθήκη χαρακτηριστικών συμπτωμάτων και συμμετοχή στις βλάβες της νόσου και των στεφανιαίων αγγείων<sup>13,14</sup> και έχουν αξία στους ασθενείς που βρίσκονται στην ενεργό φάση της νόσου<sup>11,12</sup>.

Η εξέλιξη της τεχνολογίας οδήγησε στο να αντικατασταθεί η κλασική αγγειογραφία ως απεικονιστική μέθοδος εκλογής<sup>14,15</sup> από την αξονική και μαγνητική αγγειογραφία<sup>15,16</sup>. Εκτός του ελάχιστου επεμβατικού χαρακτήρα τους, τόσο η αξονική όσο και η μαγνητική έχουν το πλεονέκτημα της απεικόνισης στοιχείων του αρτηριακού τοιχώματος και των ιστών πέριξ αυτού<sup>16</sup>. Επιπλέον, στα διαγνωστικά μέσα έχει προστεθεί και η χρήση του PET με 18F-fluorodeoxyglucose, το οποίο αναδείχνει την κατανομή της βλάβης στην αορτή και στους κλάδους της κατά την ενεργό φάση. Ωστόσο η μέθοδος αυτή υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς που έχουν να κάνουν τόσο με το κόστος της μεθόδου, όσο και με την υψηλή ποσότητα ακτινοβολίας που δέχεται ο ασθενής. Επιπλέον, στους ηλικιωμένους ασθενείς η μέθοδος αδυνατεί να διαφοροδιαγνώσει την αθηροσκλήρωση από την αρτηρίτιδα Takayasu<sup>16,17</sup>.

Η χρήση των υπερήχων ως διαγνωστικό εργαλείο έχει θέση στην αρτηρίτιδα Takayasu, η οποία εμφανίζεται με κατά τόπους πάχυνση του αρτηριακού τοιχώματος<sup>17</sup>. Η πάχυνση αυτή του τοιχώματος ονομάζεται «macaroni sign»,<sup>18</sup> αφορά τον έσω και μέσο χιτώνα της υποκλειδίου και της κοινής καρωτίδας αρτηρίας και είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη. Η πάχυνση αυτή του τοιχώματος, με βάση ορισμένες μελέτες, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικός δείκτης για την απάντηση των ασθενών στα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα<sup>18,19</sup>.

Για τη θεραπεία της νόσου θα πρέπει να λάβουμε υπόψη δύο σημαντικά κλινικά προβλήματα. Πρώτον, στους ασθενείς που η νόσος διαγιγνώσκεται στα αρχικά στάδια, η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση της συστηματικής απάντησης του οργανισμού έναντι της φλεγμονής. Πολλές δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν καλή ανταπόκριση στη θεραπεία με στεροειδή<sup>8,20</sup> η οποία διαρκεί περίπου

για 1 χρόνο, με σταδιακή μείωση της δόσης μέχρι την οριστική διακοπή<sup>18</sup>. Βέβαια, αρκετοί ασθενείς χρειάζονται θεραπεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα<sup>20,21</sup>. Στους ασθενείς που δεν παρατηρείται κλινική βελτίωση με την κορτιζόνη, θα χρειαστεί να προστεθεί μεθοτρεξάτη ή κυκλοφωσφαμίδη<sup>20,22</sup>.

Οι Shinjo et al παρουσίασαν μελέτη με 10 ασθενείς που έλαβαν per os Mycophenolate mofetil, για χρονικό διάστημα 23,3 μήνες με πολύ καλά αποτελέσματα. Η χρήση της όμως ως φάρμακο εκλογής, από τη στιγμή που δεν είναι διαθέσιμα τα κλινικά αποτελέσματα των ερευνών,<sup>20</sup> περιορίζεται στους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στην κορτιζόνη<sup>20,23</sup>.

Από τους ασθενείς με νόσο Takayasu το 1/3 θα χρειαστεί χειρουργική παρέμβαση για την πρόληψη των επιπλοκών<sup>21</sup>. Ενδείξεις χειρουργικής παρέμβασης αποτελούν:

- α) η υπέρταση λόγω αορτικής στένωσης ή στένωσης των νεφρικών αρτηριών
- β) η ισχαιμία άκρου ή σπλαχνική ισχαιμία
- γ) η εγκεφαλική ισχαιμία
- δ) τα αρτηριακά ανευρύσματα και η ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας
- ε) η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής<sup>7,8,24</sup>

Η διαδερμική αγγειοπλαστική αφορά κυρίως μικρές στενωτικές βλάβες στις νεφρικές αρτηρίες και παρά τα αρχικά καλά αποτελέσματα το ποσοστό επαναστένωσης είναι αρκετά μεγάλο φτάνοντας το 15-25%<sup>25</sup>. Στοιχεία από την κλινική του Cleveland αναφέρουν επαναστένωση σε ποσοστό 78%. Αν και η διαδερμική αγγειοπλαστική μπορεί να πετύχει υψηλά ποσοστά επιτυχίας αρχικά, τα μακροχρόνια αποτελέσματα δεν είναι τόσο ικανοποιητικά<sup>22,23,26</sup>. Η χρήση μεταλλικού ενδονάρθηκα (stent) χρησιμοποιείται για ασθενείς με σοβαρή στένωση, αρτηριακή υπέρταση ή ισχαιμία κατά την ενεργό φάση της νόσου<sup>25</sup>. Οι επεμβάσεις με bypass έχουν καλύτερη βατότητα από τις επεμβάσεις με PTCA<sup>26,27</sup> η οποία για τα δύο χρόνια κυμαίνεται στο 33%<sup>2,7,28</sup>.

Η ανευρυσματική διάταση θεωρείται η πιο σημαντική επιπλοκή της νόσου, και είναι αρκετά συχνή στον πληθυσμό της Ιαπωνίας με ποσοστό μεταξύ 22-32%<sup>2,17</sup>. Οι Kieffer et al. αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα με τη χειρουργική αντιμετώπιση ανευρυσμάτων κατιούσας και κοιλιακής αορτής, ανεξάρτητα από την έκταση του ανευρύσματος<sup>20</sup>.

Η πρόγνωση της νόσου τα τελευταία χρόνια έχει βελτιωθεί με τη βοήθεια της εξέλιξης της αγγειακής και ενδαγγειακής χειρουργικής, αλλά και των νέων διαγνωστικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της<sup>7,8,19,21</sup>. Ωστόσο, οι ασθενείς με αρτηρίτιδα Takayasu θα πρέπει να βρίσκονται

υπό διαρκή παρακολούθηση για την εντόπιση βλαβών κυρίως στα στεφανιαία αγγεία που σχετίζονται με υψηλό ποσοστό θνητότητας<sup>22,26</sup> αλλά και για τις επιπλοκές της χειρουργικής αντιμετώπισης που μπορεί να εμφανιστούν αρκετά νωρί<sup>25</sup>.

## ABSTRACT

### Takayasu arteritis: report of a case

Kallinis A, Kakisis J, Antonopoulos C, Giannakopoulos T, Moulakakis K, Sfyroeras G, Dalainas I, Liapis Ch.

*Department of Vascular Surgery, Athens University Medical School, "Attikon" Hospital*

***A 31-year-old woman was admitted to our Department because of pain in the right lateral cervical region. An ultrasonogram of the neck revealed thickening of the wall of the right common carotid artery without narrowing of its lumen. The patient was subjected to magnetic resonance angiography of the aortic arch and its branches, as well as to quantitative assessment of immunoglobulins. Both tests confirmed the diagnosis of Takayasu arteritis. The patient was treated conservatively with steroids and antiplatelets. During the follow-up after the first six months she reported total remission of the symptoms.***

**Key words:** *Takayasu arteritis, vasculitis, ultrasonogram, magnetic resonance angiography, follow-up.*

### Διεύθυνση Αλληλογραφίας:

Α. Καλλίνης  
Αγγειοχειρουργική Κλινική, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»  
Ρήμινη 1, 124 62 Χαϊδάρη  
Τηλ: 210 5831474  
Fax: 210-5831486

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hitoshi Ogino MD, Hitoshi Matsuda MD ,et al. Overview of late outcome of medical and surgical treatment for Takayasu Arteritis. *Circulation* 2008; 118:2738-2747.
2. Takayasu's arteritis-recent advances in imaging offer promise. *Rheumatology* 2007; 46:6-15.
3. Robert P. Giugliano, Gregory R Giugliano, Fadi Saab. Takayasu arteritis in a young woman a 4 year case history. *Tex. Heart inst J* 2009; 36:470-4.
4. Numano F. The story of Takayasu arteritis *Rheumatology* 2002; 41:103-6.
5. Jonhston SL, Lock RJ, Compels MM. Takayasu arteritis:a review

- J Clin Pathol 2002; 55:481-6. 24.
6. Kerr GS, Hallahan CW, Giordano G., Leavitt RY, Fauci AS, Rottem M, Hoffman GS. Takayasu arteritis. *Ann Intern Med.* 1994; 120:919-929.
7. Mwipaayi BP, Jeferry PC, Beningfield SJ, Matley PG, Naidoo NG, Kahn D. Takayasu arteritis: clinical features and management: report of 272 cases. *ANZ J Surg.* 2005; 75:110-117.
8. Miyata T, Sato O, Koyama H, Shigematsu H, Tada Y. Long-term survival after surgical treatment of patients with Takayasu arteritis. *Circulation.* 2003; 108:1474-1480.
9. Iannides MA, Eftymiou C, Georgiou GM, Nicolaidis E. Takayasu arteritis presenting as a epileptic seizures: a case report and brief review of the literature. *Rheumatol. Int* 2009; 29:703-5.
10. Andrews J, Mason JC. Takaysu's arteritis-recent advances in imaging offer promise. *Rheumatol.* 2007; 46:6-15.
11. John Hallett. *Comprehensive vascular and endovascular surgery* 2nd Edition, Philadelphia PA 19103-2899, USA.
12. Robert B. Rutherford. *Vascular Surgery* 6th edition, Philadelphia, Pennsylvania USA.
13. Numano F. Kobayashi Y. Takayasu arteritis beyond pulselessness. *Int. Med* 1999; 38:226-232 CrossRef Medline.
14. Numano F., Okawara M., Kobayashi Y. Takayasu's arteritis. *Lancet* 2000; 356 1023-1025.
15. Shelhamer JH, Volkman DJ, Parillo JE, et al: Takayasu arteritis and its therapy. *Ann. Intern Med* 1985;103:121.
16. Webb M, Chambers A, et al. The role of 18F-FDG-PET in characterizing disease activity in Takayasu's arteritis. *Eur J Nucl Mol Imaging* 2004; 31:627-34.
17. Miyata T, Sato O, Koyama H, Shigematsu H, Tado Y. Long term survival after surgical treatment of patients with Takayasu arteritis. *Circul* 2003; 108:1474-80.
18. Salvaani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Laboratory investigations useful in giant cell arteritis and Takayasu arteritis. *Clin Exp Rheumtol* 2003; 21 S:23-28.
19. Seth S, Goyal NK, Jagia P, Gulati G, Talwar KK. Carotid intima-media thickness as a marker of disease activity in Takayasu arteritis. *Int J Cardiol* 2006; 108:385-390.
20. Liang P, Tan-Ohg M, Hoffman GS. TA: vascular interventions and outcomes. *J Rheumatol* 2004; 31:102-6.
21. Weaver FA, Kumas SR, Yellin AE, et al. Renal revascularization in TA- induced renal stenosis *J Vasc Surg* 2004; 34:749-54.
22. Khalilullah M., Tyagi S. PTA in Takayasu arteritis. *Heart vessels Suppl.* 1992; 7:146-53.
23. Sharma BK, Jain S, Jain A, Bali HK, Kumari S. A follow up study of ballon angioplasty and de novo stenting in TA. *Int J Cardiol* 2000; 75 Suppl 1:s 147-52.
24. Filer A., Nichols D., et al Takayasu arteritis and atherosclerosis, illustrating the consequences of endothelial damage. *J. Rheumatol* 2001; 28:2752-3.
25. Hoffman GS. The treatment of giant cell arteritis with biologic agents. *Rheumatology* 2005; 44 Suppl:iii 12-3.
26. Ashina Gulati. Large vessel vasculitis. *Pediatr Nephrol* 2010, 25:1037-48.
27. Sharma S, Saxena A, Talwar KK, Kaul U, Mehena SN, Rajani M. Renal artery restenosis caused by nonspecific arteritis (Takayasu disease): results of treatment with PTA. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 158:417-22.
28. Heather L. Gornik, M.D, M.H.S, Mark A. Creager, M.D. Aortitis. *Circulation* 2008; 117:3039-3051.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ****Ενδιαφέρουσα περίπτωση εξελκυσμού μηριαίου αρτηριακού δικασμού μετά από αρθροπλαστική ισχίου****Γ. Βουλαλάς, Σ. Γιαννακάκης, Κ. Πυργάκης, Γ. Παπαχαράλαμπος,  
Χρ. Μαλιτζός****ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση μιας σπάνιας περίπτωσης εξελκυσμού μηριαίου αρτηριακού δικασμού μετά από αρθροπλαστική ισχίου σε ασθενή με συγγενές εξάρθρημα.

**ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ:** Γυναίκα ηλικίας 62 ετών προσήλθε σε ορθοπαιδικό τμήμα για την αντιμετώπιση συγγενούς εξάρθρηματος ισχίου δεξιού σκέλους. Η ασθενής μετεγχειρητικά εμφάνισε αιμωδίες, άλγος και ψυχρότητα του σκέλους. Την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα διενεργήθηκε αγγειοχειρουργική εκτίμηση κι επιβεβαιώθηκε η οξεία ισχαιμία του σκέλους σταδίου III κατά Fontaine. Η ασθενής οδηγήθηκε επείγοντως στο χειρουργείο, όπου διενεργήθηκε διερεύνηση του μηριαίου δικασμού και διαπιστώθηκε ο εξελκυσμός αυτού. Ακολούθησε η διενέργεια θρομβεκτομής από τα κολοβώματα του δικασμού και η παρεμβολή μοσχεύματος PTFE 7mm μεταξύ κοινής κι επιπολής μηριαίας αρτηρίας με τελικο-τελικές αναστομώσεις κι επανεμφύτευση της εν τω βάθει μηριαίας αρτηρίας στο μόσχευμα τελικο-πλάγια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής εμφάνισε μετεγχειρητικά ψηλαφητή οπίσθια κνημιαία αρτηρία. Ακολούθησε μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία χωρίς την εμφάνιση συνδρόμου διαμερίσματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Τα μείζονα ορθοπαιδικά χειρουργεία καταλήγουν –όχι συχνά– σε κακώσεις των παρακείμενων αγγείων, θέτοντας σε κίνδυνο τόσο τη βιωσιμότητα ενός σκέλους όσο και την ζωή του ασθενούς. Είναι απαραίτητη η προσεκτική προεγχειρητική αξιολόγηση του ασθενούς και ο σεβασμός των παρακείμενων δομών διεγχειρητικά καθώς επίσης και η άμεση μετεγχειρητική εκτίμηση του ασθενούς. Οποιαδήποτε αλλαγή της κλινικής εικόνας του μετεγχειρητικού ασθενούς πρέπει να συνοδεύεται και από την αξιολόγηση από εξειδικευμένο προσωπικό.

**Λέξεις κλειδιά:** *εξελκυσμός, κάκωση, κοινή μηριαία αρτηρία, ολική αρθροπλαστική ισχίου, συγγενές εξάρθρημα ισχίου.*