

## ENDANGİİTİS OBLİTERANSIN TEDAVİSİ ÜZERİNE

Ziya Gökalp Özer\*

Leo Buerger 1908 de ayrı bir klinik ve patolojik görünümü olan segmental oklüsif bir damar hastalığı tarif etti (3).

Thromboangiitis obliterans-Buerger hastalığının (3,22) patogenezi halen tam manası ile açıklanamamıştır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda bu hastalığın patogenezi için bazı iddialar ortaya atılmıştır. Hastalarda HLA-A9 ve HLA-B5 in fazla olarak bulunması, hastalığın gelişmesinin genetik bir predispozisyona bağlı olduğu kanaatini uyandırıyor (14). Diğer çalışmalar bu hastalık için karakteristik hematolojik değişmeler gösterdi (6).

Bazı yazarlar (1,15,20) bunun başlı başına bir hastalık olup olmadığı konusunda şüpheye düşerlerken, son zamanlarda bu hastalığın periferik arterleri tutan ayrı bir klinik antite olduğu üzerinde durulmuştur (21).

Vakaların çoğunda klinik tablo tipiktir; bunlara dikkat edilecek teşhis konulabilir. Fakat şurası da muhakkaktır ki, arteriosklerozis obliteransdan kesin olarak ayrılması ancak nörovasküler oluşumun histolojik muayenesi ile olur (16).

Teşhiste ana unsurlar : Periferik iskemi sendromu ile gelen hastalardan 35 yaşın altındakiler çok büyük bir ihtimalle, 35-45 yaşlarındakiler muhtemelen endangiitis obliteransdan muztarıptirler; özellikle eğer hastalar erkekse çok sigara içiyorlarsa ve anamnezlerinde veya halen phlebitis migrans varsa. Claudicatio intermittens hemen daima ayağın üst kısmını tutar. İstirahat ağrısı çok şiddetlidir.

Hastaların % 50 sinde ellerde de lezyona rastlanır. Hastalık distal orta büyüklükteki arterleri tuttuğundan femoral, popliteal ve brakialarterlerde nabızlar normaldir. Arteriografide, oklüzyonun distalindeki kol'ateraller türbişan veya örümcek bacağı şeklindedirler. Arterlerde segmental oklüzyona rastlanır, lezyonun olmadığı yerlerde arteriosklerozis obliteransın aksine arter lümeni muntazamdır (10).

Aşağıda anlatılacak tedavi prensipleri, 45 yaşın altında olupta mutad arteriosklerotik damar hastalığına ait risk faktörleri (Hipertansiyon, Diabet, hiperlipemi, hiperkolesterinemi ve şişmanlık) bulunmayan, yani endangiitis olarak kabul edilen arteriel dolaşım bozukluğu olan hastalar içindir.

\* Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Bilim Dalı Doçenti, Kayseri

### Profilaktik ve Konservatif Tıbbi Tedbirler

1 — Tedavinin başarılı olabilmesi için, sigaranın hemen bırakılması ve bunun hayat boyunca devam etmesi konusunda bir çok yazarlar birleşmişlerdir (5,13, 20). İstatistiklerin çoğunda (5,19,20) hemen daima hastaların % 90 - 100 ünün çok sigara içtikleri - günde 20-30 adet - tesbit edilmiştir. Günde 80 - 120 sigara içenlere de rastlanmıştır. Tekrar sigaraya başlamanın endangitisi alevlendirdiği de gözlenmiştir.

2 — Ekstremitelerinin soğuk, nem ve ayakkabı sıkmasından korunması, özellikle çok periferde yerleşmiş damar lezyonları ve çok zaman beraber bulunan hiperhidrozisi olanlarda çok önemlidir.

Tekrar tekrar soğuğa maruz kalmanın endangitisin ortaya çıkmasında rol oynayıp oynamadığı halen açıklığa kavuşmamıştır.

3 — Alkolün direkt olarak bu genç hastaların damar sistemine bir tesiri yoktur. Diğer taraftan Haeusler ve arkadaşları bu hastaların çoğunun alkollü içkiler aldıklarını saptamışlardır (11). Alkol şahsın karakterine etkili oluyor ve sigara yasağına karşı hastanın direncini azaltıyor. Bu da hastalığı devam ettirerek hastanın tekrar sağlığa kavuşması yolundaki arzu ve ümidini kırıyor. Bu sebepten alkol yasağı, sigara yasağının tam sağlanması yönünden önemli rol oynar.

4 — Bu hastaların takip ve tedavisi, büyük sabır ister. Çok zaman hastalıklarının ciddiyetini kavrayamazlar ve genellikle nörovejatif labil kimselerdir. Ekseriya hiperhidrozis ve acrocyanosise rastlanır. Cemiyete ve çevreye uymakta güçlük çekerler. Bu sebepten hasta ile hastalığı konusunda açıkca ve etraflıca konuşmalı ve onu alkol ile sigara yönünden sıkı bir kontrole tabii tutmalıdır.

5 — Bir çok yazarlar (12,13,17,18,20) bu hastalığın kronik infeksiyonlarla alakası olduğunu kabul ederler. Wohlheim ve Zissler (23) hastalarının % 75'inde periapikal diş fokal infeksiyonu ve % 80 inde de tonsilit saptadılar. Bu sebepten her endangitis obliteranslıda dişlerde, kulak, burun, boğaz ile ürolojik ve jinekolojik sahalarda fokal infeksiyon aranmalı ve gerekirse odaklar temizlenmelidir. (tonsillektomi, diş çekimi, appendektomi vs.).

### Operatif Tedavi Yöntemleri

Cerrahi tedavi planında, endangitise bağlı oklüzyonun yeri ve uzunluğunun saptanması ana prensiptir. Hastaların çoğunda, proses o kadar periferde yerleşmiştir ki, bir damar rekonstrüksiyonu mümkün değildir. Ayrıca bu hastalıkta damarlar, arteriosklerotik damar lezyonlarına göre daha güç prepare ve desoblitere (tromboendarterektomi) edilirler. Adventisya etrafına oldukça yapışık olup tromboendarterektomi için damar duvarı tabakalarını birbirinden ayırmakta çok zordur. Bu

sebep ten cerrahi müdahale olarak torakal ve lumbal sempatektomi en başta gelir. Sempatektomi, özellikle üst ekstremitelerde endangitis obliteransında etkili olur. Bazı müsait vakalarda da femoro-popliteal bölgede damar rekonstrüksiyonu yapılabilir. Pelvis arterlerinin bu hastalığa maruz kalmaları oldukça nadirdir (19).

Bu hastaların yaşı genç olduğundan, potensin muhafazası için Lumbal sempatektomi L<sub>2</sub>-L<sub>5</sub> seviyesinde yapılmalı ve 10-12 cm'lik bir sempatik zincir 4 gangliyonla çıkarılmalıdır. Bazıları sempatektomiden sonra pek iyilik saptamadıklarını yazarlar (19). Fakat çok zaman iyileşme tesbit edilir. Fono (8), Lumbal sempatektomiden sonra, arteriosklerotik hastalara göre, endangitisli hastalarda % 20 oranında daha az amputasyon oranı buldu. Femoro-popliteal bölgedeki damar rekonstrüksiyonlarında ilâve bir ameliyat olarak Lumbal sempatektomi yapılmalıdır, böylece periferik damarlardaki multipl stenoz ve tıkanmalara bağlı artmış rezistansı azaltmak mümkün olur.

Femoro-popliteal rekonstrüksiyon bu hastalarda pek iyi neticeler vermiyor.

İstirahat ağrısı ve gangrende tek bir crural arter açık olsa dahi ven by-passı denenmelidir. Tromboendarterektomide lokal olmalıdır. Bu hastalarda bulunan phlebitis migransdan dolayı kol ve bacaklarda by pass'a müsait ven her zaman bulunamaz, bu durumlarda greft kullanılır. Son zamanlarda Gore-Tex vasküler greftleri (PTFE-Polytetrafluorethylene'den yapılmış olup, pre-clotting'e ihtiyaç göstermez) crural arterlere kadar olan by pass'larda dahi kullanılmaktadır (2). Endangitis obliteransda hastalık aylar ve yıllarca spontan remission'lar gösterir, özellikle sigara yasağına dikkatle uyulursa. Fakat diğer taraftan durumu izah edici makul bir sebep olmadan hastalık ilerleme gösterebilir.

### Postoperatif Tedbirler

Hastanın yakından takibi ve alkol ile sigara yasağına şiddetle riayet edilmesi ana unsurlardır. Ayrıca senelik genel kontrol ve özellikle fokal infeksiyon aranması gereklidir.

Hastalıkta sık sık phlebitis migrans nöbetleri oluyorsa, bir antienflamatuvar ilacın devamlı verilmesi üzerinde durulabilir. Hastada periferik dolaşımın akut olarak kötüleşmesi sonucu ekstremitelerde kızarıklık, şişme ve ağrı oluyorsa, intraarteriyel corticoid verilmesi ekseriya müsait sonuçlar getirir. Remission fazına ulaşıncaya, bazıları devamlı antikoagulan tedaviyi, bazıları da trombosit agregasyonunu önleyici ilaçları tavsiye ederler. Antikoagulan tedavinin agregasyon önleyici ilaçlara göre bu hastalıkta daha etkili olduğu gösterilmemiştir. Fakat bu yolla hasta ayda bir protrombin zamanı kontrolüne gelerek, doktorun kontrol imkânı bulması sağlanmış oluyor (7).

## KAYNAKLAR

- 1 - Bak S. Niton A : Pathologie und operative Behandlung des sogenannten Morbus Buerger (Thromboangiopathie), Folia angiologica 24 : 184, 1976
- 2 - Bergan, JJ : Nonvein Bypass in Belowknee Reoperation for lower Limb Ischemia, Surgery 84 : 147, 1978
- 3 - Buerger, L : Tromboangiitis obliterans, Am J Med Sci 136 : 567, 1908
- 4 - Buerger L : Thromboangiitis obliterans, J intern Chir 5 : 2399, 1939
- 5 - Coreelli F : Buerger's disease, J Cardiovasc Surg 14 : 28, 1973
- 6 - Craven J.L, Cotton RC : Some hematologic differences between thromboangiitis obliterans and atherosclerosis, Angiology, 19 : 450, 1968
- 7 - Flora G : Therapiekonzept bei Endangiitis obliterans, Angio 1 : 3, 1980
- 8 - Fono J, Vanai G : Spaetergebnisse nach Lumbaler Sympathektomie bei Arterienerkrankungen, Folia angiologica 24 : 189, 1976
- 9 - Haddad M, ve ark : Buerger's disease of the great Vessels, VASA 7 : 258, 1978
- 10 - Haimovici H : Vascular Surgery, 1976, Mc GrawHill Co, NY, Sayfa : 29
- 11 - Haeusler R, ve ark. : Chronische arterielle Durchblutungsstörungen der Gliedmassen bei Jugendlichen, folia angiologica 24 : 137, 1976
- 12 - Kappert A. (Ed.) : Lehrbuch und Atlas der Angiologie, 4. Bası, 1969, Verlag Hans Huber, Bern, Sayfa : 26
- 13 - Kappert A (Ed) : Nicht degenerative Arteripathien-Aktuelle Probleme in der Angiologie : 17, 1972, Huber Verlag, Bern, Sayfa : 67
- 14 - Mc Laughlin G ve ark. : Association of HLA-A9 und HLA-B5 with Buerger's disease, Br med J 2 : 1165, 1976
- 15 - Mounier-Kuhn A, Wertheimer P : La maladie de Buerger existet-elle, Lyon chirurg 53 : 194, 1957
- 16 - Nitsche W : Aetiologie und Pathogenese peripherer arterieller Verschlusskrankheiten, Med Welt 23 : 1325, 1972
- 17 - Nobbe F : Epidemiologie, Aetiologie und Pathogenese arterieller Verschlusskrankheiten, Deutsch med Jour 10 : 285, 1967
- 18 - Pezold A : Pathophysiologie und Klinik der peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten, Internist 2 : 669, 1961
- 19 - Piza F, Kretschmer G : Über die Thromboangiitis obliterans in einem gefaesschirurgischen Krankengut, Actachir Austriaca 4 : 121, 1972
- 20 - Ratschow M : Angiologie, 1959, G. Thieme, Stuttgart Sayfa : 28
- 21 - Vollmar J : Surgical considerations on the terminology and treatment of the so called Buerger's disease, J cardiovasc Surg 14 : 37, 1973
- 22 - Winiwarter F : Jber die eigentümliche Form von Endarteritis und Endophlebitis mit )Gangraen des Fusses, Arch klin Chir 23 : 207, 1879
- 23 - Wohlheim G, Zissler M : chronische arterielle Durchblutungsstörungen der Gliedmassen beim Jugendlichen, Folia angiologica 24 : 137, 1976