

Buerger hastalığında göz tutulumunun araştırılması

Investigation of eye involvement in Buerger's disease

Caner Arslan,¹ Hakan Altan,² Süleyman Tanrıverdi,² Mine Demirbaş,² Kutsal Topçu,³ Ahmet Kürşat Bozkurt²

¹TDV 29 Mayıs Hastanesi, ¹Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, ³Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul;

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul;

Amaç: Bu çalışmada Buerger hastalığı nedeniyle tedavi edilen hastalarda göz tutulumu olup olmadığı araştırıldı.

Çalışma planı: Buerger hastalığı nedeniyle lomber sympatektomi, amputasyon, yara bakımı yapılan ve medikal tedavi gören 26 erkek hastadan (ort. yaş 40.4±9.6 yıl; dağılım 22-56 yıl) ve 26 sağlıklı erkekten (ort. yaş 40.3±9.3 yıl; dağılım 23-57 yıl) oluşan kontrol grubunda göz muayenesi yapıldı. Her iki grupta da sigara ve erkek cinsiyet dışında majör aterosklerotik risk faktörü bulunmamaktaydı.

Bulgular: Buerger hasta grubunda iki hastanın göz dibi muayenesi normaldi. İki hastada hafif optik atrofi, 10 hastada evre I, 12 hastada evre II hipertansif aterosklerotik retinopati bulguları saptanmasına rağmen kontrol grubunda sadece dört kişide evre I retinopati saptandı (p<0.05). Diğer 22 kişinin göz dibi muayeneleri normal bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda her iki grupta da erkek cinsiyet ve sigara dışında, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus, obezite gibi majör aterosklerotik risk faktörü saptanmamasına rağmen Buerger hasta grubunda göz dibi muayenesinde evre I ve II hipertansif aterosklerotik değişikliklerin anlamlı olarak fazla görülmesi, Buerger hastalığında hipertansif aterosklerotik retinopati benzeri bulguların meydana gelebileceğini göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Buerger hastalığı; göz; retinopati.

Background: In this study, the presence of eye involvement was investigated in patients treated for Buerger's disease.

Methods: Ophthalmic examinations were made in 26 male patients with Buerger's disease (mean age 40.4±9.6 years; range 22 to 56 years) who underwent lumbar sympathectomy, amputation, ulcer care and medical treatment and 26 healthy males (mean age 40.3±9.3 years; range 23 to 57 years) as a control group. There were no major atherosclerotic risk factors except for male gender and smoking.

Results: In the Buerger's disease group, only two patients had normal fundus. There was mild optic atrophy in two patients. While grade I retinopathy was seen in 10 patients, and grade II retinopathy in 12 patients, only four individuals had grade I retinopathy (p<0.05) and the rest had normal fundus examinations in the control group.

Conclusion: In our study, atherosclerotic hypertensive grade I and II retinopathies were seen more frequently in Buerger's disease group than control group although there were no major atherosclerotic risk factors, in both groups, like hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus, and obesity except for smoking and male gender. This result shows that findings resembling hypertensive atherosclerotic retinopathy may develop in Buerger's disease.

Key words: Buerger's disease; eye; retinopathy.

Buerger hastalığı küçük ve orta boyutlu arter ve venleri segmenter olarak tutan sigara içenlere has enfamatuvar bir hastalıktır. Nadiren büyük damarları, koroner arterleri, mezenter arterleri, serebral arterleri de tutabilir.^[1-4] Etiyoloji bilinmemekle birlikte tütün kullanımı ve hastalık arasında sıkı bir ilişki vardır.^[5,6] Son yıllarda hastalığın insidansının, batı ve Japon toplumunda azalması, sigara kullanımının azalmasına bağlanmıştır. Halen Hindistan, Ortadoğu ve Akdeniz ülkelerinde sık olarak görülmektedir.^[5-7] Ateroskleroz

hipertansiyon ve diyabetes mellitus gibi vasküler sistemi yakından ilgilendiren hastalıklarda, göz dibi muayenesi hastalığın safhasını belirlemede ve takibinde oldukça önemli bilgiler vermektedir. Buerger hastalığına has göz tutulumundan bahsedilmemekle birlikte, farklı olgu sunumları bildirilmiştir.^[8,9] Ohguro ve ark.^[8] retinal arter oklüzyonlu normal tansiyonlu glokomlu bir olgu tanımlamışlardır. Bu nedenle çalışmamızda Buerger hastalığında anlamlı bir göz tutulumu olup olmadığını araştırmak istedik.

Geliş tarihi: 13 Nisan 2008 Kabul tarihi: 10 Haziran 2008

Yazışma adresi: Dr. Caner Arslan, TDV 29 Mayıs Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, 34250 Fatih, İstanbul.
Tel: 0212 - 453 29 29 e-posta: canerkc@yahoo.com

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Buerger hastalığı nedeniyle tedavi edilen 26 erkek hasta (ort yaş 40.4±9.6 yıl; dağılım 22-56 yıl) ve sigara ve erkek cinsiyet dışında majör aterosklerotik risk faktörü bulunmayan 26 erkekten oluşan, kontrol grubu (ort yaş 40.3±9.3 yıl; dağılım 23-57 yıl), (p=0.837) çalışmaya dahil edildi. Buerger hasta grubunda sigara içim süresi dört ile 40, ortalama 21.4±9.0, kontrol grubunda ise iki ile 35, ortalama 26.8±11.2 yıl idi (p=0.157). Hastalık süresi bir ile 13 (ortalama 6.9) yıl arasında değişmekteydi. Hastalığın tanısında Shionaya kriterleri esas alındı: 1- Hastalık semptomlarının 50 yaşından önce başlaması, 2- sigara öyküsü, 3- infrapopliteal arteriyel tıkanıklık, 4- üst ekstremitte tutulumu veya flebitis migrans ve 5- sigara içimi dışında başka aterosklerotik risk faktörü olmaması.^[10] kriterin tamamını karşılayan hastalar kesin Buerger hastası kabul edildi. Dördüncü kriterin eksik olduğu hastalar ise tipik anjiyografik bulgular (küçük ve orta ölçekli arterlerde segmental oklüzyon ve şarap açacağı şeklinde kollateraller veya normal bir arterde ani oklüzyon gibi) desteği ile Buerger hastası kabul edildi. Hastaların alt ekstremitte arteriyografilerinde 10 ekstremitede üç, 24 ekstremitede iki, 16 ekstremitede bir kururis arteri, sekiz ekstremitede diz altı ve diz üstü popliteal arterlerde segmenter tıkanıklıklar vardı (Fig. 1). Hastaların 12'sinde (%46) ayakta yara, 14'ünde (%53) istirahat ağrısı ve hiperemi, bu hastalardan üçünde el parmaklarında yara vardı. Altı hastanın (%23) Allen testi pozitif idi. Sempatik blokaj testi uygun olan 19 hastada tek taraflı, iki hastada iki taraflı lomber sempatektomi yapıldı. İlaveten bu hastalardan, dördünde parmak amputasyonu, birinde diz altı amputasyonu yapıldı, el ve ayakta yarası bulunan diğer hastalarda ıslak pansuman uygulandı. Tüm hastalarda 150 mg asetilsalisilik asit kullanımı vardı. Üç hastada,



Şekil 1. Bir hastanın göz dibi muayene görüntüsünde evre I hipertansif retinopatiye benzer bulgular izlenmekte.

28 gün 1 mg/kg/min intravenöz ilioprost tedavisi uygulanmıştı. Hasta ve kontrol grubunda tansiyon oküler ölçümü, renkli görme, vizyon ve retina muayenesi yapıldı. İstatistiksel analiz için SPSS for Windows 11.5 programı (SPSS Inc., Chicago, Illionis, USA) kullanıldı. Ortalama değerlerin saptanmasında Student t-testi, yaş ve sigara içme süreleri Mann Whitney U-testi, göz muayene bulgularının analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Elde edilen sonuçlar için p<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Her iki grupta da göz tansiyon ölçümlerinde patolojik basınç artışına rastlanmadı (<22 mmHg). Buerger hasta grubunda iki hastada hafif optik atrofi saptandı. Buerger hastalığı olan grupta 10 hastada evre I, 12 hastada evre II olmak üzere toplam 22 hastada (%84) hipertansif aterosklerotik retinopati bulguları saptanmasına rağmen kontrol grubunda sadece dört kişide (%15) evre I retinopati saptandı (Fig. 2). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Diğer 22 kişinin göz dibi muayeneleri normaldi.

TARTIŞMA

İlk defa 1879 yılında von Winiwarter hastalığın patolojik bulgularını tanımlamıştır. Daha sonra Buerger bu hastalığın aterosklerozdan farklı klinik



Şekil 2. Bir Buerger hastasının periferik anjiyografisinde her iki bacakta kururis arterlerinde yaygın segmenter tıkanıklıklar görülmekte.

ve patolojik özelliklerini ortaya koymuştur.^[6] Buerger hastalığı diğer vaskülitlerden farklı özelliklere sahiptir.^[9] Damar içindeki trombüs hücreden zengindir fakat damar duvarında hücresel aktivite fazla değildir ve internal elastik lamina korunmuştur. Yine diğer vaskülitlerden farklı olarak immünolojik belirteçlerde, sedimantasyon hızında ve C reaktif protein değerinde artış yoktur. Son yıllarda hastalığın kadınlarda görülme sıklığının artması, sigara kullanımının artışına bağlı görünmektedir. İstirahat ağrısı, iskemik ülserasyonlar, Raynaud fenomeni, tromboflebit, soğuk hassasiyeti en sık görülen semptom ve bulgulardır.^[11] Sigaranın bırakılması hastalığın ve amputasyonların önlenmesinde en önemli adımdır. Vazospazmı olan hastalarda nifedipin ve amlodipin gibi kalsiyum kanal blokerleri kullanılabilir.^[12] Sempatik aktivite her hastada fazla olmadığından sempatektomi, amputasyonu engellemede her zaman başarılı olmayabilir.^[13] Cilostazol ve prostaglandin analoglarının kullanımı ve ayak bakımı da tedavi yöntemlerindedir. Hipertansiyon ve hiperlipidemi Buerger tanısını dışlamaz. Buerger hastalarında 40 yaşın üzerinde özellikle bu hastalığın tanısından 15-20 yıl sonra aterosklerozda görülebilmektedir. Sekonder vazospazm multipl skleroz, lupus eritematosus, antifosfolipid sendromu, romatoid artrit, dev hücreli arterit, Behçet ve Buerger hastalığı gibi otoimmün hastalıklarda görülebilir. Vazospastik sendromlarda genellikle göz tutulumu meydana gelir. Konjonktival damarlarda tutulum, kornea ödemi, retinal arteriyel ve venöz oklüzyonlar koroidal iske mi ve glokom meydana gelebilir.^[14] Çalışmamıza benzer bir deneyimde de yaşları 23 ile 65 arasında değişen 52 Buerger hastasının fundus muayenelerinde, 23 hastada retinal arterlerde daralmalar, 16 hastada erken sklerotik değişiklikler saptanmıştır.^[15] Yine Buerger hastalarının göz muayeneleri ile ilgili bir çalışmada, bu hastaların bulbar konjonktiva arteriollerinde ciddi daralmalar gözlenmiştir.^[16] Buerger hasta grubumuzda düşük dereceli (evre I ve II) olmakla birlikte hipertansif aterosklerotik retinopati bulguları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla idi. Daha geniş çaplı çalışmaların verilerine ihtiyaç duyulmakla birlikte, çalışmamızın verileri ışığında Buerger hastalarında hipertansif aterosklerotik retinopatiye benzer göz dibi bulgularının görülebileceğini ve bunun hipertansiyonla ilişkilendirilemeyeceğini söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Shionoya S, Ban I, Nakata Y, Matsubara J, Hirai M, Kawai S. Involvement of the iliac artery in Buerger's disease (pathogenesis and arterial reconstruction). *J Cardiovasc Surg* 1978;19:69-76.
2. Bozikas VP, Vlaikidis N, Petrikis P, Kourtis A, Karavatos A. Schizophrenic-like symptoms in a patient with thromboangiitis obliterans (Winiwarter-Buerger's disease). *Int J Psychiatry Med* 2001;31:341-6.
3. Donatelli F, Triggiani M, Nascimbene S, Basso C, Benussi S, Chierchia SL, et al. Thromboangiitis obliterans of coronary and internal thoracic arteries in a young woman. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997;113:800-2.
4. Deitch EA, Sikkema WW. Intestinal manifestation of Buerger's disease: case report and literature review. *Am Surg* 1981;47:326-8.
5. Olin JW, Shih A. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Curr Opin Rheumatol* 2006;18:18-24.
6. Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). In: Rutherford RB, editor. *Vascular surgery*. 6th ed. Vol. 1, Philadelphia: W. B. Saunders; 2005. p. 404-19.
7. Bozkurt AK, Beşirli K, Köksal C, Sirin G, Yüceyar L, Tüzün H, et al. Surgical treatment of Buerger's disease. *Vascular* 2004;12:192-7.
8. Ohguro I, Ohguro H, Ohta T, Nakazawa M. A case of normal tension glaucoma associated with Buerger's disease. *Tohoku J Exp Med* 2006;209:49-52.
9. Puttanna ST. Thromboangiitis associated with retinal vasculitis. *J All India Ophthalmol Soc* 1966;14:209-13.
10. Shionoya S. Buerger's disease (thromboangiitis obliterans). In: Rutherford RB, editor. *Vascular surgery*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1989. p. 207-17.
11. Lie JT. Diagnostic histopathology of major systemic and pulmonary vasculitic syndromes. *Rheum Dis Clin North Am* 1990;16:269-92.
12. Olin JW. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *N Engl J Med* 2000;343:864-9.
13. Olin JW, Young JR, Graor RA, Ruschhaupt WF, Bartholomew JR. The changing clinical spectrum of thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Circulation* 1990;82(5 Suppl):IV3-8.
14. Flammer J, Pache M, Resink T. Vasospasm, its role in the pathogenesis of diseases with particular reference to the eye. *Prog Retin Eye Res* 2001;20:319-49.
15. Bernardezykowska A, Zawilski J. Fundus oculi changes in chronic ischemia of the lower extremities. *Klin Oczna* 1991;93:291-2. [Abstract]
16. Homma S, Tsushima N, Minamiyama M, Hayashi T, Matsuo H. Microvascular blood is distributed more to venules than to arterioles in patients with Buerger's disease. Observation of bulbar conjunctiva by intravitral microscope system. *Int Angiol* 2000;19:135-41.