

ATEROSKLEROZUN PERİFERİK DAMAR TUTULUMU

Uzm. Dr. İhsan Alur



TANIM

ATEROSKLEROZ OBLİTERANS periferik damarlarda darlık veya tıkanıklık yaratarak hedef organlarda iskemi ve nekrozla seyreden kronik gidişli bir hastalıktır.



İNSİDANS

45 yaş üstü popülasyonda;

Kritik iskemi insidansı: 450/milyon/yıl

Major amputasyon insidansı:112/milyon/yıl



Her yıl kladikasyonu olan her 100 hastanın
1'inde kritik iskemi gelişecektir.

ASO' NUN KLİNİĞİ

ASO periferik damarlarda :

1. Daralma / tam tıkanma

İskemi

2. Anevrizma



Rüptür

3. Disseksiyon



Rüptür

kliniği ile seyreder.



DARLIK/ TIKANIKLIK

- En sık aortoiliyak arter
- Femoral arterler
- Popliteal arter
- Tibial arterlerin proksimal kısımları tutulur.

Plaklar sıklıkla damarların dallanma bölgelerinde yerleşir.



ANEVRİZMA VE DISS.

Anevrizma

- ◆ En sık infrarenal abdominal aorta
- ◆ İliyak arterler
- ◆ Popliteal arterler

Disseksiyon

- ◆ Torakoabdominal aorta

DARLIK / TIKANIKLIK

- Dokunun Oksijen ve substrat ihtiyacı daralmış veya tıkanmış damar tarafından karşılanamaz.
- İskemik semptomlar tıkanıklığın yerine, tıkanıklığın derecesine ve kollateral akımın durumuna göre değişir.



RISK FAKTÖRLERİ

- ◆ Genetik
- ◆ Yaş
- ◆ Cinsiyet
- ◆ Sigara
- ◆ Hiperlipidemi
- ◆ Hipertansiyon
- ◆ Diyabet Mellitus
- ◆ Hiperkoagülasyon

KLİNİK SINIFLAMA (Fontaine)

Evre I : Asemptomatik

Evre II : Klodikasyo

II a : Yaşam standardını etkilemeyen Kl.

II b : Yaşam standardını etkileyen Kl.

Evre III : İstirahat ağrısı

Evre IV : Doku kaybı

KRİTİK

İSKEMİ

BELİRTİ VE BULGULAR

1. Klodikasyo intermittant
2. İstirahat ağrısı
3. Renk ve ısı değişiklikleri
4. Trofik değişiklikler (Adele atrofisi, deride incelme, tırnak deformitesi, kıl dökülmesi gibi)
5. İskemik ülser
6. Gangren

ANAMNEZ VE FM

ASO SİSTEMİK BİR HASTALIKTIR.

Tüm kurallara uyulmakla birlikte;

Koroner ve serebral arter hastalıkları yönünden ayrıca dikkat ve ilgi gösterilmelidir.

KOİNSİDANS

- ◆ Koroner arter hastalarının 1/3' ünde PAH.
- ◆ PAH' lı hastaların %90'ında koroner sorunu, 1/3' ünde şiddetli 3 damar hastalığı
- ◆ Karotis arter hastalarının 1/3' ünde PAH
- ◆ PAH'lı hastaların 1/3-1/2' sinde Karotis arter hastalığı vardır.

ÖLÜM ORANLARI

40 yaş üstü ölüm sebepleri

GENEL

POPULASYONDA

PERİFERİK

ASO' LULARDA

Diğer	% 48	% 25
Kardiyak	% 36	% 55
Vasküler	% 12	% 9
Serebral	% 4	% 11

(1996 Almanya Ulusal istatistikleri)

FİZİK MUAYENE

- ◆ **Renk:** Genellikle soluk, ileri aşamalarda siyanotik, bazan uçlarda depended rubor.
- ◆ **Isı:** Genellikle soğuk
- ◆ **Pedal nabazanlar:** Azalmış veya kaybolmuş.
- ◆ **Arter traselerinde üfürüm** duyulabilir.
- ◆ **Ülser/ gangren:** Hemen daima uçlarda başlar(parmak ucu, tırnak yatağı)

AYIRICI TANI (Kladikasyo için)

- Venöz kladikasyo
- Kronik kompartman sendromu
- Periferik sinir ağrısı
- Spinal kord kompresyonu
- Kalça eklemi osteoartriti
- Adele ağrıları
- Diğer arteriyel hastalıklar

TETKİKLER

- ◆ ABPI (Bir fizik muayene yöntemidir)
- ◆ Plethismografi (Segmeter olan daha iyi)
- ◆ Doppler
- ◆ Color Duplex
- ◆ MRA
- ◆ Spiral CT
- ◆ Anjiyografi (Girişimsel tedavi planlanıyorsa altın standard kabul edilir)

TEDAVİ-1

BÜTÜN KLİNİK EVRELERDE

1. Hastanın bilgilendirilip eğitilmesi

Yaşam tarzının değiştirilmesi (Beslenme, bedensel aktivite, ekstremiteler hijyeni)

2. Risk faktörleriyle mücadele

(Sigara, HT, Hiperlipidemi, DM gibi)

RİSK FAKTÖRLERİ

- Sigara: Mutlaka bırakılmalı
- Diyabet: Tokluk KŞ < 180mg/dL
Hb A1c < % 7.0
- Lipid : LDL < 100mg/dL
- Hipertansiyon : Uygun tedavi
- Hiperkoagülasyon: Uygun tedavi

TEDAVİ -2

Evre II a Kladikasyolu hastada:

Tedavinin temeli risk faktörleriyle savaşmak, komplikasyonları önlemek ve yürüyüş mesafesini artırmak esasına dayanır.

Antipletelet tedavi başlanır.



İLAÇ TEDAVİSİ

◆ Antiagreganlar(Antiplateletler)

ASA: Tx A2 inhibitörü

Dipridamol: C-AMP inhibitörü

Ticlopidin: Glikoprotein IIIa inhibitörü

Nitrik oksit

İloprost

◆ Viskoziteye etkili olanlar

Pentoksifilin

Kristaloid, Dekstran infüzyonları

Vazodilatatörler (alfa, Ca blok,ACE inh.)

ANTIPLATELET TEDAVİ

ASA: 75-300 mg/gün (Kontrend.yoksa)

(% 54 oranında cerrahi girişim miktarını azaltmış- plasebo kontrollü)

TICLOPIDİN :

(% 29 oranında fatal, nonfatal MI, stroke riskini azaltmış- plasebo kont)

CLOPIDOGREL :

(% 23 oranında MI, stroke ve vasküler ölümleri azaltmış-plasebo kont.)

GİRİŞİMSEL TEDAVİLER

- ◆ Evre II b Klodikasyolu hastada fonksiyonel düzelme amacıyla,
- ◆ Evre III İstirahat ağırlı ve Evre IV Doku kayıplı hastada ekstremitte kurtarma amacıyla yapılır.
 1. Balon plasti
 2. Stent
 3. Endarterektomi, anjioplasti, bypass gibi cerrahi girişimler.

ENDARTEREKTOMİ, PATCH PLASTİ

En sık karotis arterde uygulanır.

Aterom plağının cerrahi olarak çıkarılması,
damarın primer veya bir yamayla
genişletilerek kapatılması esasına
dayanır.

BYPASS CERRAHİSİ

- %70 ve üzerindeki darlıklarda uygulanır.
- Tıkalı bölgenin proksimalinden distaline akım sağlar.



GREFTLER

1. Otojen

V. Saphena magna

(İng.Lig. Altındaki bölgelerde ve üst ekstremitede, koroner ve karotiste)

2. Sentetik

Dacron, teflon veya PTFE greftler

(Her çap ve uzunlukta mevcut, en çok aorta-iliyak bölgede)

BYPASS SONUÇLARI

Aortoiliyak bölgede: % 91/ 5 yıl
% 86/ 10 yıl

Fem- pop.larda:

Ven grefti ile: % 80 / 5 yıl

Sentetik greftle: %75 / 5 yıl



GENEL SONUÇLAR

Yıllara göre

açıklık (%)

1

3

5

BYPASS

Aortofemoral

95

92

86

ENDART.

Aortoiliyak

94

90

85

ANJİOPL:

Ana iliak

83

75

70

AMPUTASYON

1. Rekonstrüksiyon imkanı olmayan ASO
2. Ayaaın ağırlık taşıyan kısımlarını tutmuş nekroz
3. Bacakta fixe fleksiyon kontraktürü
4. Yaşam süresini kısıtlayan diğer hastalıkların varlığı



