

BEL VE BACAK AĞRISI NEDENİ OLARAK VASKÜLER PATOLOJİLER

Bel ağrıları tüm insanların %80'inin yaşamları boyunca en az bir kez yakındıkları, yaşamı tehdit eden bir sorun olmamasına karşın, gelişmiş ve özellikle endüstrileşmiş toplumlarda iş gücü kaybı yanında tanınan yaklaşımların ve tedavi prosedürlerinin maliyeti açısından da önemli bir sağlık problemidir (1-3). Doktora başvuru sebepleri içinde 2., yatarak tedavi edilen hastalıklar içinde 5., ameliyat edilen hastalıklar arasında ise 3. sırada yer almaktadır (4-6).

Bel ağrılarında spesifik etiyolojiyi belirlemek kolay değildir. Akut bel ağrılarının ancak % 15 kadarında kesin bir etiyolojik faktör tanımlanabilir. Hekimin bel ağrılı hastayı değerlendirirken altta yatan ciddi patolojiye işaret eden semptom ve bulguların varlığını araştırması bel ağrısının sınıflandırılmasında büyük kolaylıklar sağlayacaktır. Bel ağrılarının büyük çoğunluğu (% 97) mekanik kaynaklıdır. %1'den daha az oranda batın içi vasküler patolojiler (aort anevrizması, aort diseksiyonu ve renal arter trombozu) yansıyan ağrı nedeniyle lomber bölgede ağrı yapabilir. Bacak ağrısı yapan vasküler patolojiler (varis, burger sendromu) de lomber disk hernisi ile karışabilir (7-8).

Vasküler ağrı aktivite ile artar, istirahatle kaybolur. Distal ekstremiteler soğuk ve soluktur, trofik değişiklikler vardır. Neden hematolojik ise istirahatle düzelmeyen şiddetli ağrı vardır. Nörolojik semptomlar olabilir. Abdominal aorta anevrizması nadir de olsa diskal herni veya tümörün neden olduğu ağrıyı taklit edebilir. Çoğu 50 yaş üzerinde erkek hastalardır. Hipotansiyon, bel ağrısı ve %50 hastada görülebilen pulsatil kitle klasik bulgulardır. Diğer nedenler retroperitoneal hematoma, iliyak arter stenozu, aortanın iliyak bifurkasyon hizasında trombozudur (9-10).

Aort Anevrizması:

Abdominal aort anevrizması; subdiyafragmatik aortanın normal yapısını kaybetmesi sonucu meydana gelen damar duvarında lokalize zayıflık ve beklenen çapının 1.5- 2 katından daha fazla olduğu anormal dilatasyonu ile kendini gösteren ilerleyici bir damar hastalığıdır. En sık Ateroskleroza bağlı intimal ve medial dejenerasyon sonucu gelişir. Klinik bulgu olarak %75 oranında asemptomatik seyreder. Semptomatik dönemde karında nabız hissi, kompresyon belirtisi (intestinal obstrüksiyon, üriner obstrüksiyon ve ilio-kaval obstrüksiyon), sırt ağrısı, bel ağrısı, alt ekstremitte iskemisi görülür. Rüptüre olmuş abdominal aort anevrimasında sırtta ani ağrı, karında pulsatil kitle, hassasiyet, hipotansiyon, şok, soğuk, terli ve geçici şuur kaybı görülür. Tanı anamnez ve fizik muayene ile şüphelenip radyolojik tetkikler (USG, Tomografi, MRG ve Anjiyografi) ile desteklenmelidir. Tedavisi cerrahi veya embolizasyon ile yapılabilmektedir. Sonuçta Abdominal Aort Anevrizması mortal bir komplikasyon olan rüptür ile sonuçlanabileceğinden tanının erken dönemde konması diğer bel ve bacak ağrısı yapan hastalıklardan ayrımı hayati öneme sahiptir (11).

Abdominal Aorta Diseksiyonu

Abdominal Aorta diseksiyonları(AAD) aortu tutan en ölümcül hastalıktır. AAD yıllık olarak bir milyonluk popülasyonda 5 ile 10 hasta sıklığındadır. AAD erkeklerde ve 40-70 yaşda sıklığı artmaktadır. 40 yaş altında ise ailevi predispozisyon, biküspit aort kapağı veya aort koarktasyonu gibi konjenital kalp hastalıkları, Marfan sendromu ve gebelik dışında nispeten nadirdir. Tanınan görüntüleme transtorakal iki boyutlu

doppler ekokardiyografi, kontrastlı BT ve anjiyografi kullanılmaktadır. Diseksiyon tanısının hızla konulması günümüzde klinik kullanım alanında bulunan tanısal araçlarla büyük bir oranda kolaylıkla mümkün olmaktadır, fakat buna rağmen tanı konmasındaki ilk aşama hastanın yakınmalarının iyi değerlendirilmesi ve klinik muayenede diğer patolojilerin ekarte edilmesidir (12).

Renal Arter Trombozu

Akut tromboz renal vasküler sistemden kaynaklanan bir trombüsün obstrüksiyonudur. Travma ve enstrümantasyon en önemli tromboz kaynağıdır. Akut renal infarkt asemptomatik olabildiği gibi, ani ve şiddetli ortaya çıkan karın veya lomber bölgede ağrı, bulantı, kusma şikayetleri ile de hasta başvuru olabilir. Hematüri ve albuminüri idrarda tespit edilebilir. Ateş ve lökositoz da görülebilir. İdrar analizi, eğer böbrekteki hasar idrar üretimini tamamen engelleyecek şekilde ise, tamamen normal gözükebilir. Akut infarkt sonrası aspartat transaminaz, laktat dehidrojenaz ve alkalın fosfataz yükselebilir. Kliniğin izlenmesinde en önemli marker laktat dehidrojenazdır. Kontrastsız helikal bilgisayarlı tomografi (BT) akut flank ağrısının değerlendirilmesinde ideal diagnostik yöntem olarak gösterilmektedir (13).

Alt Ekstremitede Yerleşimli Varisler

Alt ekstremitede venöz yetmezliği ve buna bağlı oluşan varisler, toplumda oldukça sık rastlanan, yaşam kalitesini bozan ve bazı durumlarda ciddi komplikasyonlara da yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Birçok çalışmada, venöz yetmezliğin toplumdaki prevalansı %20-40 arasında bulunmuştur. Birçok hastanın hayatındaki en büyük problem olarak gördüğü, ancak hekimlerin bir türlü önemsemediği bu hastalık yakın zamana kadar fazla araştırılmayan ve çok gerekmedikçe tedavisinden kaçınılan bir hastalık olmuştur. Bundan dolayı bel ve bacak ağrılı hastada özellikle lomber disk hernisi yok ise yapılmayan bir ayrıntılı muayenede çok kolay gözden kaçmaktadır. Venöz yetmezlikte oluşan ağrı, tipik olarak ayakta kalmakla ve sıcak mevsimlerde artar, yatar pozisyonda ve soğuk ortamda azalır. Kramp ise daha çok geceleri girer. Venöz ülser de tipik olarak genellikle bacağın medial yüzünde görülür. Venöz yetmezlikte oluşan venöz hipertansiyon yavaş akımdan dolayı varislerin içinde trombus oluşumuna neden olabilir. Yüzeysel tromboflebit adı verilen bu durum pıhtı oluşan varislerin çevresinde ağrı, ödem ve kızarıklıkla karakterizedir. Genellikle kompresyon, antienflamatuvar ve antikoagülanlarla kolayca tedavi

edilebilir, ancak bazen derin venlere uzanarak derin ven trombozuna ve hatta pulmoner emboliye neden olabilir. Varis şikayeti olan ya da venöz yetersizlikten şüphe edilen her hastaya, hikaye alma ve fiziksel muayeneden sonra, ilk tanısal tetkik olarak Doppler US yapılmalıdır. Varis tedavisinin temeli, altta yatan yüzeysel venöz yetersizliğin (trunkal reflü, aksiyal reflü) tedavisidir (14-15).

Buerger Hastalığı (Thromboangiitis Obliterans)

Buerger hastalığı inflamatuvar oklüziv hastalık olup öncelikle ekstremitelerin orta boy müsküler ve küçük arterlerini tutar. Makroskopik olarak tıkalı damar gergin veya şişmiş, periarterial bölge ödematöz görünür. Lümen taze trombüsle doludur. Buerger hastalığındaki en önemli karakteristik patofizyolojik değişiklik hastalığın başlangıcında multipl arterial oklüzyona bağlı mikrovasküler regülasyonun bozulması ve ekstremitelerde kritik iskemi gelişmesidir. İskemik semptomlar ekstremitelerin distal bölgelerinde ve trofik lezyonlar yalnızca el ve ayak parmaklarında görülür. El parmağı, el, ayak parmağı ve ayakta Buerger hastalığı olan asemptomatik hastalarda anjiyografik verilere dayanılarak ortaya konmuştur ki, bu hastalık periferde ortaya çıkmakta ve proksimale doğru ilerlemektedir. Karakteristik olarak el ve ayak parmakları soğuk ve nemlidir. Yürüyen ve elini kullanan hastalarda parastezi sık oluşan bir şikayettir. Etkilenmiş parmaklarda morumsu kırmızı renk değişikliği hastalığın karakteristik cilt rengi değişikliğidir. Ayaktaki venöz doluş zamanı genellikle 20 saniyeden daha uzun zaman alır. Klinik kriterleri 1. Sigara öyküsü 2. 50 yaştan önce ortaya çıkma 3. Intrapopliteal arteriel oklüziv lezyonları 4. Üst ekstremitede tutulumu ya da flebitis migrans 5. Sigara haricindeki diğer aterosklerotik risk faktörlerinin yokluğudur. Klinik tanı için bu beş maddenin de karşılanması gerekmektedir. Arteriyografik bulgular destekleyici kanıt niteliğindedir ve karakteristiktir (16).

KAYNAKLAR

1. Sinaki M, Mokri B. Low back pain and disorders of the lumbar spine. In: Braddom RL (ed). Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 813-50.
2. Press JM, Herring SA. Low back pain, health care problems and physiatrists role in future. In: Lox DM (ed). Physical Medicine and Rehabilitation State of the Art Reviews 1999; 13: 389-94.

3. Anderson G. Epidemiologic features of chronic low back pain. *Lancet* 1999; 354: 581-5.
4. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332:1430-4.
5. Hazard RG. Low-back and neck pain diagnosis and treatment. *Am J Phys Med Rehabil* 2007; 86(Suppl):59-68.
6. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363-70.
7. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician* ; 75: 1181-8 ,2007.
8. Borenstein DG. Low back pain. In: *Rheumatology*, Klippel JH, Dieppe P (Eds), Mosby Ltd., London . p. 41,1994.
9. Sterpetti AV, Cavallarc, A, Cavallan N, et al. Factors influencing the rupture of abdominal aortic aneurysm. *Surg Obstet Gynecol* 1991;173:175-8 .
10. Halloran BG, Davis VA, McManus BM, et al. Localization of aortic disease is associated with intrinsic differences in aortic structure. *J Surg Res* 1995;59:17-22.
11. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. *Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. Ann Intern Med* 1997;126:441-9.
12. Fuster V, Ip JH: Meddical aspects of acute aortic dissection. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1991. 3:219-224..
13. Lessman RK, Johnson SF, Coburn JW, Kaufman JJ. Renal artery embolism: clinical features and long-term follow-up of 17 cases. *Ann Intern Med* 1978;89:477-82.
14. Labas P, Cambal M. Profuse bleeding in patients with chronic venous insufficiency. *Int Angiol* 2007; 26: 64-66.
15. Marchiori A, Mosena L, Prandoni P. Superficial vein thrombosis: risk factors, diagnosis, and treatment. *Semin Thromb Hemost* 2006; 32: 737-743
16. Buerger L. Thrombo-angitis obliterans; a study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. *Am J Med* 1952;13:526-32.