

بیماری برگر در ایران

دکتر حبیب‌آبادی... پیروی - دانشیار جراحی عمومی و عروق بیمارستان آیت‌الله... طالقانی

دکتر عبدالحسین داودآبادی - متخصص جراحی عمومی

دکتر فرشته کمائی - دستیار جراحی عمومی و عروق بیمارستان آیت‌الله... طالقانی

خلاصه:

بیماری برگریا ترمبوانژیت انسدادی یکی از بیماریهای نسبتاً شایع در ایران می‌باشد که اغلب موجب نارسائی مزمن شرایین دیستال می‌شود. این مطالعه آینده‌نگر روی ۵۰ بیمار در بخش جراحی عروق بیمارستان آیت‌الله... طالقانی در مدت ۲/۵ سال است. تمامی بیماران مرد و ۹۸٪ سیگاری بوده، در ۲۴ درصد سابقه مصرف الکل و ۲۲٪ مصرف تریاک داشته‌اند. در هیچکدام سابقه خانوادگی بیماری برگر یا دیابت و فشار خون وجود نداشته و قندخون و کلسترول و تری‌گلیسرید آنها در حد طبیعی بوده است. محدوده سنی آنها بین ۲۰ تا ۶۰ سال بوده و حداکثر شیوع سنی دهه چهارم می‌باشد. سابقه ترمبوفلیت مهاجر در ۳۴٪، لنگش متناوب در ۱۰۰٪، اولسر انگشتان در ۶۸٪ موارد، Rubor در ۶۸٪ و Pallor در ۷۶٪ دیده شد. نبض DP و TP در ۸۲٪ بیماران وجود نداشت و نبض اولتار در ۳۴٪ موارد و نبض رادیال در ۱۴٪ موارد وجود نداشته و در این بیماران ضایعات تروفیک شدت بیشتری داشت. ESR در ۶۲٪ بیماران غیرطبیعی بوده و اندازه‌گیری گازهای خون وریدی قبل و بعد از سمپاتکتومی، اسیدوز متابولیک جبران شده را نشان می‌داد که بعد از سمپاتکتومی تغییر خاصی نکرد. از این بیماران ۶۰٪ در مناطق معتدل و ۱۰٪ کویری و ۳۰٪ از مناطق سردسیر بودند و هیچ بیماری از مناطق گرمسیر وجود نداشت. اکثریت بیماران را طبقه اجتماعی - اقتصادی درجه ۳ (حداقل امکانات) و اکثراً با شغل‌های پر استرس و شرایط سخت تشکیل می‌دادند.

مقدمه:

است تا با مطالعه روی این بیماران خصوصیات کلینیکی و پاتولوژی بیماری بررسی گردد.

بیماران و روش تحقیق:

در این مطالعه ۵۰ بیمار بصورت آینده‌نگر در بخش جراحی عروق بیمارستان آیت‌الله... طالقانی در ظرف ۲/۵ سال بررسی گردیده‌اند. تمام بیماران سابقه لنگش متناوب داشته و غالباً از ضایعات اولسری یا گانگرن و دره اندام مبتلا در هنگام استراحت شکایت داشتند.

بیماری عروقی برگری یا Thromboangitis Obliterans از بیماریهای عروقی نسبتاً شایع در ایران می‌باشد که اکثراً گروه سنی جوان را گرفتار کرده و در سنین جوانی و میانسالی منجر به قطع عضوهای مکرر در این گروه می‌شود که از نظر سنی هنوز فعال محسوب می‌شوند.

نظر به شیوع کم بیماری در غرب و کمبود اطلاعات پزشکان و جراحان در خصوص این بیماری که می‌توان آن را خاص کشورمان دانست در این بررسی سعی شده

گروه الف: معلم، کارمند، تکنسین ۲۴٪
 گروه ب: کارگر (عمدتاً کارگر ساختمانی) ۲۰٪
 گروه ج: کشاورز ۱۸٪
 گروه د: کارگران محیط‌های سر بسته ۳۸٪
 از بررسی چنین برمی‌آید که این بیماری ممکن است در شغل‌های پرزحمت و شرایط نامناسب و پراسترس بیشتر باشد. در بررسی گروه شاهد که از بیماران بستری در بخش جراحی عمومی بودند نتایج زیر بدست آمد:

گروه الف: ۲۳٪
 گروه ب: ۴۴٪
 گروه ج: ۴٪
 گروه د: ۲۰٪

محل زندگی بیماران برحسب محل جغرافیایی به چهار نقطه آب و هوایی سردسیر، گرمسیر، معتدل و کویری تقسیم شد، که ۳۰٪ از کل بیماران از منطقه سردسیر، ۴۰٪ از منطقه معتدل، ۱۰٪ از منطقه کویری بودند و در منطقه گرمسیر هیچ بیماری وجود نداشت.

از لحاظ وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر حسب قرارداد، بیماران به سه گروه مرفه، متوسط و ضعیف با حداقل امکانات رفاهی تقسیم شدند و به ترتیب ۷۸٪، ۲۲٪، ۰٪ بیماران در این گروه‌ها قرار می‌گرفتند و بیماران گروه شاهد بترتیب ۵۲٪، ۴۸٪ در این گروه‌ها بودند (نمودار شماره ۱).

۹۸٪ بیماران سیگاری بودند و فقط یک نفر سیگار نمی‌کشید ولی آن هم با یک نفر سیگاری هم‌اتاق بود. از کل بیماران ۲۴٪ الکلی بودند و ۲۲٪ سابقه مصرف تریاک داشتند.

در هیچ مورد سابقه خانوادگی برگردیده نشد. همچنین سابقه دیابت فقط در یک مورد (۲٪) در خانواده وجود داشت و در ۸٪ موارد سابقه فشارخون در خانواده عنوان شد.

تشخیص بر اساس شرح حال، معاینه بالینی و در صورت لزوم آنژیوگرافی اندام تحتانی انجام شده است. بیماران بالاتر از ۵۰ سال از مطالعه حذف گردیده‌اند. اکثر این بیماران تحت سمپاتکتومی کم‌ری قرار گرفته‌اند. در این مطالعه بررسی آماری از نظر سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مصرف سیگار، الکل و تریاک بعمل آمده است. همچنین تست‌های انعقادی، گازهای خون وریدی قبل و بعد از عمل که از ورید صافن کوچک تهیه شده است، میزان کلسترول و تری‌گلیسرید، قند خون، VDRL، ESR در بیماران بررسی شده است. تمام این اطلاعات بصورت پرسشنامه برای هر نفر تهیه شد و مصاحبه حضوری صورت گرفت. معاینه دقیق نبضها انجام شد و یافته‌هایی مثل اولسر، گانگرن، ریزش مو، شاخی شدن ناخن‌ها و رنگ آنها ثبت گردیده. با توجه به اینکه مدت این مطالعه کوتاه بوده، پیگیری بیماران از نظر جواب به سمپاتکتومی انجام نشده است. از آنجائی که مناطق آب و هوایی مختلف بر شیوع بیماری اثر می‌گذارند گروه شاهدی برای مقایسه در نظر گرفته شده است که از بین بیماران بستری در بخش جراحی عمومی بصورت تصادفی برگزیده شده‌اند.

نتایج:

تمام بیماران مورد بررسی مرد بودند، که جوانترین آنها ۲۰ ساله و مسن‌ترین آنها ۵۰ ساله با سابقه ۱۵ ساله بیماری بودند. این بیماران در چهار گروه سنی از لحاظ فراوانی تقسیم شدند.

۲۰-۲۹ سال	۱۸٪
۳۰-۳۹ سال	۳۸٪
۴۰-۴۹ سال	۲۸٪
۵۰-۶۰ سال	۶٪

از نظر شغلی بیماران به چهار گروه زیر تقسیم شدند:

تعبیر درستی از بیماری برگر در ایران وجود ندارد. در سال ۱۸۷۸، Wini Warter به آن نام *Endarteritisoblitrans* داد و معتقد بود که سرنوشت طبیعی ضایعات عروقی، منجر به حالتی می‌شود که گانگرن خودبخودی در سنین قبل از پیری است. در سال ۱۹۰۸ آقای Leo Buerger خصوصیات کلینیکی و پاتولوژی این بیماری را که در مردان جوان با ایسکمی شدید اندامها شایع است گزارش کرد (۱).

اکثر بیماران سیگاری بوده و غالباً ترومبوفلیت سطحی مهاجر دارند و بخاطر نمای خاص هیستولوژی در ارتباط با التهاب شراین و وریدها ترمبوز آنژیوت انسدادی نام گرفت. Wessler و همکارانش ادعا دارند که خصوصیات که برگر عنوان کرده است غیر قابل تشخیص از آرترواسکلروز یا ترومبوایدتوپاتیک شراین محیطی است.

در عصر حاضر اختلاف عقیده روی این بیماری کمتر شده است ولی از آنجا که خصوصیات این بیماری از نمای بالینی آن مشتق می‌شود بهتر است آن را بیماری برگر بنامیم.

بیماری برگر تمام نژادها را مبتلا می‌کند ولی در خاورمیانه و خاور دور بسیار شایع‌تر از اروپا و آمریکا است (۳،۱). بیماری برگر بیماری مردان است ولی گزارشاتی مبنی بر ابتلای خانم‌های سیگاری نیز وجود دارد. بیماری برگر معمولاً متعلق به گروه‌های پائین از نظر اقتصادی - اجتماعی بوده و غالباً وضعیت بهداشتی ضعیف بوده و ابتلا به عفونت‌های مزمن و قارچی و سابقه *cold injury* در این گروه بیشتر است (۶).

علت بیماری برگر بخوبی مشخص نشده ولی رابطه بسیار نزدیکی با سیگار دارد. اگر بیمار بطور مطلق سیگار را ترک کند سیر بیماری بطور ثابتی خوش‌خیم خواهد بود و در صورت ادامه، ثابت شده است که هر

ترمبوفلیت راجعه در ۳۴٪ موارد در شروع بیماری ذکر شد و همه بیماران لنگش متناوب را بیان می‌نمودند که ۶۸٪ در کف پا و ۲۲٪ در ساق بود. در اکثر بیماران سیر بیماری مداوم و تدریجی بوده است.

در بدو پذیرش ۶۸٪ بیماران اولسر داشتند و در ۴۴٪ گانگرن وجود داشت. شیوع سایر علائم در نمودار شماره ۲ آمده است. در ۶٪ افراد درگیری همزمان در اندام فوقانی وجود داشت.

از آنجائی که در پاتوژنز این بیماری عوامل التهابی مطرح شده است و ESR انعکاسی از التهاب می‌تواند باشد این شاخص در تمام بیماران بررسی شد که در ۶۷٪ موارد غیرطبیعی بودند (نمودار شماره ۳). بیماری برگر در مواردی با اتوزینوفیلی همراه بوده است ولی در بررسی خونی بعمل آمده در این بیماران اتوزینوفیلی واضحی بدست نیامد.

مطالعه تستهای انعقادی بعمل آمده نشان می‌دهد که زمان سیلان (BT) در ۷۲٪ موارد غیر طبیعی است و CT در ۱۴٪ موارد غیر طبیعی می‌باشد.

بررسی گازهای خونی ورید صاف انجام شد تا اثرات سمپاتکتومی را مشخص کند. مقدار متوسط قبل از عمل شامل:

$PO_2=57$ ، $PCO_2=39$ ، $B.E=3/5$ ، $II CO_3=22$
 $PH=7/36$ ،

بوده است که بعد از عمل تغییر خاصی نکرد. اکثر بیماران هیپوکسی داشته و بیکریئات به مقدار کم با کاهش PCO_2 جبران شده است (اسیدوز متابولیک جبران شده).

در تمام بیماران قند خون ناشتا، کلسترول، تری‌گلسیرید در حد طبیعی بود.

بحث:

بیماریهای کلاژن را رد نمود، که شامل اسکرودرمی و لوپوس اریتماتوس سیستمیک (SLE) می‌باشند. در این بیماری انسداد ترمبوتیک شاخص پاتولوژیک بوده ولی hyper coagulable state سیستمیک ثابت نشده است و در اینها سطح TXB2 بالا بوده و در موارد عود بیماری و نیز برای تشخیص پیشنهاد شده است که سطح آن اندازه‌گیری شود.

از نقطه نظر درمانی تنها راه متوقف کردن بیماری قطع سیگار می‌باشد و هر اقدام درمانی اگر همراه قطع سیگار نباشد موفق نخواهد بود. هیچ داروی وازودیلاتوری وجود ندارد که بطور انتخابی روی عروق جانبی اثر بگذارد و ارزش اینها زیر سؤال است. داروهای ضدانعقادی شاید از پیشرفت سریع ضایعات شریانی ترمبوتیک جلوگیری کنند ولی مؤثر بودن درمان طولانی مدت با اینها، حل نشده باقی مانده است.

کشف پروستاگلاندین‌ها پنجره امیدی برای نارسائی شریانی بوده است وقتی PGE1 از راه داخل شریانی به کار رود، حداکثر وازودیلاتاسیون پدید می‌آید و مانع تجمع پلاکسی در عضو هدف می‌گردد (۵). همچنین دکستران در چند تحقیق برای درمان این بیماران بکار گرفته شده است (۲).

علاوه بر درمان طبی درمان جراحی در بیماری برگر مطرح بوده ولی درمان اختصاصی ندارد. روشهای بازسازی سیستم شریانی بعلت انسداد شریانی انتهائی امکان ندارد، ولی اگر موفقیت‌آمیز باشد بیشتر تأثیر را روی بهبود ضایعات ایسکمیک خواهد گذاشت.

سمپاتکتومی از روشهای دیگر درمانی می‌باشد که تاریخچه طولانی دارد و از متدهای استاندارد درمان این بیماری می‌باشد و هدف از این روش حذف vasoconstriction tone از روی شریانی محیطی اندام است و برای ضایعات تروفیک پوستی بسیار مفید است

درمانی با شکست مواجه شده و سیر بیماری بطرف بدتر شدن پیشرفت می‌کند و نیز اثر passive smoking را نبایستی نادیده گرفت (۱).

شواهدی برای دخالت سیستم ایمنی در ایجاد برگر وجود دارد که شامل افزایش فاکتور C4 سیستم کمپلمان آنتی‌الاستین و آنتی کلاژن و حساسیت سلولی به تیپ I و III کلاژن است (۸).

شایعترین یافته پاتوفیزیولوژیک در این بیماری، رکود جریان خون در شرائین محیطی یا دیستال اندام، بعلت انسداد شریان و آتونی سیستم میکروواسکولر و انسداد وریدها می‌باشد. علائم ایسکمیک بطور عمده در قسمت دیستال اندام ایجاد می‌شود. تعیین فشار خون در زیر زانو اندیکاتور خوبی برای ایسکمی نمی‌باشد و اندازه‌گیری فشار سیستولیک toe بسیار دقیق‌تر است، وقتی که به زیر ۳۰ میلی‌متر جیوه برسد احتمال جوش خوردن خودبخودی زخمها ناچیز است. ایسکمی عضلانی بصورت لنگش متناوب کف پا خاص بیماری برگر بوده ولی می‌تواند بصورت calf claudication هم باشد (۴۹).

علائم بالینی این بیماران شامل تغییرات رنگ پوست، ضایعات پوستی، لنگش متناوب Rest pain و نروپاتی محیطی، زخم‌های تروفیک، گانگرن، سردی عضو، Eubor (پا یا آویزان کردن یرنگ قرمز ارغوانی درمی‌آید)، ترومبوفلیت راجعه و تأخیر در تخلیه وریدی می‌باشد (۱).

معیارهای تشخیص برگر عبارتند از: ۱- سابقه مصرف سیگار، ۲- شروع بیماری قبل از ۵۰ سالگی، ۳- ضایعات انسدادی زیر شرائین پوپلیته، ۴- درگیری اندام فوقانی یا فلیت مهاجر، ۵- فقدان فاکتورهای خطر آرترواسکلروزیس به غیر از سیگار.

در بیماران مؤث با ایسکی اندام‌ها بایستی تشخیص

بیماری کمتر باشد و از طرفی چون اکثر بیماران ما ارجاعی از مناطق دیگر می‌باشند دور بودن شهرهای گرمسیر و مسئله بعد مسافت مانع از مراجعه بیماران مناطق گرمسیر به مرکز درمانی ما باشد.

در بیماران ما اختلالات تستهای انعقادی مثل CT و BT دیده شد و شاید تجویز عواملی که موجب طولانی شدن زمان سیلان (BT) شوند مثل آسپرین در درمان بیماران مبتلا به برگر معتولانه باشد.

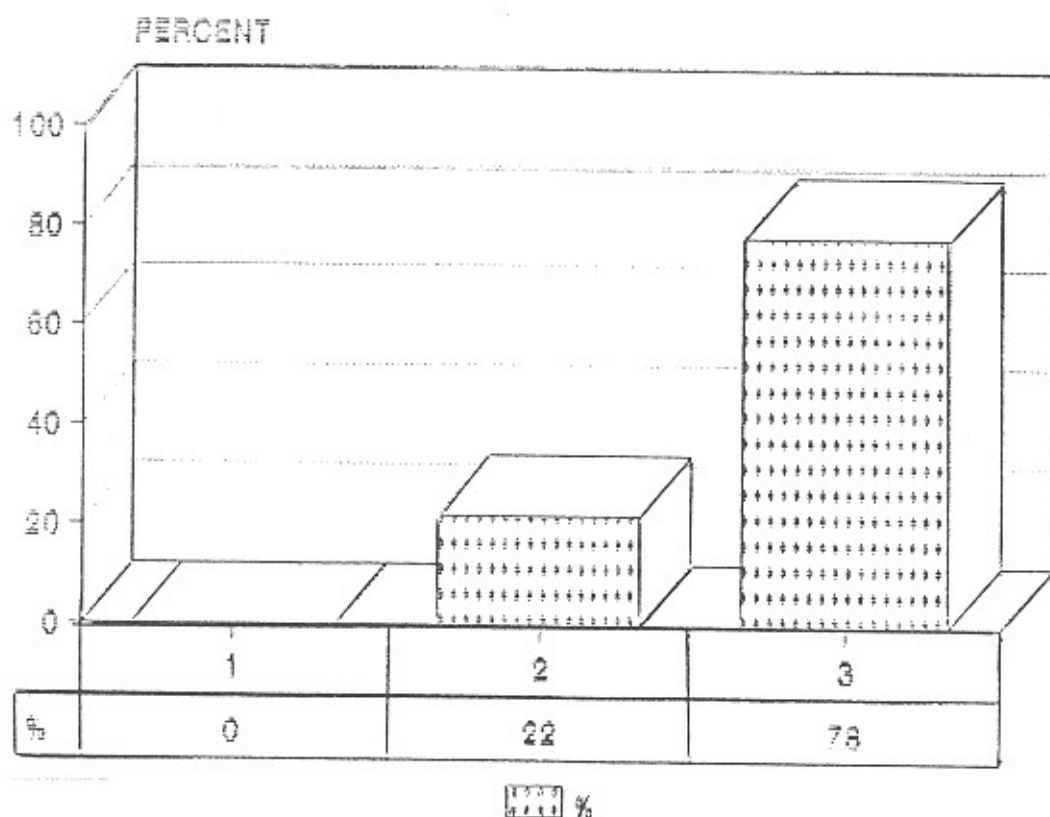
ولی روی گردش خون عضلات اثر نداشته لذا در کسانی که فقط لنگش متناوب دارند سمپانکتومی جانی ندارد. نهایتاً در ضایعات پیش‌رونده دردهای توان‌فرسای عضو، راه نهائی درمان قطع عضو است.

مطالعه انجام شده فوق تأییدی بر آن بود که بیماری اکثراً در جوامع فقیر و در کسانی دیده می‌شود که شغل‌های پراسترس و سخت دارند. بیماری برگر در مناطق معتدل و سردسیر بیشتر دیده می‌شود. شاید در آب و هوای گرم

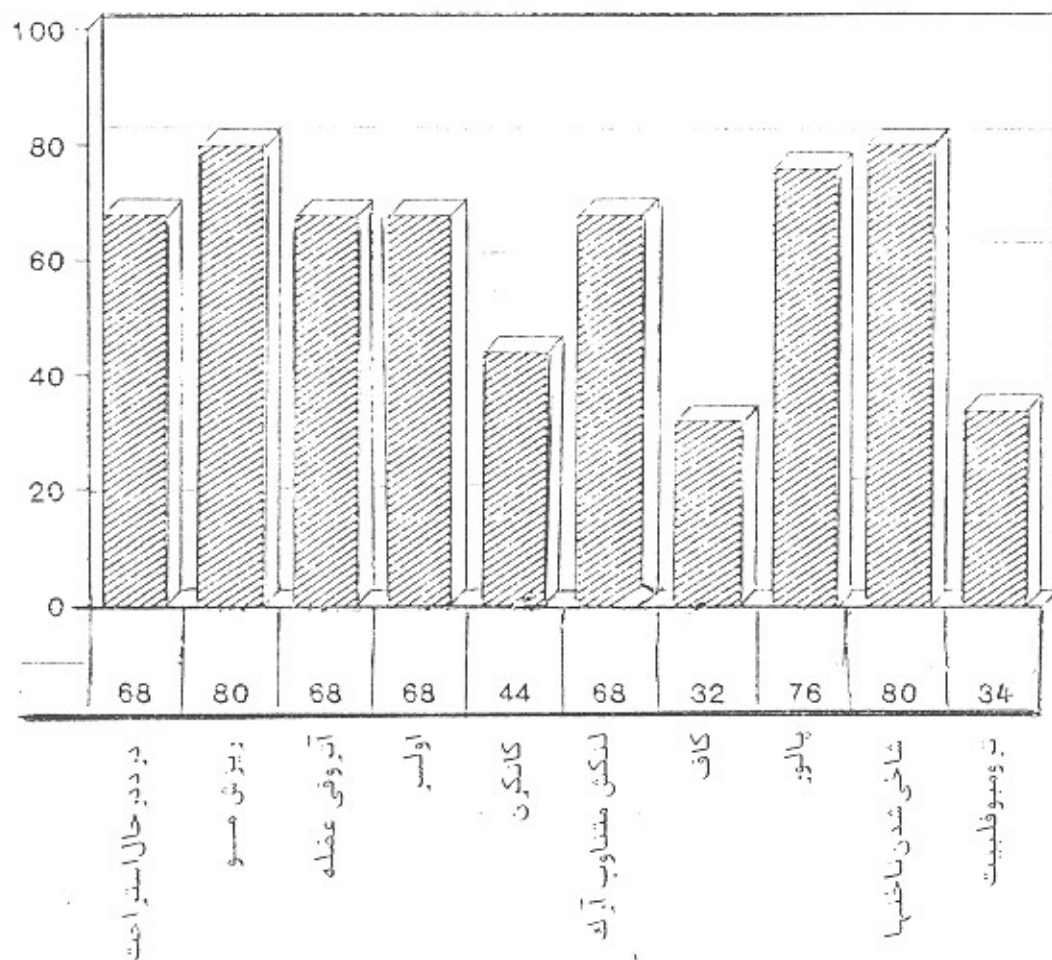
REFERENCES:

1. Rutherford: Vascular Surgery. 1994.
2. Numano-F: Pario-Arteriolelle. 1981, 7(3):99-105.
3. Shoinoya-S et al : Am.J.Surgery. 1981-Jul90(1):10-9.
4. Bartolo-M, Rulli-F: Angiology. 1980, Oc, 31(16):660-5.
5. Shinoya-S, Hiraii-M: Thorac-Cardio Vascular.Surgery, 1980 Jun 28(3):200-5.
6. Gold smitt-HS: Am-J-Surgery. 1980 Nov 88(5):732-61.
7. Suzuki-S et al : Clinical-Radio, 1982 Mar 33(2):233-40.
8. Rosen-N-Sommel, I Knobl-B: Arch-Pathology . 1985 Oct 109(10):962-3.

DISTRIBUTION OF SOCIO ECONOMIC GROUPS

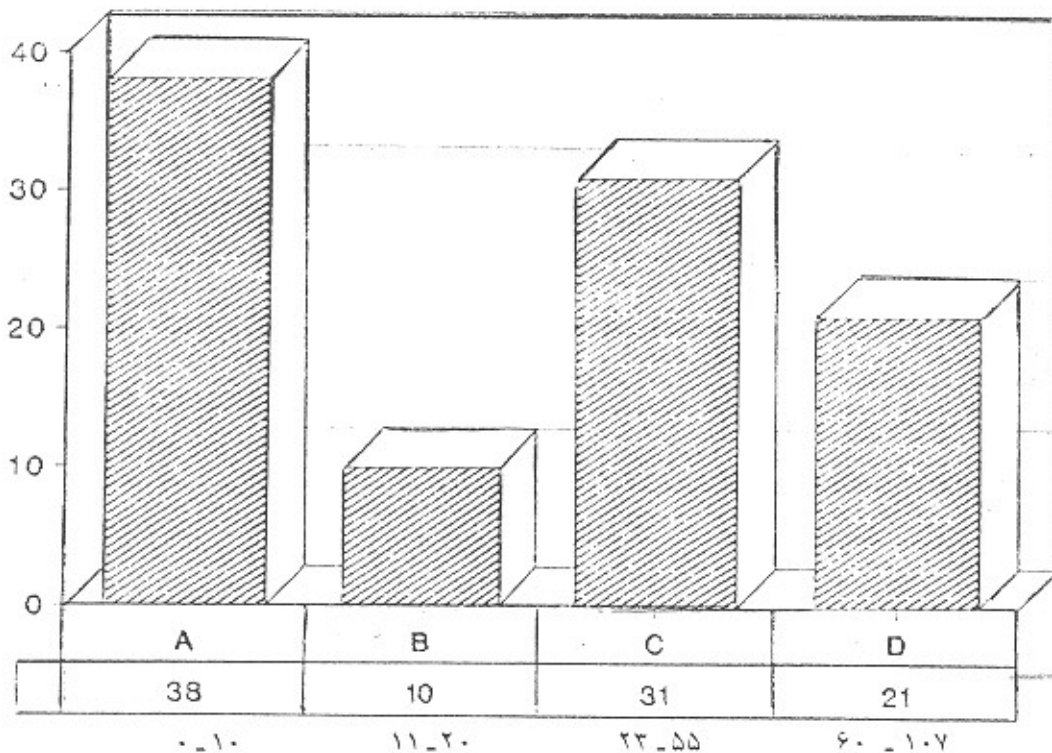


Distribution of Signs and Symptoms



نمودار شماره (۲)

Distribution of E.S.R



نمودار شماره (۳)