



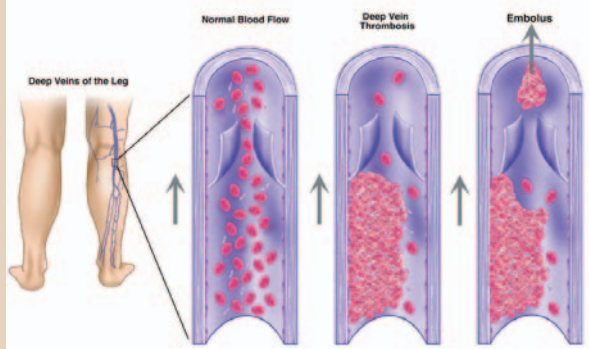
İNSAN VE SAĞLIK

Doç. Dr. Ferda Şenel
f.senel@excite.com

Biliyor muydunuz!..

Buerger Hastalığı

“Tromboanjitis obliterans” olarak da adlandırılan Buerger hastalığı, esas olarak kol ve bacaklardaki orta ve küçük atardamarlarda tıkanıklığa yol açan bir damar hastalığıdır. Her 100 bin kişinin yaklaşık 20'sinde görülen bu hastalığın oluşumundaki en önemli etken sigara kullanımıdır. Erkeklerde daha sık görülen Buerger hastalığı, sigara bırakılmadığı zaman ilerleyici bir seyir izler. İlk olarak 1879 yılında von Winiwarter adlı bilim adamı tarafından fark edilen bu hastalık, yaklaşık 30 yıl sonra Dr. Leo Buerger tarafından detaylı olarak tanımlanarak “Buerger hastalığı” adını aldı. Hastalığın kesin sebebi bilinmemekle birlikte sigara kullanımının bu hastalığa zemin hazırladığı bilinmektedir. Damar yapısını bozan ve damar içerisinde pıhtı oluşumuna yol açarak damarları tıkayan bu hastalık kol ve bacaklarda dolaşım bozukluğuna yol açar. Bu kişilerin cildi tütüne karşı oldukça hassas. Hücrelerde, bağdokusu proteinleri olan tipl ve tip III kollajen'e karşı aşırı duyarlılık bulunur. Bununla ek olarak kan anti-endothelin hücre antikor düzeyleri ise oldukça yüksektir. Bütün bu bulgular, Buerger hastalığının mekanizmasında bağışıklık sisteminin önemli etkisi olduğunu göstermektedir. Buerger hastalığının, HLA-A9, HLA-A54 ve HLA-B5 doku tipi bulunan kişilerde daha sık olması hastalığın temelinde genetik etkenlerin belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Orta yaş veya altında, yaygın damar sertliği olmayan ve sigara içen kişilerde bacak ve kollarda meydana gelen şiddetli



ağrı veya renk değişiklikleri bu hastalığın tanısında önemli bulgular. Kesin teşhis için kol ve bacaklara anjiyografi yapılması gerekiyor. Buerger hastalığındaki damar tıkanıklıkları, ateroskleroz denilen ve yüksek kolesterol seviyeleriyle ilişkili olan damar sertliklerinden farklı bir görünüm veriyor. Teşhisten sonra ilk yapılması gereken sigarayı bırakmaktır. Sigara bırakılmadığı takdirde hiçbir tedavi etkili olmuyor ve uzuvların kangren olma riski önemli ölçüde artıyor. Bu kişilerin yaklaşık yarısında her sene bir uzvun kesilmesi gerekebiliyor. Hastalıklı uzvun enfeksiyonlardan, darbelerden ve soğuktan korunması da oldukça önemli. Hastalığın tedavisinde tam bir etkisi olmasa da, pıhtı çözücü ilaçlar, pentoksifilin, damar genişleticiler ve steroidler, kullanılan diğer ilaçlar arasında sayılıyor. Tedavide kullanılan “prostaglandin” benzeri ilaçlar ise şikayetleri önemli ölçüde azaltıyor ancak maliyeti oldukça yüksektir. Ameliyatla tıkalı damarlara bypass yapılması tedavi seçeneklerinden bir diğeri. Ancak hastalığın tedavisindeki en önemli nokta sigaranın bırakılması. Kangren olmadan, erken dönemde yapılan teşhislerden sonra sigara bırakılırsa ileride kangren olma riski sıfır olarak kabul ediliyor.

Sinüzit

Kafatası içerisinde, burun boşluğu çevresinde ve yüz kemikleri içerisinde yerleşmiş hava dolu boşluklar bulunur. Kafatasının ağırlığını azaltan bu boşluklara “sinüs” deniliyor ve burnun işlevine faydalı olduğu, ses titreşiminde önemli katkısı bulunduğu düşünülüyor. Bu sinüslerin bazıları doğumda var olmasına karşın bir kısmı da çocukluk çağında belirginleşiyor. Bu sinüsler maksiller, etmoid, frontal ve sfenoid sinüs olmak üzere gruplar oluşturuyorlar. İnsanlarda 10-20 civarında büyüklü-küçüklü sinüs bulunuyor. Her sinüsün tek veya gruplar halinde buruna açılan drenaj kanalları var. Sinüsler içerisinde salgılanan tükürük veya gözyaşı gibi berrak bir salgı, kanallardan geçerek burun içine akıyor ve solunum yolunun nemli kalmasını sağlıyor. Sinüzit ise bu boşlukların iltihabi hastalığına verilen isim. Kısa süreli gelişen enfeksiyonlara “akut sinüzit”, tekrar eden ve 3 aydan fazla süren enfeksiyonlara kronik sinüzit adı verilmektedir. Akut sinüzitler bir üst solunum

yolları enfeksiyonu gibi davranıp benzer şekilde tedavi edilirken, kronik sinüzitlerde ilaç tedavisinin yanında cerrahi tedaviler de uygulanıyor. Sinüzit sırasında burun mukozasında, yani burnun içerisini kaplayan hücrelerde de eş zamanlı iltihap görüldüğü için sinüzit terimi yerine son yıllarda “rinosinüzit” terimi daha çok tercih ediliyor. Sinüzit, kuvvetli geçirilen bir nezleye benzer şikayetle-



re yol açıyor. Baş ağrısı, alın ve burun çevresinde ağrılar, burun tıkanıklığı, öksürük, halsizlik ve burun akıntısı gibi belirtiler görülüyor. Sarı-yeşil burun ve geniz akıntısı, buna bağlı öğürme, yüz-dış-göz ağrısı diğer belirtiler arasında. Hastalığın en kesin teşhisi bilgisayarlı tomografi ile yapılıyor. Sinüslerin içerisinde dolu olması teşhis için önemli kriter kabul ediliyor. Tekrarlayan sinüziti olan kişilerin gribal enfeksiyonlardan, soğuktan ve havuzdan korunması gerekiyor. Hastalığın tedavisinde en az 10 gün süreyle antibiyotik kullanılıyor. Tıbbi tedavinin yanı sıra, buğu, buhar tedavisi, burun damlaları ve tuzlu su ile burun temizliği yapmak, burnu açık tutmaya özen göstermek de önemli.

Doğuştan Kasık Fıtığı

Anne karnındaki erkek çocukların yumurtaları, yani testisleri karın içerisinde bulunuyor. Hamileliğin son iki ayında testisler, kasıkta oluşan bir kanal yoluyla torbalara iniyor. Karın içiyle torbalar arasındaki bu kanal daha sonra kapanıyor, böylece karın içi ile dışı arasında bağlantı kalmıyor. Bu kanal kapanmazsa, karın içerisindeki su veya bağırsaklar bu kanaldan geçerek kasık bölgesine ve torbalara inebiliyor. Kasık ve torbalara su dolmasına “su fıtığı” (hidrosel), bağırsakların dolmasına ise “kasık fıtığı” deniliyor. Normal zamanında doğan her 100 erkek çocuğun yaklaşık 3 ünde kasık fıtığı görülüyor. Prematüre, yani erken doğan veya düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerin neredeyse üçte birinde kasık fıtığı oluşabiliyor. Kasık fıtıklarının %60 ı sağda %30 u solda ve %10-20 kadarı iki taraflı.

Karın ve kasık arasında açık kalan kanal genişse, ağlama veya ıkınma sonrasında karın içinden gelen bağırsak bu kanaldan dışarıya fırlıyor, kasık veya torba şişiyor. Çocuk rahatladığında ise bağırsaklar içeri giriyor. Kasık veya torbada ara sıra meydana gelen şişeler genellikle kasık fıtığının ilk belirtisi oluyor. Kasık fıtığı, ağrı, kusma ve iştahsızlık gibi şikayetlere de yol açabiliyor. Erkek bebeklerdeki gibi benzer bir kasık kanalı kız bebeklerde de bulunuyor ve normal gelişim sırasında bu kanal da kapanıyor. Eğer kapanmazsa buradan fıtıklaşma görülüyor. Ancak kız çocuklarında kasık fıtığına daha az rastlanıyor ve dışarı fırlayan organ çoğunlukla barsak değil yumurta oluyor. Kasık fıtığının en önemli riski bağırsak zedelemesi. Bağırsakların kasiğe girip sıkışması sonucunda bağırsak tıkanıklığı ve bağırsak delinmesi de görülebilir. Fıtık boğulması olarak bilinen bu durum hayatı tehdit edebilir ve çocuğun acil olarak 1-2 saat içerisinde ameliyat edilmesi gerekiyor. Bu nedenle kasık fıtığı teşhis edildiği zaman, şişlik dışında bir şikayete yol açmasa bile en kısa sürede ameliyat edilmesi öneriliyor. Kasık fıtığı kendiliğinden geçmediği ve risklerinden ötürü ameliyat için yaş sınırı söz konusu değil. Doğumdan hemen sonra, yani yenidoğan dönemindeki bebekler dahi ameliyat edilebilir. Ameliyatta, kasık içerisine giren fıtık kesesi çıkartılarak açıklık kapatılıyor. Ameliyat sonrası fıtığın tekrarlama riski ise oldukça düşük.