

Median Arkuat Ligaman Sendromunun Laparoskopik Tedavisi: Olgu Sunumu

Laparoscopic Treatment of Median Arcuate Ligament Syndrome: A Case Report

Mustafa Girgin¹, Ziya Çetinkaya¹, Hakan Artaş², Burhan Hakan Kanat³

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

³Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Etiyolojisinde başka neden bulunamamış inatçı karın ağrısı olgularında nadir de olsa diafragmanın median arkuat ligamanının çölyak trunkusun proksimaline basısından kaynaklanan iskeminin bu ağrıya neden olabileceğinin bilinmesi gerekmektedir. Bu durum Median Arkuat Ligaman Sendromu olarak bilinir. Ön tanımlar arasında düşünüldüğü takdirde hem tanısı, hem de tedavisi oldukça basittir. Bu sendrom zamanında tanınıp tedavi edilmediği takdirde birçok hastanın yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada; izole median arkuat sendromu tanısı olan ve laparoskopik tedavi edilen bir olguyu sunuyoruz. (*Gazi Med J 2012; 23: 161-3*)

Anahtar Sözcükler: Median arkuat sendromu, inatçı karın ağrısı, laparoskopik tedavi

Geliş Tarihi: 06.05.2012

Kabul Tarihi: 30.08.2012

ABSTRACT

In patients with persistent abdominal pain for which another cause has not been found in the etiology, even if rarely, it should be suspected that, even though rare, the compressing effect of the median arcuate ligament of the diaphragm on the celiac truncus may be the cause of this ischemic pain. It is known as the Median Arcuate Ligament Syndrome. If preliminary investigation has been made, this condition is quite simple in both diagnosis and treatment. This syndrome may negatively affect the lives of many patients if not diagnosed and treated in time. In this case report we are presenting a patient with an isolated median arcuate syndrome who was treated by laparoscopy. (*Gazi Med J 2012; 23: 161-3*)

Key Words: Median arcuate syndrome, persistent abdominal pain, laparoscopic treatment

Received: 06.05.2012

Accepted: 30.08.2012

GİRİŞ

Çölyak arter kompresyon sendromu olarak da bilinen Median Arkuat Ligaman Sendromu (MALS) diafragmanın median arkuat ligamanının çölyak trunkusun proksimaline basısına sekonder oluşan gastrointestinal iskemiyle karakterizedir (1, 2).

Bu sendromda özellikle ekspiryum sırasında çölyak arter köküne bası oluşur ve böylece abdominal anjina meydana gelir. Hastalar ayakta iken inspirasyonda, çölyak arter abdominal boşluğa doğru yer değiştirir ve daha vertikal bir seyir izlediği için bası genellikle hafifler (1-3). MALS'nun klasik tedavisi cerrahi olarak median arkuat ligamanın liflerini kesmektir. Bu işlem açık ya da laparoskopik yapılabilir (4).

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Burhan Hakan Kanat, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ, Türkiye Tel: +90 424 238 05 40 E-posta: ku318@mynet.com

©Telif Hakkı 2012 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine www.medicaljournal.gazi.edu.tr web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2012 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at www.medicaljournal.gazi.edu.tr

doi:10.5152/gmj.2012.38

Bu makalede bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanı konulmuş ve laparoskopik cerrahi ile tedavi edilmiş olan MALS'lu bir olguyu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

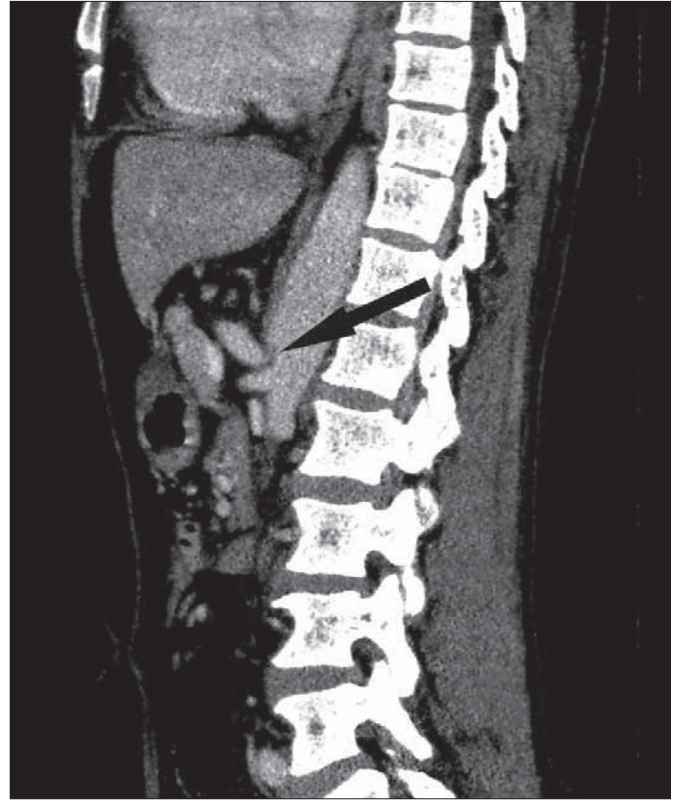
Kırk üç yaşında kadın hasta iki yıldan beri var olan kronik karın ağrısı şikâyeti ile polikliniğe başvurdu. Ağrı epigastrik bölgede olup yemeklerden sonra eşlik eden bulantı ile birlikte daha belirgin hale gelmekteymiş. Hastanın özgeçmişinde karın ağrısı şikâyeti ile dış merkezlerde birkaç kez tetkik ve tedavi edildiği ancak herhangi bir kesin tanı almadığı öğrenildi. Soy geçmişinde özellik bulunmayan hastanın fizik muayenesinde derin palpasyonla hafif epigastrik hassasiyet dışında bir bulgu yoktu.

İlk başvuru anında hastadan istenen biyokimyasal kan değerleri ve karın ultrasonografisi (USG) normaldi. Özellikle yemeklerden sonra daha belirgin olan ağrısı ve bulantısı olması nedeniyle yapılan gastroskopisinde özellik saptanmadı. Ancak inatçı karın ağrısı nedeniyle hastaya çekilen karın BT görüntülemesinde; karaciğer sağ lob segment 5-6 düzeyinde 17x13 mm hemanjiyomla uyumlu hipodens lezyon ve çölyak trunkus proksimalinde belirgin darlık izlendi (Resim 1). Bu darlık nedeninin median arkuat ligaman sendromu ile uyumlu olduğu şeklinde raporlandı. Hastaya polikliniğe başvurmamasından yaklaşık 4 hafta sonra median arkuat ligaman sendromu (MALS) tanısı konabildi. Olgumuzda 64-kesitli BT-anjiyografik görüntülerde damarsal anatomi ve bası iyi bir şekilde gösterilebilmiş ve tanı 3D anjiyografik imajlar yardımıyla çok kesitli bilgisayarlı tomografi ile konulmuştur. Çölyak trunkusun yan görüntüsü en yararlı imaj olmuştur.

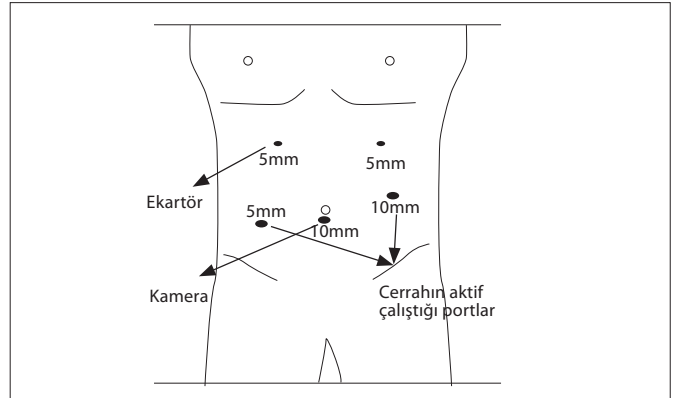
Çölyak arterde daralmaya neden olan median arkuat ligamanın basısının ortadan kaldırılması amacıyla hastaya laparoskopik operasyon planlandı. Ameliyat genel anestezi altında 5 port kullanılarak yapıldı. Ameliyat esnasında hastaya profilaktik olarak 2. kuşak sefalosporin uygulandı. Hasta entübe edildikten sonra nazogastrik sonda takıldı ve litotomi pozisyonu verildi. Göbeğin altından yapılan insizyondan yerleştirilen veress iğnesi ile pnömoperiton oluşturuldu. Batın 13-14 mmHg basıncında CO₂ ile şişirildikten sonra 10 mm'lik trokar ve kamera yerleştirildi. Ameliyatı yapacak olan cerrah bacak arasında, 1. kamera asistanı hastanın solunda, 2. asistan hastanın sağında çalıştı.

Sağ subkostal bölgede epigastriuma yakın olarak 5 mm'lik trokar yerleştirildi ve bu port ekartasyon için kullanıldı. Yine sağ subkostal bölgede bu trokarın 5-6 cm altından 5 mm'lik trokar diseksiyon için yerleştirildi. Sol üst kadrana 1 adet subkostal 5 mm'lik trokar, umbilikusun soluna 1 adet 10 mm'lik trokar yerleştirildi. Cerrah göbeğin solundaki 10 mm ve sağ subkostal bölgedeki 5 mm'lik portları kullanarak çalıştı (Resim 2).

Karaciğer ekarte edildi ve mide sola doğru çekildi. Sağ krus aşağıya doğru dissekte edildi. Diseksiyon sonrasında aorta ve çölyak trunkus explore edildi. Krus liflerinin aort ve çölyak arteri kavradığı izlendi. Bu lifler dikkatlice insize edilerek oluşturduğu bası etkisi sonlandırıldı. Toplam operasyon süresi 37 dk. idi. Postoperatif 2. gün oral alımı açıldı. Postoperatif çekilen kontrol BT anjiyografide çölyak trunkus çıkışında minimal darlık ile birlikte dolumun normal sınırlar içerisinde olduğu rapor edildi (Resim 3). Hasta semptomlarında azalma olduğunu söylemesi üzerine postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi. 8 aylık takip süresi sonunda hastanın benzer şikâyetler ile polikliniğimize herhangi bir başvurusu olmadı.



Resim 1. Preoperatif sagittal BT görüntüsünde çölyak trunkus proksimalinde belirgin açılanma ve daralma izlenmektedir. Median arkuat ligament sendromu ile uyumlu olarak poststenotik dilatasyon ve tipik "çengel şeklinde" görünüm izlenmektedir (Ok)

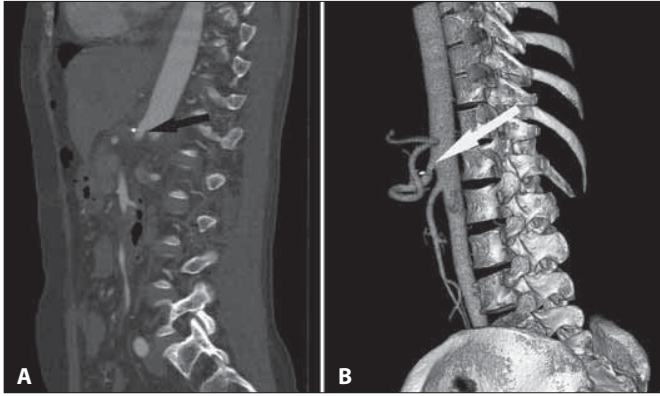


Resim 2. Trokar giriş yerlerinin şematik görüntüsü

TARTIŞMA

Çölyak artere medyan arkuat ligaman basısı, ilk olarak 1917 yılında Lipshutz tarafından bildirilmiştir. Daha sonra 1963'de Harjola çölyak arter basısını; yemek sonrası ortaya çıkan karın ağrısı, bulantı, kusma ve bazen ishal ve malabsorbsiyonun eşlik ettiği, fizik muayene karında daima mevcut olan sistolik üfürümün bulunduğu bir klinik sendrom olarak tariflemiştir (2).

Genç ve sağlıklı kişilerde epigastrik ağrı yapabilecek olan sık görülen gastrit, ülser ve reflü gibi hastalıklar dışlandıktan sonra MALS'nun düşünülmesi ile tanıya gidilebilir. Çölyak arter basısı; Doppler USG, spiral BT anjiyografi, selektif kateter anjiyografi ve manyetik rezonans



Resim 3. Postoperatif sagittal BT görüntüsünde (A) ve Sagittal 3D volume-rendered görüntüde çölyak trunkus proksimalindeki belirgin açılma ve daralmanın kaybolduğu (ok) izlenmektedir

anjiyografi ile araştırılabilir (1-5). Özellikle Doppler USG'in tanıda yüksek duyarlılığı bildirilmiş ve tanısıl modalite olarak önerilmiştir. Altın standart tanı yöntemi ise selektif anjiyografidir (1). Günümüzde artık birçok yerde mevcut olan "Multislice BT" ile de tanı konulabilir (1, 4). Biz de olgumuza tanıyı 64 kesitli "Multislice BT" yardımı ile koyduk.

MALS tanısı alan hastalarda tedavi cerrahidir. Cerrahi olarak median arkuat ligaman dekompresyonu yapılır (6). Klasik tedavi şekli olarak açık ameliyatlara verilmiştir ancak bizim bu olguda uyguladığımız gibi laparoskopik tedaviler de mevcuttur. Yapılan bir çalışmada laparoskopik cerrahinin açığa dönüş oranlarının yaklaşık %10 oranlarına kadar yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada gerek açık cerrahide gerekse de laparoskopik tedavide mortalite izlenmemiştir (7). Ayrıca literatürde robotik yardımcı cerrahiler de bildirilmiştir (8).

Birçok olguda ya cerrahi sırasında ya da cerrahiden hemen sonra arterin dolumu izlenmiştir (9). Biz bu olguda ameliyat sonrasında kontrol anjiyografi yaptık ve çölyak trunkus çıkışında minimal darlık ile birlikte dolumun normal sınırlar içerisinde olduğunu gördük. Hastalar genellikle cerrahi sonrasında yakınmalarından kurtulurlar ancak daha sonra nüks olasılığı yüksektir (10). Biz de ameliyat sonrasında olguda klinik olarak belirgin düzelme saptadık. Ancak literatürde ameliyat sonrası belirtileri gerilemeyen olgular da bildirilmiştir (1). Bazı yazarlar da epigastrik ağrının gerilediğini ancak diğer semptomların gerilemediğini vurgulamışlardır (10).

Genel olarak laparoskopik cerrahi sonrası hastaların uzun dönem sonuçları verilmemiştir. Ama açık cerrahi sonrası takip edilen ve verileri paylaşılan olgu serileri mevcuttur. Örneğin 11 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada cerrahi sonrası uzun dönemde %72'sinde semptomların tekrarladığı gösterilmiştir (10). Bizim kliniğimizde böyle bir

serimiz mevcut olmayıp MALS'lu olgular oldukça nadir gelmektedir. Bu olgunun da takibi mümkün olursa uzun dönemde laparoskopik cerrahinin sonucu hakkında fikir sahibi olabiliriz. Ancak bu konuda doğru ve sağlıklı bilgiler edinebilmek için olgu serisi olmalı ve uzun dönem takip edilmelidirler.

SONUÇ

Kronik epigastrik ağrı ile başvuran ve gastrit, ülser ve reflü gibi sık görülen hastalıklar dışlandıktan sonra inatçı karın ağrısı olan özellikle genç yaş grubu hastalarda MALS'nun düşünülmesi gerektiği kanısındayız. Tanı için öncelikle Multislice BT gibi non-invaziv yöntemler kullanılmalıdır. Tedavide laparoskopik yaklaşımın ideal olarak uygulanabilir olduğu akılda tutulmalıdır. Hastalarda ameliyat sonrası dönemde çölyak arter kontrol edilmeli, uzun vadede semptomların tekrar edebileceği unutulmamalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Karahan Öİ, Kahrıman G, Yıkılmaz A, Ok E. Celiac artery compression syndrome: diagnosis with multislice CT. *Diagn Interv Radiol* 2007; 13: 90-3.
2. Gürol Ö, Yücel Ü, Mehmet İ, Arif Ö, Ahmet Ö, Burhan K. Celiac artery compression syndrome: Report of a case and literature review. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 1999; 10: 161-3.
3. Oktay Ö, Memiş A, Parıldar M, Oran İ. Çölyak arter kompresyon sendromu. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003; 2: 142-5.
4. Jaik NP, Stawicki SP, Weger NS, Lukaszczuk JJ. Celiac artery compression syndrome: successful utilization of robotic-assisted laparoscopic approach. *J Gastrointest Liver Dis* 2007; 16: 93-6.
5. Wolfman D, Bluth EI, Sossaman J. Median arcuate ligament syndrome. *J Ultrasound Med* 2003; 22: 1377-80.
6. Şenol A, Köroğlu M, Akın M, Songür Y, Koçkar C, İşler M. A rare cause of abdominal pain: Celiac compression syndrome. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg* 2010; 17: 25-8.
7. Jimenez JC, Harlander-Locke M, Dutson EP. Open and laparoscopic treatment of median arcuate ligament syndrome. *J Vasc Surg* 2012; 56: 869-73.
8. Meyer M, Gharagozloo F, Nguyen D, Tempesta B, Strother E, Margolis M. Robotic-assisted treatment of celiac artery compression syndrome: report of a case and review of the literature. *Int J Med Robot* 2012; 8: 379-83.
9. Duffy AJ, Panait L, Eisenberg D, Bell RL, Roberts KE, Sumpio B. Management of median arcuate ligament syndrome: a new paradigm. *Ann Vasc Surg* 2009; 23: 778-84.
10. Güngör Ö, Meral M, Acarbay S, Biberoglu K, Gönen Ö. Çölyak Arter Bası Sendromu: Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2006; 18: 248-51.