

Median Arcuat Ligament Sendromunun Laparoskopik Tedavisi: Olgu Sunumu

Laparoscopic Treatment of Median Arcuate Ligament Syndrome: A Case Report

Hakan Yabanoğlu^{1*}, İlker Murat Arer¹, Çağla Bali²

¹Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

²Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı

ÖZET

Median arcuat ligament sendromu, median arcuat ligamentin çölyak artere basısı sonucu görülen nadir bir klinik durumdur. Genellikle genç erişkinlerde görülür ve kendini yemeklerden sonra başlayan karın ağrısı, bulantı-kusma ve kilo kaybı gibi semptomlar ile belli eder. Ayırıcı tanıda yemek sonrası başlayan karın ağrısı olan genç hastalar akıldta tutulmalıdır. Tanıda çeşitli radyolojik yöntemler kullanılmakla beraber klinik uygulamada sıklıkla multidedektörlü bilgisayarlı tomografiler tercih edilmektedir. Median arcuat ligament sendromu tedavisi cerrahidir. Bu olgu sunumunda cerrahi kliniklerinde nadir görülen median arcuat ligament sendromlu hastamıza uyguladığımız laparoskopik cerrahi yöntemini ve uzun dönem takip gerekliliğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Median arcuat ligament sendromu, Laparoskopik Cerrahi, Takip

ABSTRACT

Median arcuate ligament syndrome is an uncommon condition resulting from compression of the celiac artery by median arcuate ligament. It is commonly encountered in young adults and presents with symptoms such as abdominal pain, nausea, vomiting after meals and subsequent weight loss. Although various radiological modalities can be utilized for diagnosis, multidetector computed tomography of the abdomen is generally preferred. Definitive treatment of median arcuate ligament syndrome is surgery. In this case report we present laparoscopic surgical procedure performed at our center on a patient afflicted with this rare condition as well as highlight the need for long term follow-up in patients with median arcuate ligament syndrome.

Key Words: Median arcuate ligament syndrome, Laparoscopic surgery, Follow-up

Giriş

Median arcuat ligament sendromu (MALS) diyafragmanın median arcuat ligamentinin çölyak turuncus üzerine basısı sonucu gastrointestinal sistemde iskemiye neden olan klinik bir durumdur (1, 2). Dunbar sendromu veya Çölyak arter kompresyon sendromu olarak da adlandırılmaktadır (3, 4). En önemli klinik belirtisi yemek sonrası ortaya çıkan karın ağrısıdır. Bu klinik durumun oluşmasında özellikle ekspiryum sırasında çölyak arter aorttan çıkış bölgesinde basıya maruz kalmakta ve böylece abdominal anjina dolayısı ile karın ağrısına neden olmaktadır. MALS'in tedavisi median arcuat ligamentin cerrahi olarak kesilerek basının ortadan kaldırılması ile mümkündür. Cerrahi tedavi açık, robotik veya laparoskopik yöntemlerle yapılabilmektedir (5, 6). Bu olgu sunumunda multidedektörlü bilgisayarlı tomografi ile tanı

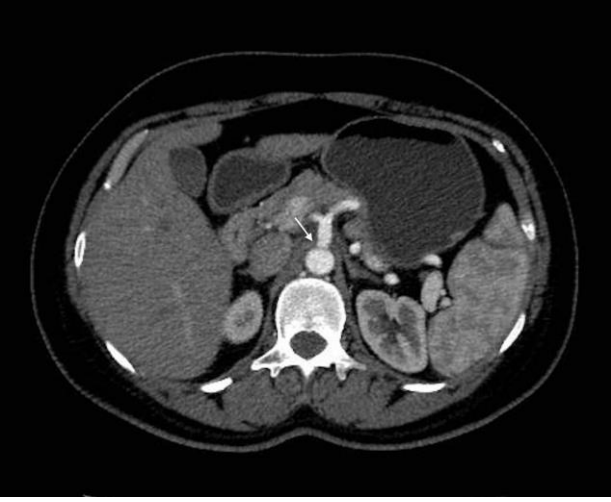
konulmuş ve laparoskopik cerrahi ile tedavi edilmiş olan MALS' lı olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 1 yıldır dispeptik yakınmaları olan 39 yaşındaki kadın hasta yemek sonrası başlayan kronik karın ağrısı (yemeklerden 20 dk sonra başlayan ve 10-15 dk devam eden), bulantı ve kilo kaybı şikayetleri ile merkezimize başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar değerlerinde patolojik bulgu izlenmedi. Merkezimize başvurusu öncesi dış merkezde yapılan abdominal MR anjiyografide çölyak gövde aort çıkım düzeyinde %70' in üzerinde darlık ve darlık sonrası alanda dilatasyon tespit edilmişti. Hasta MR anjiyografi bulguları ile merkezimizde girişimsel anjiyografi bölümüne konsülte edildi. Hastaya merkezimizde multidedektörlü bilgisayarlı tomografi çekildi ve çölyak arterde darlık ve inferiora açılma, %50 oranında darlık ve darlık sonrası dilatasyon izlendi (Resim1 ve 2).

*Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Hakan Yabanoğlu, Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Dadaloğlu Mahallesi, 2591. Sk. 4/A, 01240 Yüreğir/Adana
E-mail: drhyabanoğlu@gmail.com, Tel: 0 (542) 609 50 97, 0 (505) 238 81 08

Geliş Tarihi: 03.06.2018, Kabul Tarihi: 20.10.2018



Resim 1. Aksiyal BT görüntüsü. Çölyak arter orjininde anormal bulgu yok

Dıştan bası bulguları ile MALS tanısı konuldu ve endovasküler işlemlerden (endovasküler stent) yarar görmeyeceği belirtildi. Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı. Entübe edildikten sonra nazogastrik sonda takıldı ve litotomi pozisyonu verildi. Uygun sterilizasyon sonrası veres iğnesi yardımı ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Karın 13-14 mmHg basıncında CO₂ ile şişirildikten sonra 10 mm'lik 5 adet trokar karın içerisine yerleştirildi. Öncelikle karaciğer sağa doğru mide ise uygun manevralar ile sola doğru ekarte edildi. Sağ krus aşağıya doğru aort takip edilerek çölyak trunkusa kadar diseke edildi. bacak liflerinin aort ve çölyak arteri kavradığı nokta belirlendi. Bu lifler dikkatlice kesildi ve oluşturduğu bası etkisi sonlandırıldı. Çölyak artere bası yapan hipertrofik median arcuat ligament kesildi. İntraoperatif değerlendirme median arcuat ligament kesilmesinden sonra makroskopik olarak splenik ve ana hepatik arter dolununun arttığı izlendi. Ameliyat sonrası takiplerde sorun olmayan hasta postoperatif 3. gün sorunsuz taburcu edildi. Hastanın yaklaşık 3 aylık takibinde sorun izlenmedi.

Tartışma

İlk kez 1917 yılında Lipshutz tarafından bildirilen, ardından 1963 yılında Harjola tarafından karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal kliniğinin eşlik ettiği bir sendrom olarak tanımlanan MALS nadir görülen bir durumdur (2). MALS asemptomatik kişilerde görülme sıklığı coğrafik farklılıklar göstermekle beraber %2-24 arasında değişmektedir (7, 8). Median arcuat ligament sendromu yemek sonrası başlayan karın ağrısı, bulantı ve kilo kaybı triadı ile görülen bir klinik durumdur (3, 4). Hastamızda tüm klinik semptomlar görülmekte idi. Ancak birçok hastada çeşitli düzeylerde daralma



Resim 2. Abdominal BT anjiyografiden elde edilen orta hat sagittal reformat MIP görüntüsünde proksimal çölyak arter daralması ve hafif indentasyon görülmekte

olmasına rağmen klinik semptomlar görülmemektedir. Bu durum superior mezenterik arterden çölyak arter veya dallarına gelişen kollaterallere bağlı olarak gelişmektedir. Hastaların fizik incelemesinde, özellikle ekspiryumda epigastrik bölgedeki üfürüm duyulabilmektedir (9). Ancak olgumuzda üfürüm mevcut değildi.

Median arcuat ligament sendromu tanısında doppler ultrasonografi, multidedektörlü bilgisayarlı tomografi, MR anjiyografi ve konvansiyonel anjiyografi kullanılmaktadır. Konvansiyonel anjiyografi ile MALS tanısı net olarak gösterilse bile günümüzde daha non-invaziv yöntemler tercih edilmektedir (10). Hastamızın dış merkez görüntülemeleri elimizde olmadığı için merkezimizde yapılan multidedektörlü bilgisayarlı tomografide MALS tanısı doğrulandı.

Median arcuat ligament sendromu hastalarda tedavinin amacı bası bulgularının giderilmesi ve çölyak kan akımının normale getirilmesidir. Bu amaçla median arcuat ligamentinin kesilmesi gerekmektedir. İşlem açık, laparoskopik veya robotik yöntemler ile yapılabilmektedir. İlk kez 2000 yılında Roayaie ve arkadaşları tarafından MALS' da laparoskopik cerrahi tedaviyi tanımlamış ve o dönemden sonra laparoskopik ve robotik yöntemlerdeki gelişmeler ve artan tecrübe ile MALS tanısı alan hastalar başarı ile tedavi edilmeye başlanmıştır (11).

Hangi yöntem ile ameliyat edilirse edilsin median arcuat ligamanetin kesilmesinden sonra ya ameliyat sırasında ya da ameliyattan hemen sonra radyolojik görüntülemeler ile arter doluluklarındaki artış

izlenebilmektedir (12). Olgumuzda da ameliyat sırasında arteriyel dolumdaki artış belirgin olarak izlendi. Bu nedenle ameliyat sonrası kontrol amaçlı radyolojik görüntüleme yapılmadı. Hastanın ameliyat sonrası 3 aylık takibinde sorun izlenmemesi ve ameliyat sırasında arteriyel dolunun artmış olması nedeni ile takiplerde yeni radyolojik görüntüleme yapılmadı.

Birçok çalışmada uzun dönem takipler hastalardaki semptomların belli oranlarda nüks edebileceği belirtilmektedir (1). Nadir görülen bir vaka olduğu için kliniğimizde bu sonuçları değerlendirme şansımız şu anda bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, MALS nadir görülen bir sendrom olup, abdominal anjina bulguları ön planda olan genç hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Günümüzde teknik ve cerrahi alandaki gelişmelere paralel olarak MALS' lu hastalar laparoskopik yöntemle güvenli bir şekilde ameliyat edilebilmektedirler. Hastalara ameliyat sonrası geç dönemde nüksler olabileceği hatırlatılmalı ve hastaların uzun dönem takipleri yapılmalıdır.

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(2): 90-93.
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: 161-163.
3. Dunbar D, Molnar W, Beman F. Compression of the celiac trunk and abdominal angina. *Am J*

4. Harjola P T. A rare obstruction of the coeliac artery. Report of a case, *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae* 1963; 52: 547-550.
5. Jaik NP, Stawicki SP, Weger NS, Lukaszczyk JJ. Celiac artery compression syndrome: successful utilization of robotic-assisted laparoscopic approach. *J Gastrointestin Liver Dis* 2007; 16(1): 93-96.
6. 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(4): 379-383.
7. Horton K M, Talamini M A, Fishman E K. Median arcuate ligament syndrome: evaluation with CT angiography. *Radiographics* 2005; 25(5): 1177-1182.
8. Ikeda O, Tamura Y, Nakasone Y, Yamashita Y, Celiac artery stenosis/occlusion treated by interventional radiology. *Eur J Radiol* 2009; 71(2): 369-377.
9. Marcocchia A, Zippi M, Bruni A, Salvatori FM, Badiali D, Donato G, et al. Chronic abdominal pain associated with intermittent compression of the celiac artery. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2007; 53(2): 209-213.
10. Median arcuat ligament sendromu, Multislice BT ile tanısı. Bayaroğulları H, Balcı A, Korkmaz İ, Yanmaz R, Aslan A, Davran R. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi* 2010; 1(3).
11. Roayaie S, Jossart G, Gitlitz D, Lamparello P, Hollier L, Gagner M. Laparoscopic release of celiac artery compression syndrome facilitated by laparoscopic ultrasound scanning to confirm restoration of flow. *J Vasc Surg* 2000; 32 (4):814-817.
12. 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(6): 778-784.