

KRONİK KARIN KAĞRISININ NADİR BİR NEDENİ: MEDIAN ARKUAT LİGAMENT SENDROMU

A Rare Cause of Chronic Abdominal Pain: Median Arcuate Ligament Syndrome

Ayhan BALKAN¹, Samet ALKAN², Abdullah Emre YILDIRIM¹, Buğra Tolga KONDUK¹,
Ramazan Erdem ER¹, Murat Taner GÜLŞEN¹

ÖZET

Median arkuat ligament sendromu, median arkuat ligamentin çölyak arter köküne basısı sonucu oluşur. Çölyak arter kökünde basıya sekonder gelişen darlık gastrointestinal sistem kan akımında azalmaya neden olur. Sendrom kendini genellikle postprandial ağrı ile belli eder ve özellikle ekspiryumda daha belirgin ağrı oluşur. Burada kronik karın ağrısı ile tetkik edilip median arkuat ligament sendromu tanısı konulan ve cerrahi tedaviyle düzelme sağlanmayıp çölyak arter stentleme ile tamamen asemptomatik hale gelen genç bir erkek hasta sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: *Kronik karın ağrısı; Çölyak arter; Median arkuat ligament*

ABSTRACT

Median arcuate ligament syndrome occurs when median arcuate ligament pressures the root of the celiac artery. The root secondary to compression of the celiac artery stenosis causes decreased blood flow to the gastrointestinal tract. Generally it reveals itself with the post-prandial pain and pain increases with expiration. We present a young male patient with median arcuate ligament syndrome whom no improvement is achieved with surgical treatment and recovered with celiac artery stenting.

Keywords: *Chronic abdominal pain; Celiac artery; Median arcuate ligament*

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Gaziantep

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Ayhan BALKAN, Uzm. Dr.
Samet ALKAN, Uzm. Dr.
Abdullah Emre YILDIRIM, Uzm. Dr.
Buğra Tolga KONDUK, Uzm. Dr.
Ramazan Erdem ER, Uzm. Dr.
Murat Taner GÜLŞEN, Doç. Dr.

İletişim:

Uzm. Dr. Ayhan BALKAN
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim Dalı,
Gastroenteroloji Bilim Dalı,
Gaziantep

Tel: 0 342 3606060

e-mail:

dr.ayhanbalkan@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 22.08.2016

Kabul tarihi/Accepted: 01.08.2017

Bozok Tıp Derg 2017;7(3):106-9
Bozok Med J 2017;7(3):106-9

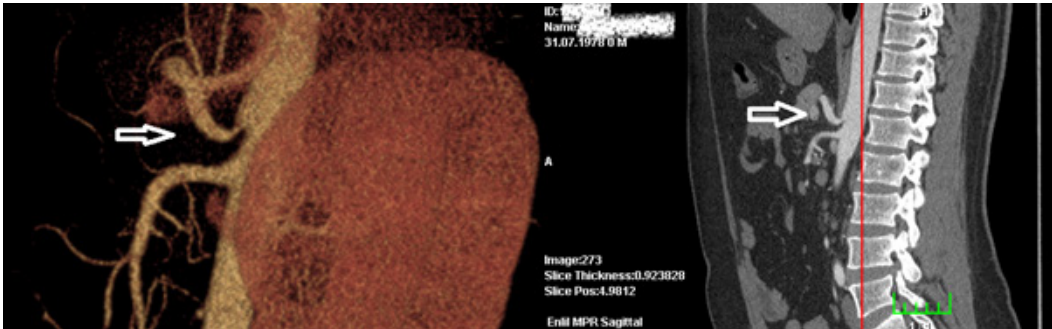
Giriş

Median arkuat ligaman T12/L1 vertebra seviyesinde aortik hiatusu çaprazlayan sağ ve sol diyafram kruslarını birbirine bağlayan fibröz bir bağdır. Az sayıda hastada bu ligamanın düşük seviyeli yerleşimi çölyak arterin proksimalinde ciddi darlığa neden olarak çölyak arter bası sendromu olarak bilinen iskemik semptomlara yol açar (1). Bu durum ayrıca medyan arkuat ligaman sendromu (MALS) ya da Dunbar sendromu olarak da bilinir. MALS özellikle orta-geç yaş hastalarda görülür ve çoğunlukla postprandial ekspirasyon ile artan epigastrik ağrı, kilo kaybı, abdominal rahatsızlık hissi gibi bulgularla kendini gösterir(2).

VAKA SUNUMU

36 yaşında erkek hasta 5 yıldır olan ancak son 3 aydır daha şiddetli olan özellikle yemeklerden sonra olan karında yaygın ağrı ve rahatsızlık hissi ile polikliniğe başvurdu. Hastanın anamnezinde bu şikayeti nedeni ile birçok kez doktora gittiği, karın ağrısı olmasın diye yemek yemek istemediği ve son 3 ayda 6-7 kg kaybettiği öğrenildi. Fizik muayenesi normaldi. Gastrointestinal sistem patolojileri açısından yapılan, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, rektosigmoidoskopi ve kan

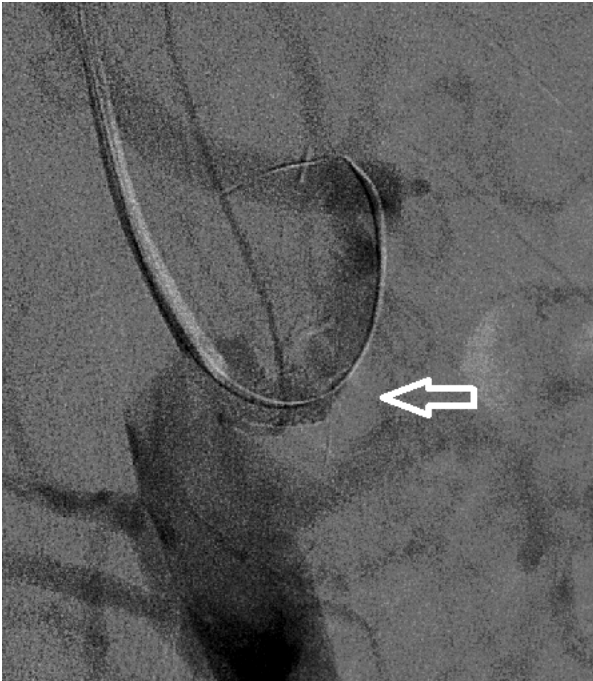
laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastanın tüm abdominal ultrasonografisi ve alt-üst abdominal bilgisayarlı tomografisinde (BT) de kliniği açıklayacak patoloji saptanamadı. Kronik alkol kullanım öyküsü olan (3 yıl öncesine kadar 15 yıl süre ile) hastadan olası kronik pankreatit veya mezenter iskemii ayırıcı tanısı açısından pankreas manyetik rezonans görüntüleme (MR) ve abdominal anjiyo BT istendi. MR normal olarak raporlanan hastanın abdominal anjiyo BT sinde çölyak arterde %60-70 civarında darlık saptandı (Resim-1). Bunun üzerine konvansiyonel anjiyografi yapılan hastada çölyak arterde %80-90 darlık saptandı (Resim-2). Klinik ile birlikte değerlendirildiğinde MALS tanısı konulan hasta genel cerrahi tarafından operasyona alınarak proksimalden çölyak artere bası yapan hipertrofik median arkuat ligament eksize edildi. Ancak izlemde literatürdeki vakaların aksine hastanın semptomlarının devam ettiği görüldü. Bunun üzerine tekrar konvansiyonel anjiyografi yapılan hastada çölyak arterde % 70-80 oranında darlık görüldü ve hastada çölyak artere stent yerleştirildi. Kontrol anjiyogramda çölyak arterdeki darlığın giderildiği tespit edildi (Resim-3). Hastanın takiplerinde şikayetlerinin düzeldiği ve tamamen asemptomatik hale geldiği görüldü.



Resim 1: Abdominal anjiyo BT sinde çölyak arterde %60-70 civarında darlık



Resim 2: Konvansiyonel anjiyografi yapılan hastada çölyak arterde %80-90 darlık



Resim 3: Kontrol anjiyogramda çölyak arterdeki darlığın giderildiği tespit edildi.

TARTIŞMA

İzole çölyak arter stenozunun iki önemli nedeni sıklık sırasına göre median arkuat ligaman basısı ve aterosklerozdur. Asemptomatik bireylerde izole çölyak arter stenozunun görülme sıklığının %2,3 ile % 7,2 arasında olduğu bilinmektedir. Otopsi serilerinde bu oran %24'e kadar çıkmaktadır (3). Çölyak arter stenozunun bu sıklıkta olmasına rağmen olguların önemli bir kısmında MALS gelişmemesi; çölyak arterde darlığın minimum yani tolere edilebilir olması veya gelişen kollateral dolaşım vasıtasıyla normal akım paternlerinin sağlanması ile açıklanabilir.

Semptomatik olgularda postprandial karın ağrısı, kilo kaybı, kusma, abdominal rahatsızlık hissi gibi bulgular görülür. Özellikle ekspiryum esnasında diyaframın kraniale doğru yer değiştirmesi ile ligamentin gerilmesine bağlı çölyak basınının daha da artması semptomların belirgin hale gelmesine neden olmaktadır(4).

MALS olgularında çölyak arter basısı; Doppler USG, BT anjiyografi, konvansiyonel anjiyografi ve MR ile araştırılabilir. Özellikle Doppler USG'in tanıda yüksek duyarlılığı bildirilmiş ve tanısal modalite olarak önerilmiştir. Altın standart tanı yöntemi ise konvansiyonel anjiyografidir. BT anjiyografinin ise çabuk sonuç vermesi ve non-invaziv bir yöntem olması avantajdır(5). Bizim vakamız da BT anjiyografi ile tanı aldı.

MALS saptanan hastalarda tedavinin amacı çölyak arter kan akımının normale getirilmesidir. Açık veya laparoskopik tekniklerle median arkuat ligament kesilerek yapılabilir. Ayrıca cerrahi yöntemler ile başarılı olunamayan vakalarda; patch anjioplasti, aortoçölyak bypass, çölyak arterin aorta reanastomozu, perkütan endovasküler girişimler yapılabilir. Cerrahi tedavi sonrası uzun süreli takiplerde %70-80 asemptomatik başarılı sonuçlar bildirilmektedir (6-7). Ancak bizim vakamızda literatürdeki olgu sunumlarının genelinin aksine cerrahi olarak başarı sağlanamamış ve çölyak arter stentleme yöntemi ile başarı sağlanmıştır.

Sonuç olarak; genç-orta yaş, zayıf, erkek olgularda özellikle ekspirasyonla artan postprandial epigastik ağrı varlığında MALS mutlaka akla gelmelidir. Çölyak arter stentleme yöntemi cerrahiye bir alternatif olarak akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Aschenbach R, Basche S, Vogl TJ. Compression of the celiac trunk caused by median arcuate ligament in children and adolescent subjects: evaluation with contrast-enhanced MR angiography and comparison with Doppler US evaluation. *J Vasc Interv Radiol* 2011;22:556–61.
2. Desmond CP, Roberts SK. Exercise-related abdominal pain as a manifestation of the median arcuate ligament syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:1310–3.
3. Park CM, et al. Celiac Axis Stenosis: Incidence and Etiologies in Asymptomatic Individuals *Korean Journal of Radiology*; 2001 March; 2: 8-13
4. Horton K M, Talamini M A, Fishman E K. Median arcuate ligament syndrome: evaluation with CT angiography. *Radiographics*. 2005; 25(5):1177–82.
5. Oktay Ö, Memiş A, Parıldar M, Oran İ. Coeliac artery compression syndrome. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2003; 2 (3): 142-145.
6. Hongsakul K, Rookkapan S, Sungsi J, Tubtawee T. A severe case of median arcuate ligament syndrome with successful angioplasty and stenting. *Case Rep Vasc Med*. 2012;2012:129870.
7. Grottemeyer D, Duran M, Iskandar F, Blondin D, Nguyen K, Sandmann W. Median arcuate ligament syndrome: vascular surgical therapy and follow-up of 18 patients, *Langenbecks Arch Surg*, 2009; 394: 1085–92.