

ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომი

მ.კილაძე, მ.ბოკუჩავა, თ.კეპულაძე

კლინიკა „კარაპს მედლაინი“, ზოგადი და მცირე ინვაზიური ქირურგიის დეპარტამენტი.

MEDIAN ARCUATE LIGAMENT SYNDROME

KILADZE M, BOKUCHAVA M, KEPULADZE O

Clinic „Caraps Medline“

რეზიუმე:

ჩვენი კლინიკური შემთხვევა ეხება ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომის ლაპაროსკოპიულ ქირურგიულ მკურნალობას. პაციენტი 28 წლის ქალი. დაავადების ანამნეზი 7-8 წ. ბოლო 1 წლის განმავლობაში განსაკუთრებით გაუძლიერდა ტკივილი მუცლის არეში, ტკივილმა მიიღო მუდმივი ხასიათი დღისა და ღამის განმავლობაში, ბოლო 1 თვეში პაციენტმა მოიკლო 18 კგ. დიაგნოსტიკა მოხდა დუპლექს სკანირებით და CT ანგიოგრაფიით - ფაშვის ღერო პროქსიმალურ სეგმენტში ლოკალურად სტენოზირებული იყო 75%-ით. გაუკეთდა ოპერაცია ლაპაროსკოპულად - მედიანური რკალისებური იოგის გაკვეთა-განცალკევება მუცლის აორტიდან. ოპერაციის შემდგომ მოხსნა ყოველგვარი პათოლოგიური სიმპტომები დაკავშირებული მუცლის ღრუსთან. 12 სთ-ში აღსვანაწლავთა პერისტალტიკა. მეორე დღიდან მიიღო საკვები პათოლოგიური სიმპტომების გამოვლინების გარეშე. გაქრა მუცლის ღრუში შემაწუხებელი პულსაცია. პაციენტი გაეწერა ოპერაციიდან 24 სთ-ის შემდეგ. ოპერაციიდან გასულია 5 თვე, დღეისათვის თავს გრძნობს კარგად.

საკვანძო სიტყვები: ფაშვის ღერო, ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომი, მუცლის ანგინა.

Summary

Our clinical case is related with the laparoscopic treatment of Median Arcuate Ligament Syndrome. 28-year-old female patient. 7-8 year history of disease. Last 1 year the abdominal pain increased and became permanent. The patient lost 18 kg weight during the last month. The diagnosis was confirmed with duplex ultrasonography and CT scan – which showed celiac artery 75% stenosis in proximal segment. Performed laparoscopic release of median arcuate ligament. All the pathological abdominal symptoms relived after the operation. Peristalsis returned after 12 hours. The patient took meal the next day after the operation without any pathological symptoms. The abdominal bruit disappeared. The patient was discharged from the clinic next day after the surgery. 5 months passed after the surgery and patient tolerated this period well.

Key words: Laparoscopic, median arcuate ligament, celiac artery.

შესავალი:

ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომი საერთაშორისო ტერმინოლოგიით ცნობილია, როგორც MALS სინდრომი, რაც იმიფრება შემდეგნაირად - Median Arcuate Ligament Syndrome. ამ პათოლოგიის დროს ვითარდება აბდომინალური იშემია, ძირითადად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, რის გამოც აღინიშნება მუდმივი და ძლიერი ტკივილი მუცელში ანუ „მუცლის ანგინა“. თანამედროვე საერთაშორისო კლასიფიკაციაში ეს დაავადება შეტანილია შემდეგი სათაურით „მუცლის აორტის ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომი“ K 177.4 კლასი IX - სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადება. ამ პათოლოგიის ფორმირება დაკავშირებულია დიაფრაგმის ხვრელის განვითარების თავისებურებებთან, კერძოდ ეს ხვრელი ვითარდება დიაფრაგმის მარჯვენა და მარცხენა ფენის შემაერთებელი რკალოვანი იოგით. ნორმაში ეს იოგი განლაგებულია უშუალოდ ფაშვის ღეროს ფუძის ზემოთ, მაგრამ ზოგიერთ ადამიანში ეს იოგი შედარებით ქვემოთ მდებარეობს და სხეულის ზრდასთან ერთად ზრდასრულ ადამიანში თანდათანობით იწვევს ზეწოლას სისხლძარღვზე და ნაწილობრივ მის ობსტრუქციას (1). ამ იოგის ანომალური განლაგება ზოგჯერ თავიდანვე ვლინდება როგორც თანდაყოლილი პათოლოგია. ახლობლებში აღნიშნავენ ამ დაავადების შედარებით მეტ ალბათობას გენეტიკური ფაქტორის გამო. ზოგიერთი ავტორი მიუთითებს რომ რკალისებური იოგის გარდა ფაშვის ღეროს კომპრესიაში მონაწილეობს მზის წნულის ნეიროფიბროზული

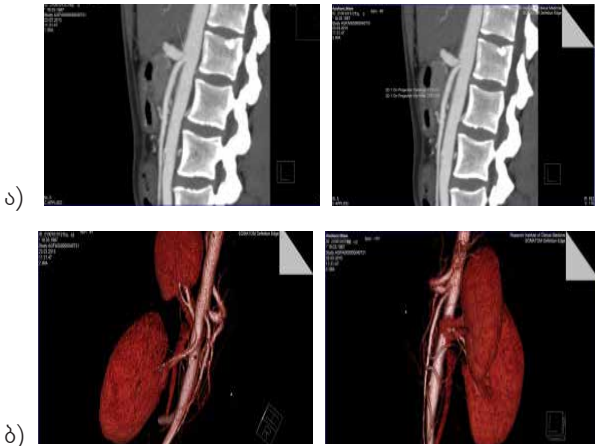
ქსოვილი, რაც ზრდის კომპრესიას. დაავადების დიაგნოსტიკა ხდება დუპლექს სკანირებით, CT და MRT ანგიოგრაფიით. გაკეთდა ოპერაცია ლაპაროსკოპულად: „მედიანური რკალისებური იოგის გაკვეთა-განცალკევება მუცლის აორტიდან“.

კლინიკური შემთხვევა:

პაციენტი 28 წლის, მდედრობითი სქესის. დაავადების ანამნეზი 7-8 წ. ბოლო 1 წლის განმავლობაში განსაკუთრებით გაუძლიერდა ტკივილი მუცლის არეში, ტკივილმა მიიღო მუდმივი ხასიათი დღისა და ღამის განმავლობაში, განსაკუთრებით ძლიერდებოდა საკვების მიღების შემდეგ და ეწყებოდა გულისრევა და ღებინება. ამის გამო ბოლო 1 თვეში პაციენტმა მოიკლო 18 კგ. აღენიშნებოდა სიმძიმის შეგრძნება ეპიგასტრიუმის არეში, გულძმარვა, გულისრევა, ღებინება, ყაბზობა, ძლიერი საერთო სისუსტე, გადაადგილება და ნებისმიერი ფიზიკური მოქმედება იწვევდა ძლიერ დაღლას, ქონდა თავის ტკივილი, უძილობა, თავბრუს ხვევა და მუცლის აორტის გამძლიერებული პულსაციის შეგრძნება, აღნიშნავდა სიცხის შეგრძნებას კიდურებში. დიაგნოსტიკა:

დუპლექს სკანირებით სტენოზური უბანი აღმოჩნდა 70% მეტი, ამოსუნთქვის ფაზაში PSV (პიკური სისტოლური სიჩქარე) იყო 240 სმ/წმ, ჩასუნთქვის ფაზაში კლებულობდა 200 სმ/წმ-მდე.

სურათები ა), ბ): CT ანგიოგრაფიით - ფაშვის ღერო პროქსიმალურ სეგმენტში ლოკალურად სტენოზირებული 75%-ით.



ლაპაროსკოპული ქირურგიული მკურნალობა:

გაკეთდა ოპერაცია ლაპაროსკოპულად: „მედიანური რკალისებური იოგის გაკვეთა-განცალკევება მუცლის აორტიდან“. ამ ოპერაციას ზოგიერთი ავტორი უწოდებს ფაშვის ღეროს განგლიონექტომიასაც (ნეიროფიბროზული ინფილტრაციის გამო) (1).

მკურნალობის შედეგი:

პაციენტი გაეწერა ოპერაციიდან 24 სთ-ის შემდეგ. აღსანიშნავია რომ ოპერაციის შემდეგ ნარკოზიდან გამოსვლისთანავე იგრძნო ტკივილის გაქრობა მუცლის არეში, შემდგომ მოეხსნა ყოველგვარი პათოლოგიური სიმპტომები დაკავშირებული მუცლის ღრუსთან. აღნიშნავდა კიდურების გათბობას. 12 სთ-ში აღსკვა ნაწლავთა პერისტალტიკა. მეორე დილიდან მიიღო საკვები პათოლოგიური სიმპტომების გამოვლინების გარეშე. გაუქრა მუცლის ღრუში შემაწუხებელი პულსაცია. პაციენტი 1 კვირის შემდეგ განმეორებითი ნახვისას თავს გრძობდა ძალიან კარგად, განსაკუთრებული ჩივილების გარეშე. აღსანიშნავია, რომ შემდგომში პაციენტს დარჩა დაბალი არტერიული წნევა 80/40 mm წნევის ფარგლებში, რაც იწვევს ზოგჯერ გულის არეში უსიამონო შეგრძნებას. ოპერაციიდან გასულია 5 თვე. ოპერაციამდელი კლინიკური ჩივილები არ განმეორებულა. ამჟამად თავს კარგად გრძობს, პერიოდულად იმყოფება კარდიოლოგისა და ანგიოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ. ოპერაციიდან 6 თვის თავზე დაგეგმილია საკონტროლო CT ანგიოგრაფიული კვლევა.

დისკუსია:

პირველად ეს დაავადება კლინიკური სიმპტომატიკით აღწერილი იქნა ჰარჯოლას მიერ 1963 წ., როგორც

MALS სინდრომი ან ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომი (2). შემდგომში 1965წ ამერიკელმა ექიმმა დანბარმა 13 პაციენტში კლინიკური სიმპტომების, ანგიოგრაფიული კვლევებისა და ოპერაციული შედეგების საფუძველზე დაასკვნა, რომ აბდომინალური იშემიის მიზეზი იყო ფაშვის ღეროს კომპრესია მედიანური რკალისებური იოგით. ამიტომაც ხშირად ეს დაავადება მოხსენიებულია როგორც „დანბარის სინდრომი“ (3). ძირითადად დაავადება ვლინდება ახალგაზრდა პაციენტებში (20-40 წ) და უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში. დაავადება თავიდან ზოგჯერ უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. დუპლექს სკანირება და CT ანგიოგრაფია საშუალებას გვაძლევს მოვახდინოთ დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა (4,5). ჩვენს შემთხვევაში დუპლექს სკანირებით სტენოზური უბანი აღმოჩნდა 70% მეტი, ამოსუნთქვის ფაზაში PSV (პიკური სისტოლური სიჩქარე) იყო 240 სმ/წმ, ჩასუნთქვის ფაზაში კლებულობდა 200 სმ/წმ-მდე. CT ანგიოგრაფიით ფაშვის ღერო პროქსიმალურ სეგმენტში ლოკალურად სტენოზირებული იყო 75%-ით (6). ოპერაციული მკურნალობის მთავარი მიზანია ფაშვის ღეროში სისხლის ნორმალური მიმოქცევის აღდგენა. ღია ოპერაციულ ჩარევებთან შედარებით მინი ინვაზიური ჩარევის უპირატესობა გამოიხატება იმაში, რომ ოპერაციის დროს უკეთესად ხდება მუცლის აორტის მიდამოს ვიზუალიზაცია, რაც საშუალებას გვაძლევს სრულად და შედარებით უსაფრთხოდ მოხედეს ფაშვის ღეროს კომპრესიის სრული მოხსნა, შემცირებულია ინტრაოპერაციული სისხლდანაკარგი და კარდიო-პულმონარული გართულებები. ნაკლებია პოსტოპერაციული შეხორცებითი პროცესის განვითარების შანსი, პოსტოპერაციული ტკივილი და საავადმყოფოში დაყოვნების პერიოდი (2,7). ზოგიერთი ავტორის აზრით პერკუტანული ანგიოპლასტიკა სტენტირებით წარმოადგენს ალტერნატიულ ტექნიკას ამ დაავადების შერჩევით მკურნალობაში, მაშინ როცა ტარდიციული ქირურგიული მკურნალობა წარმოადგენს წინააღმდეგ ჩვენებას ან კიდევ ეს მეთოდი გამოიყენება დამატებით ტრადიციული მკურნალობის შემდგომ პერიოდში.

ფაშვის ღეროს კომპრესიული სინდრომის შესახებ დღეისათვის ბევრი პასუხსაუცემელი კითხვა არსებობს, რადგან იშვიათი პათოლოგიაა და დიდი კლინიკური მასალა ანალიზისათვის არ არსებობს. აღსანიშნავია, რომ ლაპაროსკოპულად ეს ოპერაცია ჩვენს მიერ გაკეთდა პირველად როგორც საქართველოში ასევე პოსტსაბჭოთა სივრცეშიც.

ლიტერატურა:

References:

1. Loukas M, Pinyard J, Vaid S, Kinsella C, Tariq A, Tubbs RS. Clinical anatomy of celiac artery compression syndrome: A review. Clin Anat. 2007;20:612-7.
2. Cienfuegos JA, Rotellar F, Valenti V, Arredondo J, Pedano N, Bueno A, et al. The celiac axis compression syndrome (CACS): critical review in the laparoscopic era. Rev Esp Enferm Dig. 2010;
3. Dunbar JD, Molnar W, Beman FF, Marable SA. Compression of the celiac trunk and abdominal angina. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1965;95:731-44.
4. Horton KM, Talamini MA, Fishman EK. Median arcuate ligament syndrome: evaluation with Ct angiography. Radiographics 2005;24:1177-82.
5. Karahan OI, Kahrman G, Yikilmaz A, et al. Celiac artery compression syndrome: diagnosis with multislice CT. Diagn interv Radiol 2007;13:90-3.
6. Skeik N, Cooper LT, Duncan AA, et al. Median arcuate ligament syndrome: a nonvascular, vascular diagnosis. Vasc Endovascular Surg 2011;45:433-7.
7. Carbonell AM, Kercher KW, Heniford BT, Matthews BD. Multimedia article. Laparoscopic management of median arcuate ligament syndrome. Surg Endosc. 2005;19:729. 102:193- 201.