

Laparoskopische Dekompression des Truncus coeliacus bei funktionellen Oberbauchbeschwerden

J. Celesnik¹, K. Peitgen¹, G. Wozniak², S. Hennigs³

¹ Klinik f. Allgemein- und Viszeralchirurgie, Knappschafts Krankenhaus Bottrop

² Klinik f. Gefäßchirurgie, Knappschafts Krankenhaus Bottrop

³ Klinik f. Radiologie / Nuklearmedizin / Neuroradiologie, Knappschafts Krankenhaus Bottrop

Einleitung/Hintergrund: Die Kompression des Abgangs des Truncus coeliacus aus der Aorta als Ursache für rezidivierende Oberbauchbeschwerden ist ein seltenes und schwer zu diagnostizierendes Krankheitsbild [1,2,4,5]. Neben einer vaskulären Komponente wird eine Irritation des Ganglion coeliacum als Ursache für dieses sympathisch-vegetative Schmerzsyndrom diskutiert. Die Operationsindikation wird in der Literatur kontrovers diskutiert [3].

Patient und Methode: Wir berichten über eine 54jährige Patientin, die seit über 5 Jahren über rezidivierende postprandiale Oberbauchbeschwerden mit schmerzhaften Spasmen klagte und in diesem Zeitraum über 10 kg an Gewicht verloren hatte. Die Beschwerden traten insbesondere bei der Aufnahme eiweiß- und fettreicher Kost auf. Beschwerdebedingend war die Lebensqualität der Patientin stark reduziert. Zahlreiche, teilweise wiederholt vorgenommene Untersuchungen (u.a. Ösophago-Gastroskopie, ERCP, CT/MRT-Abdomen, Kapselendoskopie, Porphyrindiagnostik, etc.) waren allesamt ohne pathologische Befunde. Eine Vorstellung in der psychosomatischen Medizin war terminiert. Im Rahmen einer i.a. DSA Mesenterico-Coeliacographie wurde eine funktionelle Stenose des Truncus coeliacus, nachweisbar nur in Expiration, diagnostiziert (s. Abb. 1).

Ergebnisse: Nach kritischer OP-Aufklärung erfolgte der laparoskopische Eingriff. *Intraoperativ* wurde der Truncus coeliacus nach Eröffnen des Omentum minus mit seinen drei Abgängen dargestellt. Als morphologisches Substrat des angiographischen Befundes fand sich ein kräftiges, den Hauptstamm des Truncus stammnah komprimierendes und deutlich nach kaudal verlagerndes Lig. arcuatum mediale (Abb. 2), welches durch Ultraschall disseziert werden konnte (Abb.3). Bereits am 1. postoperativen Tag war die Patientin komplett beschwerdefrei. In der postoperativen i.a. DSA Mesenterico-Coeliacographie konnten nun regelrechte Flussverhältnisse im Bereich der oberen Viszeralgefäße dokumentiert werden (Abb. 4). Nach 6 Wochen hatte unsere Patientin bereits 5 kg Gewicht zugenommen und berichtete über eine deutlich verbesserte Lebensqualität.

Literatur:

- 1 Rietzler B, Beyer-Enke SA, Loose R. Arteriell Kompressionssyndrom durch das Ligamentum arcuatum mediale des Diaphragmas. Fortschr Röntgenstr 1999; 171: 76 – 78
- 2 Kokotsakis JN, Lambidis CD, Lioulis AG, Skouteli ET, Bastounis EA, Livesay JJ. Celiac artery compression syndrome. Cardiovasc Surg 2000; 8: 219 – 222
- 3 Bech FR. Celiac artery compression syndromes. Surg Clin North Am 1997; 77: 409 – 424
- 4 Funaki B. Compression of the celiac trunk by the median arcuate ligament. Radiology 2000; 214: 604 – 606
- 5 Kopecky KK, Stine SB, Dalsing MC, Gottlieb K. Median arcuate ligament syndrome with multivessel involvement: diagnosis with spiral CT-angiography. Abdom Imaging 1997; 22: 318–320

Schlussfolgerung:

Die Diagnose eines Truncus-coeliacus-Kompressionssyndroms als Ursache von Oberbauchbeschwerden ist schwierig zu stellen.

Nach exakter klinischer und vaskulär-radiologischer Diagnostik kann die laparoskopische Chirurgie als eine minimal invasive Behandlungsoption zur Dekompression des Truncus coeliacus angewendet werden.

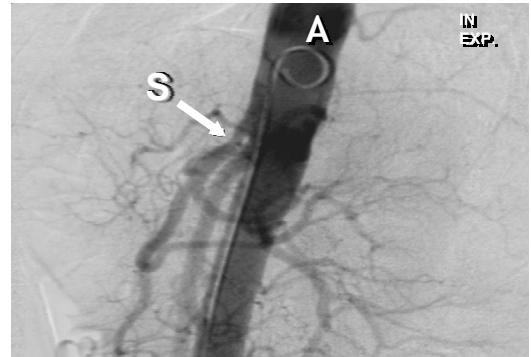


Abb. 1: DSA präoperativ (S: Stenose Truncus-Stamm; A: Aorta)

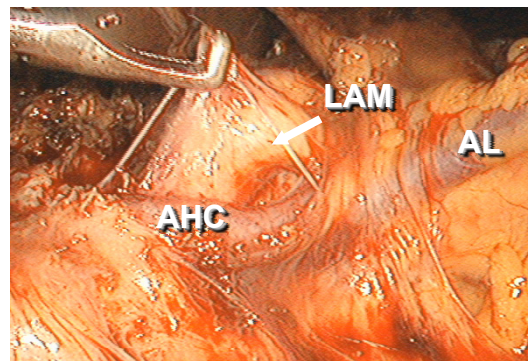


Abb. 2: Lig. Arcuatum mediale (LAM) vor Dissektion; AHC: A. hepatica communis; AL: A. lienalis

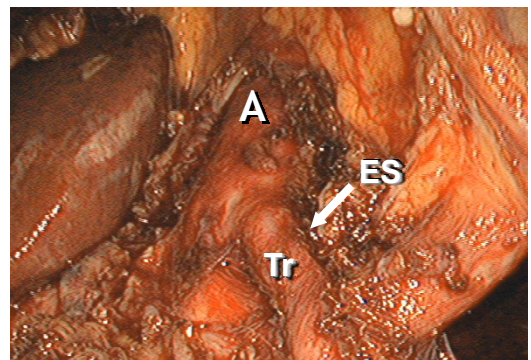


Abb. 3: Nach Dekompression (A: Aorta; Tr: langstreckig präparierter Truncusstamm; ES: ehemalige Stenose)

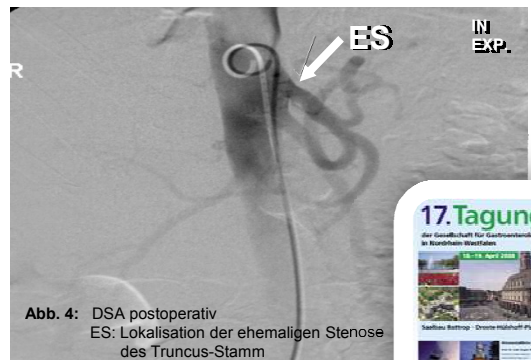


Abb. 4: DSA postoperativ (ES: Lokalisation der ehemaligen Stenose des Truncus-Stamm)

