



KTO KARATAY
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

KTO Karatay University Journal of Health Sciences

KTOKÜ Sağlık Bilimleri Dergimiz 1. Sayısı Ulusal Egemenliğin 100. Yılına ithaf olunur. KTOKÜSB-D

• Cilt/Vol:1 • Sayı/No:1 • Nisan/April 2020



Cilt 1 (2020) Sayı 1 1-3

Akut Abdomenin Nadir Bir Nedeni: Falsiform Ligament Nekrozu

Yusuf TANRIKULU¹, Ahmet OKUŞ², Ceren ŞEN TANRIKULU³, Gökhan YILMAZ⁴

Özet

Umbilikal venin fibröz bir kalıntısı olan falsiform ligament umbilikustan diyaframa doğru uzanan anatomik yapı olup, primer olarak falsiform ligamentten kaynaklanan inflamasyon, apse, hematoma ve nekroz gibi durumlar oldukça nadir görülür. Tanısında görüntüleme yöntemleri yardımcı olmasına rağmen genellikle tanı ameliyat esnasında konulur. Ameliyat öncesinde tanı konulan vakalarda medikal tedavi uygulanmakta iken, ameliyat esnasında tespit edilen vakalarda cerrahi tedavi uygulanır. Biz bu vakada akut kolesistit ve safra taşı nedeniyle ameliyata alınan ve ameliyat esnasında falsiform ligament nekrozu tespit edilerek cerrahi tedavi edilen 65 yaşında kadın hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler

Falsiform ligament
Nekroz
Umbilikal ven

Makale Hakkında

Gönderim Tarihi: 11.03.2020

Kabul Tarihi: 21.04.2020

E-Yayın Tarihi: 23.04.2020

A Rare Cause Of Acute Abdomen: Falciform Ligament Necrosis

Abstract

The falsiform ligament, a fibrous remnant of the umbilical vein, extends from the umbilicus to the diaphragm, and conditions such as inflammation, abscess, hematoma and necrosis arising primarily from the falsiform ligament are extremely rare. Although imaging methods are helpful in its diagnosis, the diagnosis is usually made during surgery. While medical treatment is applied in cases diagnosed before surgery, surgical treatment is applied in cases detected during surgery. In this case, we present a 65-year-old female patient who was operated for acute cholecystitis and gallstones and was treated surgically by detecting falsiform ligament necrosis during surgery

Keywords

Falsiform ligament
Necrosis
Umbilical vein

Article Info

Received: 11.03.2020

Accepted: 21.04.2020

Online Published: 23.04.2020

¹ KTO Karatay Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, drtanrikulu@hotmail.com

² Konya Medica Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Konya, Türkiye, draokus@hotmail.com

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Konya, Türkiye, cerensen81@hotmail.com

⁴ Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, drgokhanyilmaz@yahoo.com

1. Giriş

Umbilikal venin fibröz bir kalıntısı olan falsiform ligament umbilikustan diyaframa doğru uzanan anatomik yapıdır. Falsiform ligamanın uzunluğu kişilere göre değişiklik gösterebilir. Literatürde, falsiform ligament arterinin karaciğerden köken aldığını gösteren bazı çalışmalar mevcuttur (Baba ve ark., 2000). Primer olarak falsiform ligamentten kaynaklanan inflamasyon, apse, hematoma ve nekroz gibi durumlar oldukça nadir görülüp genellikle komşuluk içinde olduğu diğer organların inflamasyonlarına sekonder olarak oluşur (Tison ve ark.,2005, de Melo ve ark., 2003). Biz bu çalışmada safra taşına bağlı biliyer kolik ağrısı ve akut kolesistit nedeniyle opere edilen iki ayrı hastadaki falsiform ligament nekrozu olgularını sunduk.

2. Olgu Sunumu

Altmış beş yaşında bayan hasta sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinden şikayetlerinin 2 gündür olduğu, ağrısının kolik tarzda seyrettiği ve zaman zaman sırt bölgesine vurduğu, ara sıra bulantı ve kusmasının olduğu öğrenildi. Hastanın ateşi 38° C, nabızı 90 /dk. ve tansiyon arteriyeli 110/70 mmHg idi. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet ile birlikte epigastrik bölgede defans mevcuttu. Klinik olarak Murphy bulgusu pozitif idi. WBC (beyaz küre sayısı) 25.000x6/L, CRP (C-reaktif protein)149 mg/L idi. Diğer biyokimyasal parametreler normaldi. Ultrasonografik görüntüleme safra kesesi duvar kalınlığı artmış olup, kese içerisinde multipl taşlar olduğu görüldü. Hasta semptomatik safra taşı ve akut kolesistit ön tanılıyla ameliyata alındı. Ameliyat esnasında yapılan eksplorasyonda safra kesesi boyutları normal olup kese içerisinde multipl taşlar olduğu görüldü. Akut kolesistit hali mevcut değildi. Falsiform ligament ileri derecede ödemli, fragil ve nekrotik görünümde idi (Resim 1a ve 1b). Bu inflamasyon hali karaciğer yatağına ve perikolesistik alandaki yağ dokusuna kadar uzanıyordu. Güvenli cerrahi ile laparoskopik kolesistektomi yapıldıktan sonra laparoskopik olarak falsiform ligaman çevre dokulardan diseke edilerek eksize edildi. Perikolesistik yağ dokusunda belirgin nekroz görünümü olmadığından müdahale edilmedi. Safra kesesi lojuna diren konularak işlem sonlandırıldı. Hastanın takiplerinde inflamatuvar belirteçler hızlı bir şekilde düştü. Direninden aktif geleni olmayan hasta direni çekilerek ameliyat sonrası 3. günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1a ve 1b. Akut kolesistit hali birlikte falsiform ligament nekrozu (1a) ve falsiform ligament nekrozunun laparoskopik olarak eksize edilişi (1b).

3. Tartışma

Falsiform ligamentin anatomik yapısı ve varyasyonları net bir şekilde tanımlanmış olmasına rağmen, falsiform ligamentle ilişkili durumlar henüz tam olarak ortaya konulamamıştır. Parasagittal bir planda, falsiform ligament göbekten diyaframa doğru yönlendirilir ve ligamentum teres hepatis ile umbilikal ven kalıntılarını içerir. Ligament karaciğere ulaştığında burada peritoneal yapraklar koroner ligamanlara ayrılır. Bu şekilde safra kesesi ile falsiform ligament arasından potansiyel bir bağlantı oluşur (de Melo ve ark., 2003). Falsiform ligamentin kanlanması sağ hepatik arterden köken alan ince bir arteriyel daldan sağlanır. Venöz drenajı doğrudan paraumbilikal ve portal vene, lenfatik drenajı ise direkt olarak retroperitona olur (Sato ve ark., 1998).

Falsiform ligamentin en yaygın görülen patolojileri kistler, tümörler, konjenital patolojileri, parsiyel ligament defektleri ve portal hipertansiyonla ilişkili anormal vaskülarizasyonlarıdır (Sato ve ark., 1998, Khatri ve ark., 1998). Falsiform ligament arter çapının dar olması ve kollateral venöz akımdaki

başarısızlıklar nedeniyle herhangi bir patofizyolojik süreç karşısında falsiform ligament enfeksiyonları ve nekrozu kolayca gelişebilir. Arteriyel tıkanmaya bağlı görülen primer falsiform ligament nekrozları nadirdir ve buna benzer klinik durumların görüldüğü vakalar literatürde oldukça nadir görülmektedir. Günümüze kadar literatürde yaklaşık buna benzer yaklaşık 10 vaka bildirilmiştir. Bildirilen hastaların çoğunluğu 60 yaş üzeri kadın hastalardır. (Lange ve Rozentale, 1995). Ayrıca, klinik olarak ligamentte bir apse varlığı oldukça nadirdir. Bildirilen apse vakaların çoğunda akut kolesistit tanısı mevcuttur (de Melo ve ark., 2003). Bizim hastamızda literatürdeki bildirilen olgulara benzer olarak 65 yaşında kadın hasta idi.

Falsiform ligament nekrozunun ameliyat öncesi tanısı oldukça zordur. Hastaların anamnezleri spesifik olmayıp altta yatan nedene göre değişiklik göstermektedir. O nedenle bu hastaların büyük kısmı ameliyat esnasında tanı almaktadırlar. Özellikle akut batın kliniği olan hastalarda fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlere tanıya katkı sağlamakta ancak doğrudan falsiform ligament nekrozuna işaret etmemektedir (Pans, Burnel ve Gillard, 1999). Son yıllarda, radyolojik alandaki gelişmelere paralel olarak, falsiform ligamentide içeren intraabdominal yağ doku nekrozlu hastaların tanısında ciddi artışlar görülmektedir. Abdominal ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi bu hastalarda önemli ipuçları verebilir. Öcüler kontrastlı abdomenle bilgisayarlı tomografinin intraperitoneal yağ doku nekrozu tanısı ve takibinde altın standart olduğunu bildirmiştir (Coulier, 2010). Bizim hastamızda ameliyat öncesi kliniği akut batınla uyumlu olup inflamasyon markırları oldukça yüksektir. Abdominal ultrasonografide safra taşı ve kolesistit haricinde ek bulgu saptanmadı. Ultrasonografik tanı kliniği ve laboratuvar tetkikleri uyumlu olduğundan abdominal tomografi çekilmedi.

Primer falsiform ligament nekrozu sıklıkla ameliyat sırasında teşhis edilir. Coulier, falsiform ligament nekrozu tanısı alan hastaların diğer bozuklukları dışladıktan sonra medikal olarak tedavi edilebileceğini önermesine rağmen, çoğu yazar intraoperatif tanı alan hastalarda cerrahi tercih etmektedir (Coulier, 2010). Cerrahi tedavi diğer eşlik eden hastaların durumuna göre açık ya da laparoskopik olarak yapılabilmektedir. Bizim vakamızda da laparoskopik kolesistektomi işlemi tamamlandıktan sonra yine laparoskopik olarak nekroze olmuş falsiform ligament eksize edildi.

Sonuç olarak falsiform ligament nekrozları oldukça nadir görülen klinik bir durumdur. Vakaların büyük çoğunluğunda batın içi ilişkili bir patoloji mevcuttu. Yakın organ komşuluğu ve anatomik yapısından dolayı safra kesesi patolojileri ile yakın birliktelik gösterir. Hastalığın tanısında görüntüleme yöntemleri faydalı olmasına rağmen tanı sıklıkla ameliyat esnasında konulur. Ameliyat öncesi tanı alan hastalarda medikal tedavi faydalı olmasına rağmen, ameliyat esnasındaki tanılarda sıklıkla cerrahi tedavi tercih edilmektedir.

Kaynakça

- Baba, Y., Miyazono, N., Ueno, K., Kanetsuki, I., Nishi, H., Inoue, H., Nakajo, M. (2000). Hepatic falsiform artery. Angiographic findings in 25 patients. *Acta Radiol*, 41(4), 329-33.
- Tison, C., Regenet, N., Frampas, E., Masliah, C., Le Borgne, J. (2005). Gangrene of the ligamentum teres hepatis. *Gastroenterol Clin Biol*, 29(2), 204-5.
- de Melo, V.A., de Melo, G.B., Silva, R.L., Aragão, J.F., Rosa, J.E. (2003). Falsiform ligament abscess: report of a case. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, 58(1), 37-8.
- Sato, S., Watanabe, M., Nagasawa, S., Niigaki, M., Sakai, S., Akagi, S. (1998). Laparoscopic observations of congenital anomalies of the liver. *Gastrointest Endosc*, 47(2), 136-40.
- Khati, N.J., Enquist, E.G., Javitt, M.C. (1998). Imaging of the umbilicus and periumbilical region. *Radiographics*, 18(2), 413-31.
- Lange, H., Rozentale, I. (1995). Necrosis of the ligamentum teres hepatis and the anterior abdominal wall in acute pancreatitis. *Zentralbl Chir*, 120(4), 328-30.
- Pans, A., Burnel, M., Gillard, R. (1999). Gangrene of the round liver ligament: an unrecognized pathology. *Chirurgie*, 124(5), 551-4.
- Coulier, B. (2010). Contribution of US and CT for diagnosis of intraperitoneal focal fat infarction (IFFI): a pictorial review. *JBR-BTR*, 93(4), 171-85.