



Amikor a krónikus hasi fájdalom vaszkuláris eredetű: Dunbar – szindróma, mint diagnosztikai kihívás

Halász A. ¹, Bujáki Z. ², Kiss E. ², Reich V. ³, Izbéki F. ¹

1. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászati Osztály

2. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Radiológia

3. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Általános Sebészeti Osztály

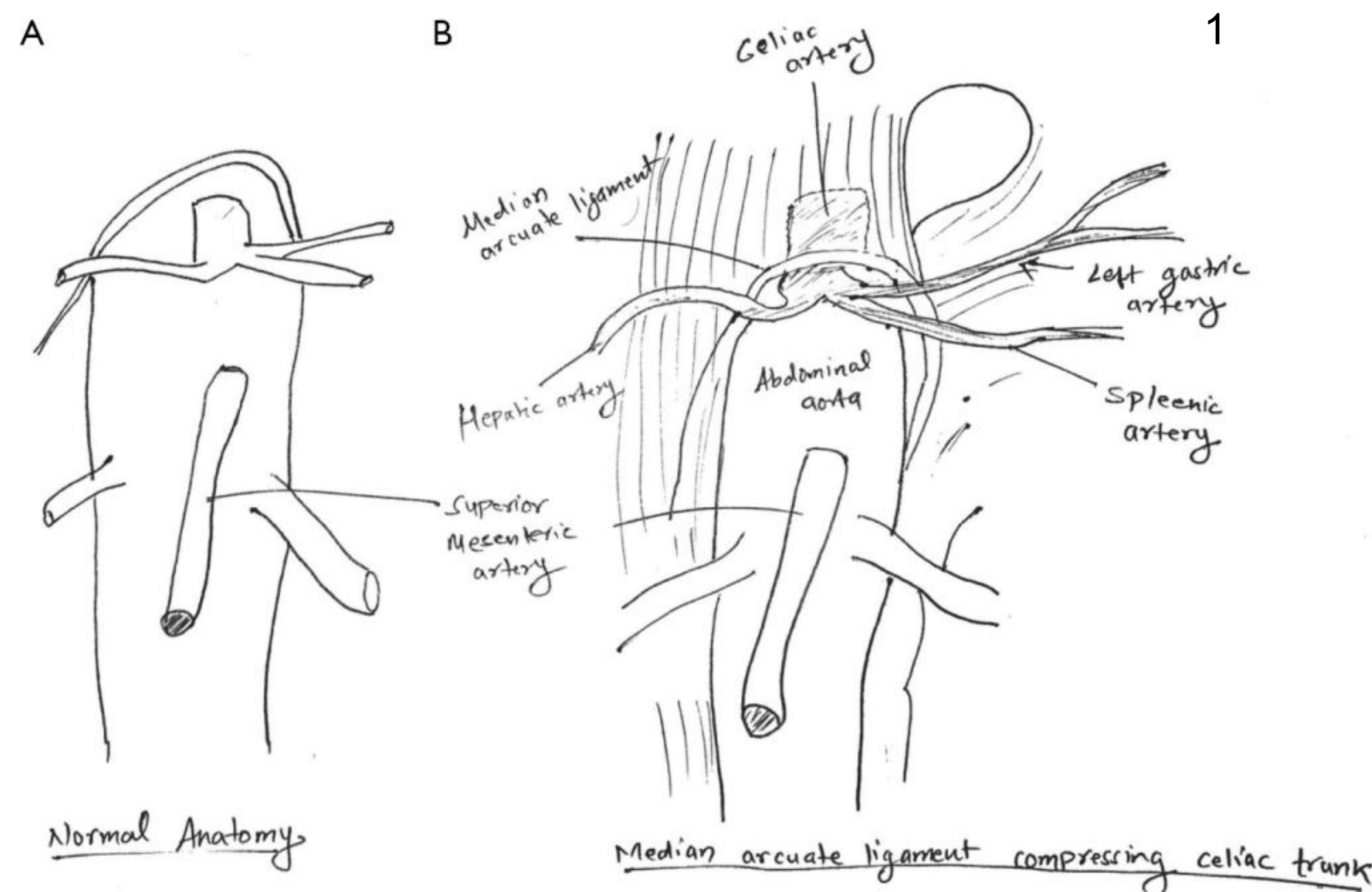
Bevezetés

A Dunbar szindróma (MALS) a rekeszizom ligamentum arcuatum medianum által okozott truncus coeliacus (TC) kompresszió illetve plexus coeliacus diszfunkció.

Incidencia: 2:100.000

Nő: férfi = 4:1

30-50 éves kor



Típusos tünetek:

1. Posztprandiális epigasztriális fájdalom
2. Hányinger, hányás; hasmenés
3. Fogys

Diagnosztika: doppler UH, CT/MR-angiográfia

Kezelés: sebészi TC felszabadítás, ggl. coeliacum neurolízis, revaszkularizáció

Esetbemutató

- 68 éves nő
- Anamnézisében vékonybél teleangiectasiák, steatosis hepatis.
- 2025.június: Fél éve, étkezést követő felhasi fájdalom, hányinger, regurgitáció illetve lazább székletek, puffadás, időszakos aranyeres vérzés. Tejtermék provokáló volt.

Kivizsgálás:

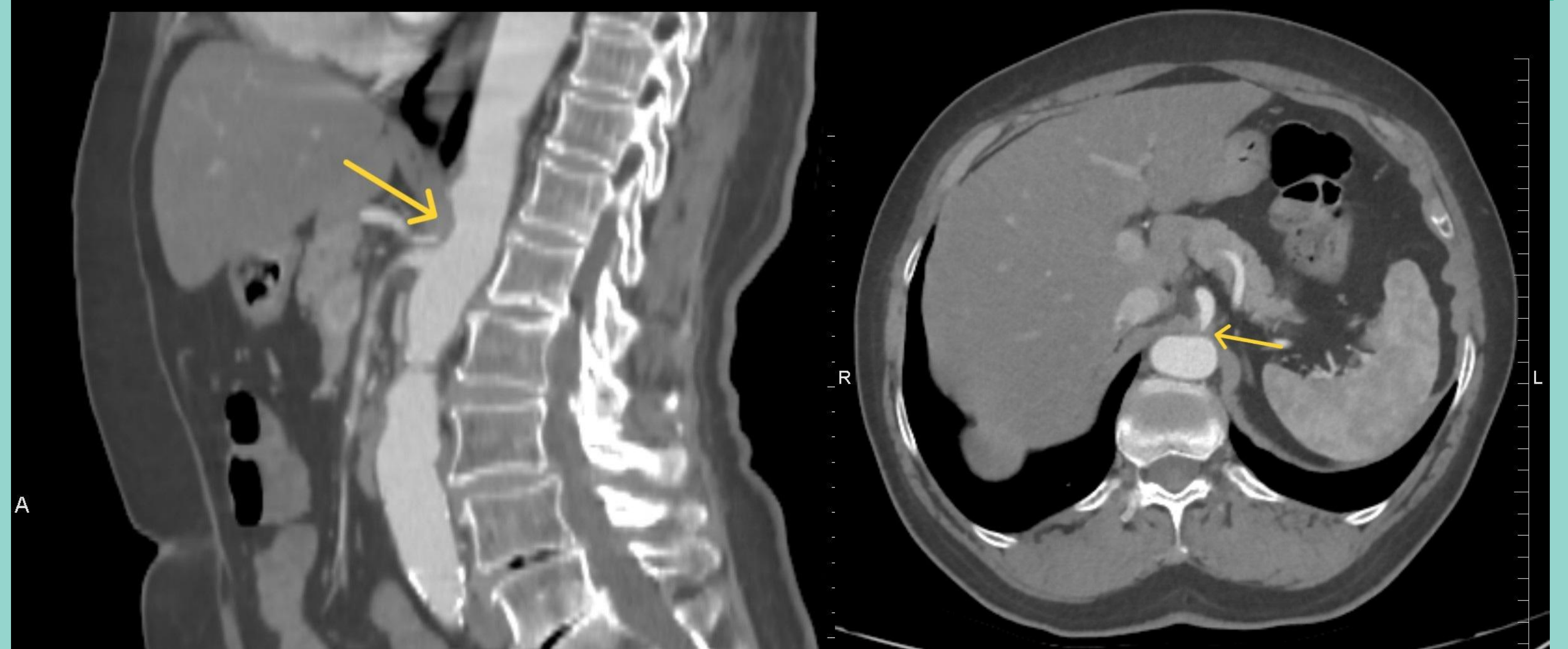
1. Fizikális vizsgálat: negatív
2. Laboratóriumi vizsgálat: **Hgb: 114 g/l, MCV: 78 fl**, reticulocytá: 65,8 G/l, **TRANSA: 8%**, tTG IgA: neg, nutritív panel: neg, GFR: 77 ml/min, glu: 4,5 mmol/l, GOT: 20 U/l, GPT: 18 U/l, GGT: 16 U/l, ALP: 85 U/l, amiláz: 50 U/l, TSH: 1,722 mIU/l, CRP: 1,2 mg/l
3. Széklet humán Hgb teszt: negatív
4. Hasi ultrahang: bal kolonfél falmegvastagodás
5. Széklet bakteriális tenyésztés: negatív
6. Totál colonoscopia: mikroszkóposan is negatív
7. Laktózmentes diéta: ineffektív
8. Gastrosocopia: GERD LA-A. Krónikus antrumhurut képe. Gyomorperisztaltika ép. Mélyduodenum biopszia negatív.
9. Széklet Helicobacter pylori antigén: negatív
10. Proktológia: grade II-III nodusok, opus javasolt.
11. **Hasi CT: a rekesz a truncus coeliacus eredését subtotalisan komprimálja.** Arteria hepatica communis variációs eredésű. Aorta abdominalis ectasia. Atherosclerosis. Steatosis hepatis. Intraabdominális térfoglalás nem látható.

Konzervatív kezelés: Diéta, PPI váltás, prokinetikum, metronidazol majd rifaximin kúra, aranyeres kenőcs és kúp, vaspótlás.

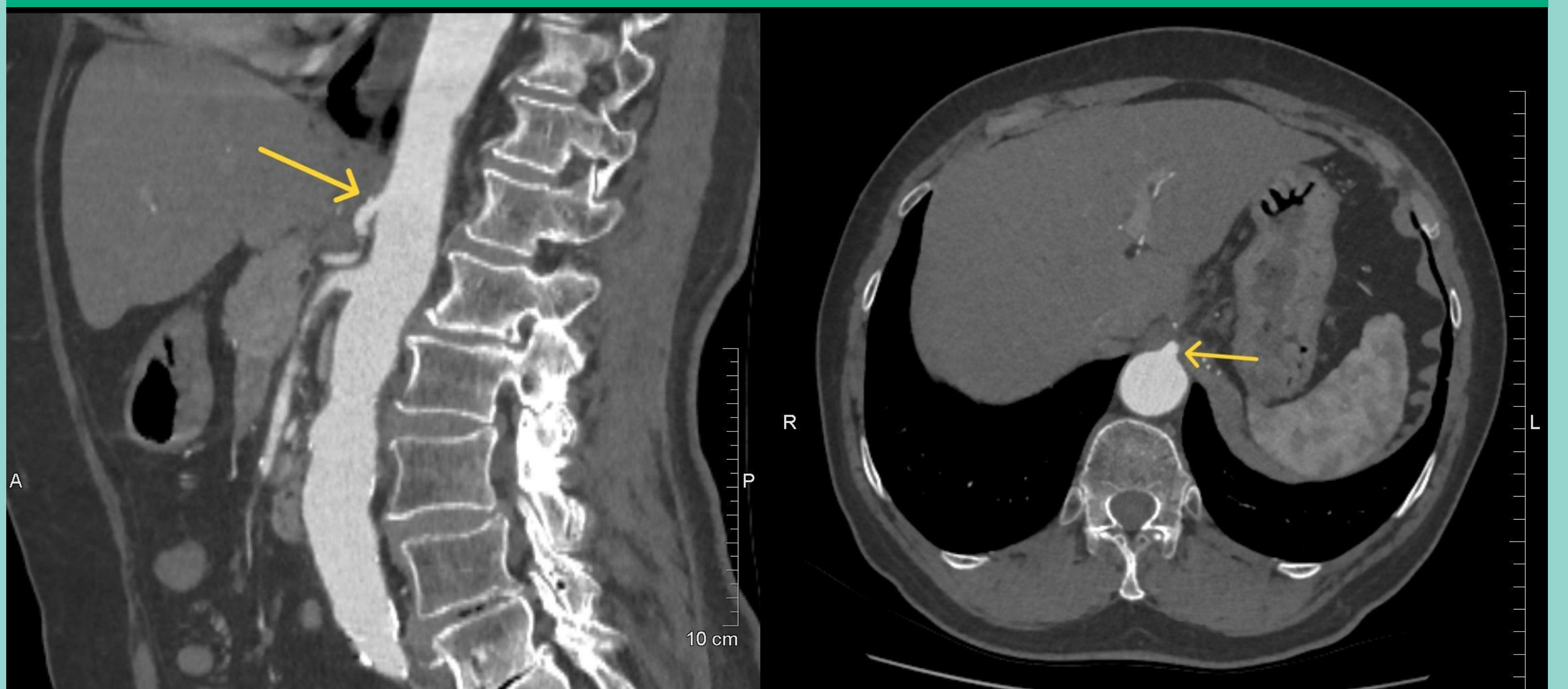
Sebészeti kezelés: laparoszkópos TC dekompreszió.

Kontroll: a beteg posztprandiális panaszai megszűntek.

Hasi CT-CT angiográfia műtét előtt: subtotalis TC stenosis



Hasi CT angiográfia műtét után: korábbi szűkület már nem látható



Megbeszélés

A Dunbar-szindróma diagnózisa esetünkben is jelentős differenciáldiagnosztikai kihívást jelentett a fennálló, egymást fedő klinikai tünetek maszkírozó hatása miatt.

A kórkép valódi klinikai relevanciáját a műtéti lelet és a panaszok azt követő jelentős csökkenése támasztotta alá. Ez igazolja, hogy a panaszok háttérében valódi anatómiai obstrukció állt, ugyanakkor felhívjuk a figyelmet, hogy a leszorítás a jellemző tünet nélkül is előfordul (10-24%)².

Következtetés

Krónikus, terápiára rezisztens hasi fájdalom esetén, ha a rutin gasztroenterológiai kivizsgálás negatív, gondolnunk kell vaszkuláris eredetű kompresszióra is. A Dunbar-szindróma diagnózisának felállításához elengedhetetlen a képalkotó vizsgálat, a definitív megoldást pedig a sebészi dekompreszió jelentheti.

Irodalom

¹Iqbal S, Chaudhary M. Median arcuate ligament syndrome (Dunbar syndrome). Cardiovasc Diagn Ther 2021;11(5):1172-1176.

²Koç M, Artaş H, Serhatlıoğlu S. The investigation of incidence and multidetector computed tomography findings of median arcuate ligament syndrome. Turk J Med Sci. 2018 Dec 12;48(6):1214-1218.