

## Süperior Mezenterik Arter Sendromu: Olgu Sunumu

Superior Mesenteric Artery Syndrome: A Case Report  
Genel Cerrahi

Başvuru: 07.12.2014  
Kabul: 27.01.2015  
Yayın: 20.02.2015

Ahmet Bozdağ<sup>1</sup>, Pınar Gündoğan Bozdağ<sup>2</sup>, Zülfü Birkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Harput Devlet Hastanesi

<sup>2</sup> Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

### Özet

Süperior mezenterik arter sendromu (SMAS), üst gastrointestinal sistem (GİS) obstrüksiyonunun nadir bir sebebidir. Genellikle genç yaşlarda karşımıza çıkar ve inatçı kusma, epigastrik ağrı, şişkinlik ve kilo kaybı gibi semptomlara sebep olur. Kolay ulaşılabilen radyolojik incelemelerle tanı konulabilmesine rağmen ayırıcı tanıda düşünülmemesi nedeniyle ileri tetkiklere gerek duyulmaktadır. Akut ve kronik formda karşımıza çıkabilir. Tedavide öncelikli olarak konservatif yöntemler denir, cevap alınamayan olgularda kesin tedavi cerrahidir. Acil serviste inatçı kusma ve epigastrik ağrı şikayeti ile değerlendirdiğimiz ve konservatif olarak tedavi ettiğimiz bir hastamızı sunmak istedik.

**Anahtar kelimeler:** *Wilkie sendromu, Duodenal ileus Kusma*

### Abstract

Superior mesenteric artery syndrome is a rare cause of upper gastrointestinal obstruction. More may be encountered in a very young age and causes symptoms such as weight loss, persistent vomiting, epigastric pain and bloating. Although it is diagnosed by routine radiologic imaging methods, further investigations may be needed. This syndrome has acute and chronic forms. Management should start with conservative treatment; in case of failure, surgery remains as the definitive treatment strategy. We presented a case with persistent vomiting, epigastric pain treated conservatively in the emergency department.

**Keywords:** *Wilkie's syndrome, Duodenal ileus Vomiting*

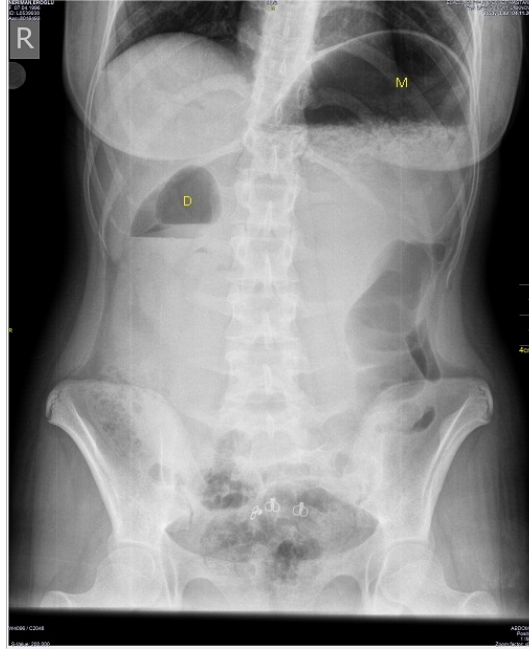
### Giriş

Süperior mezenterik arter sendromu (SMAS), duodenumun 3. kısmının, aorta ve süperior mezenterik arter (SMA)'in proksimal kısmının arasında total ya da parsiyel basıya uğraması sonucu ortaya çıkar <sup>1,2</sup>. SMAS, epigastrik ağrı, inatçı kusma, şişkinlik ve kilo kaybı gibi semptomlara sebep olan ve nadir görülen klinik bir durumdur. Aortomezenterik duodenal kompresyon, CAST sendromu, kronik duodenal ileus, Wilkie sendromu isimleri ile de adlandırılmaktadır. Akut ve kronik formu bulunmaktadır <sup>3,4</sup>. Etyolojisinde, Treitz ligamanının kısa olması, duodenumun yetersiz rotasyonu, SMA'nın normalden aşağı yerleşimli olması, skolyoz gibi yapısal etkenler olabileceği gibi hızlı kilo kaybı, travma, anoreksiya nevroza gibi edinsel etkenler de rol almaktadır. Tedavisinde öncelikle konservatif yaklaşımlar önerilmektedir. Konservatif yöntemlerden fayda görmeyen hastalara ise cerrahi önerilmektedir <sup>3,4</sup>. Kusma şikayeti ile acil servise başvuran, bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanısı konulup, konservatif yöntemle tedavi edilen bir hastamızı sunacağız.

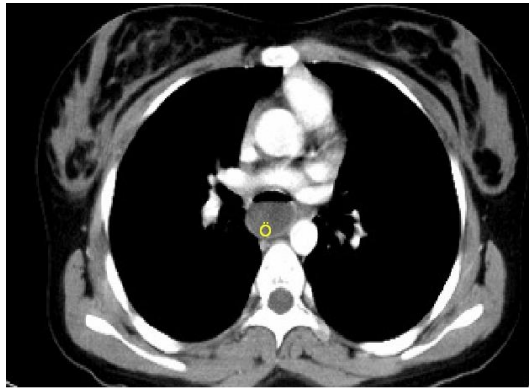
### Olgu Sunumu

Üç gündür devam eden karın ağrısı, distansiyon ve inatçı kusma şikayetleri ile acil servise başvuran 18 yaşında bayan hastanın öyküsünde kliniği açıklayan travma, skolyoz, hızlı kilo kaybı gibi herhangi bir etyolojik faktör yoktu. Fizik muayenesinde batın distandü görünümde ve yaygın hassasiyet vardı. Laboratuvar değerlendirmesinde hemogram ve biyokimyasal parametreleri normal idi. Ayakta direkt karın grafisinde mide fundus gazı miktarı

artmış ve dilate görünümde idi. Duodenuma uyan bölgede hava-sıvı seviyeleri vardı. Çekilen batın BT'sinde, intrahepatik safra yollarında yaygın hava dansiteleri mevcuttu. Özefagus, mide ve duodenum proksimali belirgin distandü, duodenum 3. kısım kollabe görünümde olup bu lokalizasyonlarda hava-sıvı seviyelenmeleri görüldü (Şekil1,2,3,4). Hastaya nazogastrik dekompresyon uygulandı. Yaklaşık 2000 cc drenaj oldu. Kontrol grafisinde mide fundus gazı azalmış ve dilate mide görünümü kaybolmuş olan hastanın ikinci gün sonunda nazogastrik sondası çekildi. Radyolojik olarak hasta baryumlu grafi ve batın BT'si ile tekrar değerlendirildi ve patoloji tespit edilmedi. Hasta 48 aydır takip edilmektedir ve şikayetleri tekrarlamamıştır.



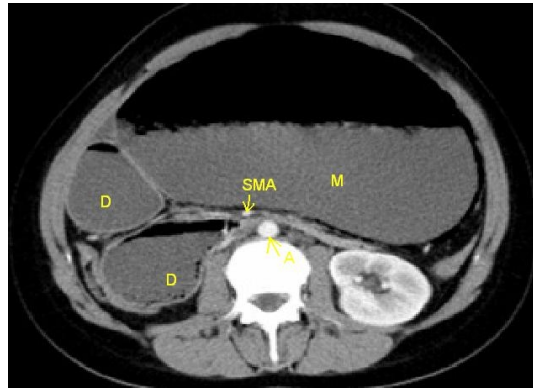
**Şekil 1** : Ayakta direk karın grafisi, Mide fundus gazı artmış ve duodenumda hava sıvı seviyesi, M: Mide, D: Duodenum



**Şekil 2** : Toraks tomografisi, Dilate özefagus ve özefagusta hava sıvı seviyesi Ö: Özefagus



**Şekil 3 :** Batın tomografisi, Belirgin dilate olmuş mide ve intrahepatik safra yollarında hava görünümü, KC: Karaciğer, M: Mide, Ok: İntrahepatik safra yolunda hava



**Şekil 4 :** Batın tomografisi, Dilate mide ve duodenum kesiti ayrıca kollabe olmuş duodenum 3. Kısım, M: Mide, D: Duodenum, A: Aorta, SMA: Süperior Mezenterik arter

## Tartışma ve Sonuç

Bu sendrom ilk olarak Rokitansky tarafından bir otopsi olgusunda 1842'de tanımlanmıştır ancak en geniş seriyi Wilkie 1927'de yayınlamıştır <sup>2,5</sup>. SMAS, üst gastrointestinal sistem (ÜGS) obstrüksiyonu yapan nadir sebeplerden biridir. Biank ve Werlin 2006'da en geniş pediatrik seriyi yayınlamıştır <sup>6</sup>. İnsidansı konusunda kesin bilgi olmamakla beraber, yapılan bir çalışmada baryumlu grafilerde %0,013-0,3 tanıyı destekleyen bulgular saptanmıştır <sup>7</sup>. Anderson ve ark. 6000 baryumlu ÜGS ile ilgili çalışmada 12 (%0,2), Rosa Jimenez ve ark. ise 1280 incelemede 10 (%0,78) SMAS bulmuşlardır <sup>8,9</sup>. Bayanlarda erkeklere oranla iki kat daha sık rastlanmaktadır. Genellikle, 10-30 yaş arasında görülmektedir <sup>4</sup>.

Akut ve kronik formda karşımıza çıkabilir. Kronik şekli daha sık görülür <sup>3</sup>. SMAS'ın akut formunda abdominal distansiyon, kontrol edilemeyen kusma ve ağrı en sık karşılaşılan semptomlardır. Kronik formda ise genellikle gıda alımı sonrası ortaya çıkan epigastrik ağrı, şişkinlik, bulantı, kusma, anoreksiya ve kilo kaybı yakınmalarıyla kendini gösterir <sup>3,4</sup>. Bizim hastamızda da hastalık akut olarak gelişmiş ve distansiyon, kusma ve epigastrik ağrı şikayeti ile acil servisimize başvurmuştur.

SMAS'unun ortaya çıkmasında yapısal ve edinsel faktörlerin rol aldığı birçok sebep öne sürülmüştür. Biz

hastamızda herhangi bir etyolojik sebep tespit etmemiş olmamıza rağmen bu hastalarda SMA-aort aralığı, dar aortomezenterik vasküler açığı, duodenojejunal fleksuranın Treitz ligamentine yüksek fiksasyonu, SMA orijininin normalden aşağıda olması, kanser ve yanıklar gibi şiddetli yıkıma neden olan hastalıklarda oluşabilen belirgin kilo kaybını takiben mezenterik ve retroperitoneal yağ dokusunda kayıp, kafa travması gibi şiddetli yaralanmalar, duodenal malrotasyona bağlı peritoneal yapışıklıklar, skolyoz cerrahisi, aşırı lomber lordoz, visseropitozis, karın duvarı gevşekliği, anoreksia nevroza gibi birçok sebep karşımıza çıkmaktadır <sup>4</sup>.

SMAS tanı kriterleri;

1. Aortomezenterik açının azalması  $<20^\circ$  (normal:  $28-65^\circ$ )
2. Aortomezenterik mesafenin azalması  $<8$  mm (normal:  $10-28$  mm) ve
3. Gastrik ve proksimal duodenal dilatasyondur.<sup>9</sup>

SMAS tanısı tanımlamış olduğumuz kriterleri gösteren birçok radyolojik görüntüleme yöntemi ile rahatlıkla konulabilmektedir. Bu amaçla BT anjiyografi, renkli Doppler eko, manyetik rezonans (MR) görüntüleme, MR anjiyografi, endoskopik ultrasonografi, mide boşalım sintigrafisi, selektif anjiyografi gibi tetkikler kullanılabilir. SMAS tanısı öncelikli uygulanan endoskopi, ÜGS seri opaklı grafileri ve BT gibi uygulanması daha kolay ve ekonomik tetkikler ile konulabilmekte ve ileri tetkiklere gerek kalmamaktadır. Bununla birlikte özellikle kronik hastalarda klinik ve radyolojik bulgular gelip geçici karakterde olduğu için atak zamanında inceleme yapılmadığı durumda tanı atlanabilir. Tanı ile ilgili asıl güçlük hastalığın klinisyen tarafından ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülmemesi sonucu gereksiz tetkikler ve zaman kaybıyla ilgilidir <sup>3</sup>. Hastanemizde kullanılan tomografi cihazından kaynaklanan teknik nedenlerden dolayı bazı radyolojik ölçümleri tam yapamamış olmamıza rağmen ÜGS'deki dilatasyon ve hava-sıvı seviyesi olması ile beraber distal duodenumda kollabe olduğu için SMAS tanısı konuldu. Ayrıca distal duodenumdaki obstrüksiyona bağlı olarak intrahepatik safra yollarında dahi hava görüldü.

Akut vakalarda konservatif tedaviler öncelikle uygulanırken kronik vakalarda cerrahi tedaviler ön plana çıkmaktadır <sup>3,4</sup>. Konservatif tedavilerde amaç hastaya beslenme desteği sağlamak, kilo almasına yardımcı olarak aorta-mezenterik açının daralmasına neden olduğu düşünülen yağlı doku yastıkçığı kaybının geri kazandırılmasıdır. SMAS'unun tedavisi için çeşitli cerrahi teknikler önerilmiştir. Bunlardan başlıcaları duodenojejunostomi, gastrojejunostomi, duodenumun anterior repozisyonu, duodenumun sirküler drenajı, subtotal gastrektomi ve Bilroth operasyonu, Treitz ligamentinin amputasyonu ve superior mezenter arterin infrarenal transpozisyonu teknikleridir. Ayrıca, son zamanlarda bu yöntemler laparoskopik olarak da uygulanmaktadır. En sık uygulanan cerrahi yöntem normal anatomiye bozma dışında yapılan yan yana duodenojejunostomidir. Kolay uygulanması, anastomoz ve cerrahi komplikasyonlarının az olması nedeni ile tercih edilir <sup>7,11</sup>.

## Teşekkür

Tekrar eden kısım çıkarılmıştır. teşekkür ederim.

## Kaynaklar

1. Ahmed AR, Taylor I. Superior mesenteric artery syndrome. Postgrad Med J. 1997; 73: 776-8.
2. Wilkie DPD. Chronic duodenal ileus. Am J Med Sci. 1927; 173: 643-9.
3. Yang WL, Zhang XC. Assessment of duodenal circular drainage in treatment of superior mesenteric artery syndrome. World J Gastroenterol. 2008; 14(2): 303-6.
4. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. Dig Surg. 2007; 24(3): 149-56.

5. Rokitansky C. Handbuch der pathologischen anatomie. Vol. 3, 1st edition. Wien, Austria: Braunmüller & Seidel; 1842.
6. Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20 year experience. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2006; 42: 522-5.
7. Ylinen P, Kinnunen J, Hockerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. A follow-up study of 16 operated patients. J Clin Gastroenterol. 1989; 11: 386-91.
8. Anderson JR, Earnshaw PM, Fraser GM. Extrinsic compression of the third part of the duodenum. Clin Radiol.1982 Jan;33(1):75-81.
9. Rosa-Jiménez F, Rodríguez González FJ, Puente Gutiérrez JJ, Muñoz Sánchez R, Adarraga Cansino MD, Zambrana García JL. Duodenal compression caused by superior mesenteric artery: study of 10 patients. Rev Esp Enferm Dig. 2003 Jul;95(7):485-9, 480-4.
10. Unal B, et al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. Diagn Interv Radiol. 2005; 11(2): 90-5.
11. Pottorf BJ, et al. Laparoscopic management of duodenal obstruction resulting from superior mesenteric artery syndrome. JAMA Surg. 2014 Dec 1;149(12):1319-22.

## Sunum Bilgisi

Bu olgu sunumu 19. Ulusal Cerrahi Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. 16-20 Nisan 2014 Antalya.