

Superior Mesenterik Arter Sendromu

**Dr. Hülya ÇETİNKAYA, Dr. Yasemin TEKBUDAK,
Dr. Uluhan BERK, Dr. Necati ÖRMECİ, Dr. Ali ÖZDEN**

Özet: Bir yaşından beri belli aralıklarla gelen ve 3-4 gün süren kusma ve karın ağrısı şikayetleri ile A.Ü.T.F. Gastroenteroloji kliniğine müracaat eden 17 yaşındaki kadın hastada fizik muayene ve rutin biyokimya tetkikleri normaldi. Hipotonik mide duodenum grafisinde duodenum 3. kısmına bası bulgusu saptandı ve Superior Mesenterik Arter Sendromu tanısı kondu.

Literatür gözden geçirildi ve nadir ve ilginç bir vaka kabul edilerek takdim edildi.

Anahtar Kelimeler: Superior Mesenterik Arter Sendromu

Superior Mesenterik Arter Sendromu uzun süreden beri karın ağrısı, kusma şikayetleri olan, endoskopik ve konvansiyonel radyolojik incelemelerde patoloji saptanmayan vakalarda düşünülmesi gereken nadir bir klinik durumdur. Bu sendrom ilk kez Rokitansky tarafından, daha sonraki yıllarda ise Wilkie ve diğerleri tarafından tanımlanmış olup, Duodenumun Vasküler Kompresyonu, Wilkie Sendromu, Kronik Duodenal İleus gibi sinonimleri mevcuttur. Hastalığın gerçek insidansı bilinmemekle birlikte literatürde 400 vaka bildirilmiştir (2).

SMAS nun aortomesenterik açının daralması sonucunda duodenumun horizontal bölümünün superior mesenterik arter ile vertebralar ve aorta arasında intermitant olarak sıkışması sonucunda ortaya çıktığı bildirilmektedir

Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Gastroenteroloji,
İç Hastalıkları, Radyodiagnostik, Ana Bilim Dalı.

Summary: SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME

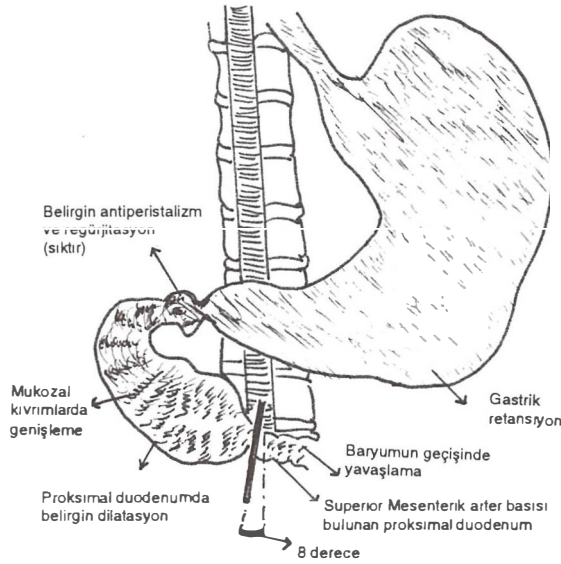
Physical examination and routine biochemistry test results were normal in a 17 years old woman who has been suffering from episodes of vomiting and abdominal pain lasting 3-4 days since 1 year of age, referred to the Department of Gastroenterology of Ankara University Faculty of Medicine. In hypotonic gastroduodenal roentgenography a compression image was determined in the third portion of duodenum and the diagnosis was made as Superior Mesenteric Artery Syndrome.

The literature was reviewed and this was suggested as a seldom and interesting case to be introduced.

Key Words: Superior Mesenteric Artery Syndrome

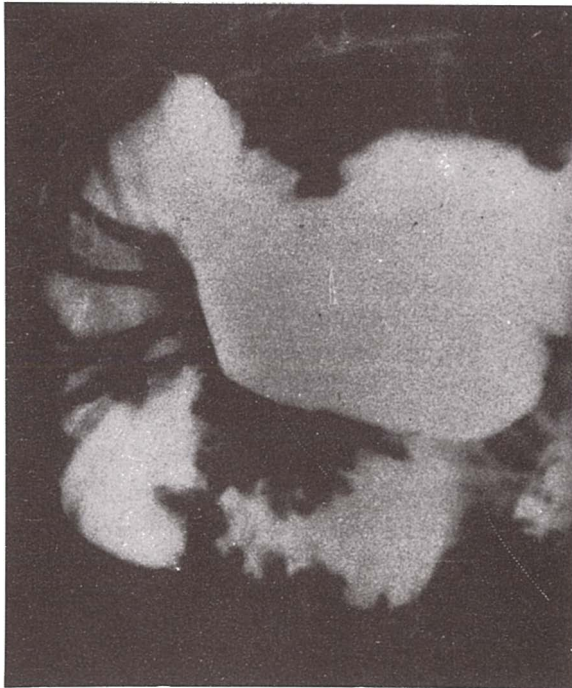
(2). Sağlıklı insanlarda bu açı 25-60 derece, aortomesenterik mesafe 10-28 mm iken, SMAS bulunan hastalarda açı 6-15 derece (ort. 8 derece) aortomesenterik mesafe 2-8 mm (ort. 6mm) bulunmuştur (2).

Vasküler kompresyon sonucunda gelişen duodenal obstrüksiyonun akut ve kronik olmak üzere iki formu bildirilmiştir. Akut form daha önceden gastrointestinal semptomları bulunmayan hastalarda travma, yanıklar, vücut alçısı ve traksiyonu takiben gelişir. Ortopedik hastalarda spinal bozuklukların vücut alçısı ya da traksiyon ile tedavisi esnasında ortaya çıkan durum CAST sendromu olarak adlandırılır (4). Kronik form ise uzun süreli yatak istirahatı, değişik sistemik hastalıklar, lordozun artması, ön karın duvarı kaslarının tonusunda azalma ve çocuklarda hızlı büyüme sonucunda gözlenir (4). Bazı hastalarda ise son zamanlarda kilo kaybı olması nedeni ile



Şekil 1: Superior Mesenterik Arterin basısına bağlı Duodenal Stazın Radyolojik Görünümü

mesenterik yağın kaybolması ve ince barsağın pelvik kaviteye doğru yer değiştirmesi gibi nedenlere bağlı olarak sendromun ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (3). SMAS tanısı konan hastaların çoğunun genç, hipostenik ve içe dönük yapıdaki kadınlar olduğu ileri sürül-



Resim 1: Superior Mesenterik Arterin duodenum ansinın 3. parçası üzerinde dikey basısı ve bu bölgenin proksimalinde radyopak maddenin birikimi.

müş, bazı yayınlarda ise bu sendromun Anorexia Nervosa tanısı konan psikiyatrik hastalarda ortaya çıktığı bildirilmiştir (5).

Sonuçta gelişen obstrüktif semptomlar diğer bir çok üst gastrointestinal sistem hastalıklarının semptomlarına benzemektedir ve epigastrik ağrı, postprandiyal dolgunluk, çabuk doyma, kusma ve bazen kilo kaybı şeklinde kendini gösterir.

SMAS unda fizik muayene bulguları azdır. Hastalar genellikle astenik yapıda olduğundan epigastrik dolgunluk görülebilir. Barsak sesleri tipik değildir. Barnett hasta supine pozisyonunda iken sistolik üfürüm tanımlamıştır (4).

Semptomların olduğu dönemde ayakta direk batın grafisinde ince barsakta minimal hava, mide duodenumda yaygın distansiyonun saptanması tanıda yardımcı olabilir (4). Çift hava kabarcığı "Double bubble sign" özellikle çocuklarda olmak üzere bazen görülebilir (4).

Baryumlu mide duodenum grafisinde ise duodenumun 1. ve 2. bölümlerinde dilatasyon, 3. bölümünde oblik ve vertikal dıştan bası defekti gözlenebilir. Distal duodenumun çapı normaldir (Şekil 1).

1978 yılında Lukes ve arkadaşları SMAS dan şüphelenilen hastalarda hipotonik duodenografinin tanısal değeri olduğunu ileri sürmüşlerdir (2).

VAKA TAKDİMİ

Bir yaşından itibaren belli aralıklarla 3-4 gün süren kusmaları olan ve 8 yaşında iken duodenal ulkusa bağlı pilor stenozu tanısı ile Trunkal Vagotomi+Piloroplasti operasyonu uygulanan 17 yaşındaki kadın hasta bulantı, kusma ve karın ağrısı etiyolojisi araştırılmak üzere kliniğe yatırıldı. Fizik muayenede zayıflığı dışında patolojik bulgu saptanmadı.



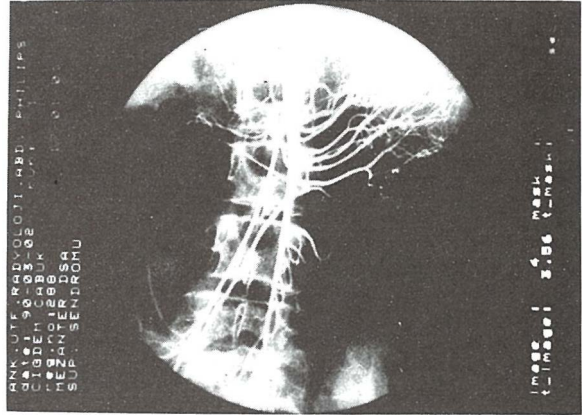
Resim 2: Hipotonik mide-duodenum grafisi
Duodenum 3. bölgesinde baskıya bağlı dolme defekti

Laboratuvar incelemesinde tam kan, tam idrar, kan biyokimya bulguları ile serum demiri, Vit B12, folik asit düzeyleri normal sınırlardaydı. Safra tubajı ve gaita analizinde parazit yoktu. Abdominal USG, mide, duodenum, ince barsak grafileri ve kolonun radyolojik incelemeleri normaldi. Baryumlu mide-duodenum grafisinde supine pozisyonunda duodenum ansının 3. parçası üzerinde dikey yönde superior mesenterik arterin basısı ve buna bağlı olarak bu bölgenin proksimalinde birikme tespit edildi (Resim 1).

Prone pozisyonunda ve ayakta pasaj normal olduğundan bu bulguların SMAS ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Hastanın hipotonik mide duodenum grafisi çekildiğinde duodenumun 3. kısmındaki bası belirgin olarak gözlemlendi (Resim 2).

Superior mesenterik arterin seldinger tekniği ile DSA incelemesinde arterin baryumlu incelemede tespit edilen bası bölgesine uyan lokalizasyonda olduğu tespit edildi (Resim 3).

Hasta klinikte yatarken iki kez nöbetler halinde üç gün süren bulantı, kusma ve karın ağrıları oldu. Hastanın paranteral alimantasyonu sağlandı. Prone pozisyonunda rahat olduğu gözlemlendi. Asemptomatik dönemde iken kilo alması, yemekten sonra iki saat yatmaması, nöbet anında prone veya sol lateral pozisyonunda yatması önerilerek taburcu edildi.



Resim 3: Superior mesenterik arterin seldinger tekniği ile yapılan DSA incelenmesi. Arter baryumlu incelemede tespit edilen bası bölgesine uyan lokalizasyon göstermektedir.

TARTIŞMA

Uzun süreden beri karın ağrısı, kusma şikayetleri bulunan, endoskopik ve konvansiyonel radyolojik incelemelerde herhangi bir patoloji saptanmayan olgularda periodlar halinde duodenal ileusa yol açabilen SMAS akla getirilmelidir (1,2,3,4). Ancak SMAS tanısı konmasından önce benzer semptomlara yol açan diğer nedenler akla getirilmelidir. Adultlerde duodenal ileusa yol açan en önemli neden sıklıkla duodenal olmak üzere peptik ülserasyondur. İkinci sırayı mide kanseri alır. Diğer nedenler ise pilor hipertrofisi, benign tümörler, komşu kanserler ile ektopik pankreatik doku, prepilorik mukozal diafram ve anüler pankreas gibi konjenital lezyonlardır. Ayrıca kolesistit, pankreatit gibi inflamatuvar hastalıklara sekonder gelişen paralitik adinamik ileus, megaduodenum, skleroderma, dermatomyositis gibi kollajen doku hastalıkları, ince barsağın inflamatuvar hastalıklarına sekonder mesenterik kökünün ödemi gibi nedenlerle de duodenal ileus gelişebilmektedir (1,2,3,4). Bu nedenlerin çoğunda anamnez, fizik muayene bulguları, gastrointestinal seri incelemelerle tanı konulabilir.

SMAS tanısı konan hastaların tedavisinde öncelikle konservatif yaklaşımda bulunulmalıdır. Hastaların kilo alması ile birlikte retrope-

ritoneal bölgede yağ birikimi semptomların düzelmesine yol açar. Medikal yaklaşım ile bir çok hastanın başarı ile tedavi edildiği bildirilmiştir (4). Medikal tedavi olarak yemekten sonra prone ya da sol lateral pozisyonda yatmak önerilmektedir. Hiperlimentasyon

ile tedavinin terapötik önemi olduğu, literatürde bazen başarı ile uygulandığı bildirilmektedir. Medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda ise duodenojejunal side to side anastomoz seçilecek cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Economides Nicholas G, Memphis, Tennessee. Duodenal Diaphragm Associated With Superior Mesenteric Artery Syndrome. The American Journal of Surgery, 141(2), 328-330, 1981.
2. Gustafsson L, Falk A., Lukst P.J., Gamklou R. Diagnosis and Treatment of Superior Mesenteric Artery Syndrome. The British Journal of Surgery.
- 3- Hearn John B., Duodenal Ileus with Special Reference to Superior Mesenteric Artery Compression. Radiology, 86, 305, 1966.
4. Mansberger Arlie R., Vascular Compression of Duodenum. Text Book of Surgery, 874-880, 1986.
5. Pentlow B.D., Dent R.G. Acute Vascular Compression of The Duodenum in Anorexia Nervosa. British Journal of Surgery, 68, 655-666, 1981.