

Gelişme geriliğine sebep olan superior mezenterik arter sendromu

Superior mesenteric artery syndrome causing growth retardation

Halil İbrahim Taşcı, Murat Çakır, Ahmet Tekin

ÖZET

Superior mezenterik arter sendromu duodenum üçüncü kısmının aorta ve süperior mezenterik arter proksimal kısmı arasında basıya uğraması sonucu ortaya çıkan, nadir görülen ve yaşamı tehdit eden bir klinik tablodur. Bu bası kronik aralıklı, akut total ya da parsiyel obstrüksiyona yol açabilir. Ani gelişen kilo kaybı ve buna bağlı yağ dokuda azalma akut daralmanın etyolojik sebebi olarak kabul edilmektedir. Kilo kaybı ile birlikte giden bulantı, kusma, anoreksi, epigastrik ağrı ve şişkinlik başlıca yakınmalardır. Tanıda baryumlu grafiler, bilgisayarlı tomografi, konvansiyonel anjiyografi, tomografik ve manyetik rezonans anjiyografi kullanılmaktadır. Tedavide medikal ve cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Bu yazıda tanısı geciken superior mezenterik arter sendromlu bir olguyu sunmayı amaçladık

Anahtar kelimeler: superior mezenterik arter sendromu, bulantı-kusma, anoreksi

ABSTRACT

Superior mesenteric artery syndrome is a rare and life-threatening clinical condition caused by the compression of the third portion of the duodenum between the aorta and the superior mesenteric artery's proximal part. This compression may lead to chronic intermittent, acute total or partial obstruction. Sudden weight-loss and the related decrease in the fat tissue are considered to be the etiological reason of acute stenosis. Weight-loss accompanied by nausea, vomiting, anorexia, epigastric pain, and bloating are the leading complaints. Barium radiographs, computerized tomography, conventional angiography, tomographic and magnetic resonance angiography are used in the diagnosis. There are medical and surgical approaches to treatment. We hereby present the case of a patient with superior mesenteric artery syndrome with delayed diagnosis.

Key words: superior mesenteric artery syndrome, nausea-vomiting, anorexia

GİRİŞ

Superior mezenterik arter sendromu (SMAS) duodenumun 3. kısmının aorta ve superior mezenterik arter (SMA) proksimal kısmı arasında basıya uğraması sonucu ortaya çıkar.^{1,2} Aortomezenterik duodenal kompresyon, cast (alçı) sendromu, kronik duodenal ileus, wilkie sendromu gibi isimlerle de anılmaktadır.³ Etiyolojide bazı konjenital rahatsızlıklar ve hızlı kilo kaybı ile seyreden edimsel durumlar suçlanmaktadır. Sıklıkla genç bayanlarda, özellikle gıda alımından sonra belirginleşen epigastrik ağrı, şişkinlik, bulantı, kusma ve neticede kilo kaybı ile kendini gösterir.^{2,4} Tanı yöntemleri olarak özofagus-mide-duodenum grafisi (ÖMD), üst gastrointesti-

nal sistem (GIS) endoskopisi, mide boşalım sintigrafisi, ultrasonografi (USG), abdominal bilgisayarlı tomografi (BT), BT anjiyografi, selektif anjiyografi, manyetik rezonans (MR) görüntüleme kullanılmaktadır.^{1,3} Tedavi yaklaşımında akut ve kronik vakalarda farklılıklar söz konusudur. Akut olgularda etyolojiyi ortadan kaldırmaya yönelik konservatif tedavi, kronik olgularda; ya da konservatif tedavinin yetersiz kaldığı hastalarda cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Cerrahi teknik olarak en sık tercih edilen yöntem yan yana duodenojejunostomidir.² Uzun süre karın ağrısı, bulantı ve kusma nedeni ile tetkik edilen ve neticede SMAS tanısı konularak cerrahi tedavi sonrasında şifa bulan hastaya ait bulgular güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Halil İbrahim Taşcı,

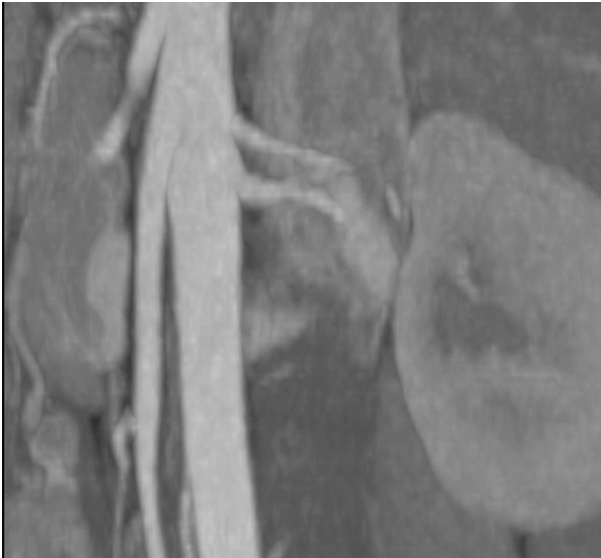
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Meram, Konya, Türkiye Email: okcu1@myynet.com

Geliş Tarihi / Received: 19.09.2012, Kabul Tarihi / Accepted: 28.11.2012

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2013, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

OLGU

On yedi yaşındaki bayan hasta yaklaşık 3 yıldır devam eden yemeklerden sonra şişkinlik, bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo alamama şikayetleri ile başvurdu. Hastanın yemeklerden sonra belirginleşen epigastrik bölgede ağrı, bulantı, kusma şikayetleri oluyormuş. Kusması daha çok katı gıda ile beslenmeden sonra olmakla beraber, ara sıra sıvı gıda sonrası da oluyormuş. Tekrarlayan defalar sağlık kurumlarına başvuran hasta aldığı tedavilerden fayda görmemiş. Hasta kliniğimize başvurduğunda kaşektik görünümdeydi, klinik takipleri esnasında da kusmaları devam eder tarzda idi. Fizik muayenede epigastrik bölgede hafif bir hassasiyet dışında pozitif bulgusu yoktu. Hastaya üst GIS endoskopisi yapıldı. Endoskopisinde duodenum 1. ve 2. kısmının dilate olduğu görüldü. Yapılan USG'de etyolojiyi açıklayacak herhangi bir bulguya rastlanmadı. Hastanın kusma etyolojisi açısından nörolojik ve psikiyatrik değerlendirmeleri yapıldı. Bunların neticesinde de hastanın mevcut kliniğini açıklayacak herhangi bir bozukluk saptanmadı. Hastaya çekilen batın BT ve mezenterik BT anjiyografi sonrasında SMAS tanısı kondu. Yapılan medikal tedavi ile şikayetleri devam eden hastaya operasyon kararı alındı, retrokolik yan yana duodenojejunostomi yapıldı ve treitz ligamanı serbestlendi. Operasyon sonrası hastaya 5. gün rejim başlandı. Hastanın kusma başta olmak üzere şikayetleri geriledi. Hastanın 1. ayda kontrollerinde 1 kilo ve 2. ay kontrollerinde 3 kilo aldığı görüldü.



Resim 1. Superior mezenterik arter ve aort arasındaki daralan açığı gösteren bilgisayarlı tomografi görüntüsü

TARTIŞMA

Superior mezenterik arter sendromu SMA'nın aortadan çıkış düzeyinde çıkış açısının daralması ve bu nedenle duodenum 3. kısmının basıya uğraması ile proksimalde kalan kısmın dilatasyonu ile karakterize, epigastrik ağrı ve bulantı-kusma ile prezente olan, nadir görülen bir durumdur.^{1,5} Olgumuzda duodenumda dilatasyon saptandı.

İnsidansı konusunda kesin bilgi olmamakla beraber literatürde %0,013'den %0,78'e kadar değişen rakamlar vardır.^{1,5} Bayanlarda erkelere oranla iki kat sık görülmektedir.⁶ Genelde 10-30 yaş arasında görülmektedir.⁶ Olgumuz literatüre uygun olarak 18 yaşında bayan hastaydı.

Etyolojide yapısal ve edinsel faktörler rol almaktadır. Zayıf vücut yapısı, geçirilmiş travma, spinal deformite yada travmalar, aşırı kilo kaybına sebep olan diyet alışkanlıklarındaki bozukluklar edinsel sebepler arasında sayılır. Duodenumda yetersiz rotasyon, treitz ligamanının normalden yüksek yerleşimli olması, SMA'nın normalden daha alt düzeyde yerleşmesi gibi faktörler ise etyolojide suçlanan yapısal sebeplerdir.^{1,2} Bizim olgumuzda da operasyonda yapılan değerlendirmede treitz ligamanının normalden yüksek yerleşimli olduğu görüldü.

Önde gelen semptom gıda alımı sonrası oluşan epigastrik ağrı, kusma, erken doyma, dolgunluk hissi ve kilo kaybıdır.^{1,5} Bu semptomlar SMAS'na özgü olmayıp başka birçok patolojide de görülmektedir.⁵ Tipik olarak supin pozisyonda ya da ayakta durma esnasında şikayetler artmaktadır.⁵ Semptomlar genellikle diz-göğüs veya prone pozisyona geçmekle rahatlar.^{1,5} Bizim hastamızda da yaklaşık 3 yıldır süren bir bulantı-kusma, epigastrik bölgede ağrı ve kilo kaybı şikayeti mevcuttu.

Tanı sıklıkla diğer olasılıkların dışlanması ile konulabilmektedir.⁵ Kesin tanı karakteristik olarak öykü ve özellikle semptomatik dönemde yapılan radyografik incelemelerle konulmaktadır.⁵ Bizim vakamızda öncelikli olarak SMAS düşünülmedi. Kusmanın diğer etyolojik sebepleri gözden geçirildi. Hasta nöroloji ve psikiyatri klinikleri tarafından da tetkik edildi. Herhangi bir sebep bulunamadı. Tanıda ÖMD, üst GIS endoskopisi, mide boşalım sintigrafisi, USG, abdominal BT, BT anjiyografi, MR anjiyografi ve konvansiyonel anjiyografi kullanılmaktadır.¹ SMAS'lu olgularda SMA ile aorta arasındaki açının 7°-22° (kontrol olgularda 25°-60°), mesafe-

nin ise 2-8 (kontrol olgularda 10-28 mm)mm arasında olduğu görülmüştür.^{1,7} Hastamızda yapılan üst GIS endoskopisinde mide boşalmasında gecikme dışında patolojiye rastlanmadı. Batın USG de herhangi bir patoloji yoktu. Hastaya çekilen batın BT ve mezenter BT anjiyografide aortomezenterik açının daraldığı (11°) (Resim 1), duodenumun aort ile SMA arasında(mesafe 7 mm) sıkıştığı ve proksimalinde dilatasyon olduğu görüldü.

Tanıda gecikme ölümcül olabilen malnutrasyona, dehidratasyon, oligüri, hipokalemi, intestinal perforasyon, mezenterik iskemii, üst gastrointestinal kanamalar, aspirasyon pnömonisi gibi ciddi durumlara yol açabilmektedir.⁶

Tedavide ilk seçenek konservatif yaklaşımdır.^{1,2} Konservatif tedavide amaç hastaya beslenme desteği sağlamak, kilo almasına yardımcı olarak aortomezenterik açının daralmasına neden olduğu düşünülen yağlı doku yastıkçığı kaybının geri kazandırılmasıdır.² Konservatif tedavide nazogastrik dekompresyon, intravenöz sıvı tedavisi, sıvı gıdalarla beslenme, yemek sonrası diz-göğüs pozisyonuna geçme veya önce sağ yana, sonra sol yana yatma manevraları, metoklopramid tedavisi uygulanmaktadır.^{1,8,9} Çoğu hastada yapılan konservatif tedavi ile şikayetler gerilememekte ve cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır.¹ Cerrahi tedavide retrokolik yan yana veya roux-en-y duodenojejunostomi, gastroenterostomi gibi yöntemler açık prosedürle uygulanabileceği gibi retrokolik yan yana duodenojejunostomi, treitz ligamanının lizisi gibi yöntemler laparoskopik olarak da uygulanabilmektedir.^{1,2} Bizim vakamızda da yapılan medikal tedavi ile şikayetlerinde anlamlı gerileme olmaması üzerine cerrahi müdahaleye karar verildi. Perop gözlemede treitz ligamanının normalden yüksek yerleşimli olduğu ve duodenum 3. kısım proksimalinin dilate olduğu

görüldü. Hastaya açık prosedürle duodenojejunostomi ve treitz ligaman lizisi uygulandı. Postoperatif hastada herhangi bir pasaj problemi olmadı. Özellikle kusma başta olmak üzere şikayetlerinde belirgin azalma sağlandı. Hastanın takiplerinde 1. ayda 2 kilo, 2. ayda üç kilo aldığı görüldü.

Sebebi bulunamayan bulantı-kusma, kilo kaybı şikayetlerinde SMAS'da ayırıcı tanı dikkate alınması gereken bir patolojidir. Başlangıç tedavisi konservatif yaklaşım olmakla beraber hastaların büyük çoğunluğu genelde cerrahi tedaviye ihtiyaç duymaktadırlar. Yan yana duodenojejunostomi etkin, komplikasyonları az ve kolay uygulanabilir bir cerrahi tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Ünal A, Celal K. Superior mezenterik arter sendromunda cerrahi yaklaşım. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2007; 6: 153-7.
2. Ali H, Orhan K. Superior mezenterik arter (Wilkie's) sendromu. The Medical Journal of Kocatepe 2007; 8: 23- 6.
3. Birsen Ü, Aykut A. Superior mezenterik arter sendromunda BT ve USG bulguları. Diagn Interv Radiol 2005; 11: 90- 5.
4. Kadji M, Naouri A, Bernard P. Superior mesenteric artery syndrome: a case report. Ann Chir 2006; 131: 389- 2.
5. Koray Ö, Hakan C. Kafa travması geçiren bir hastada superior mezenterik arter sendromu. Ulus Travma Derg 2004;10: 264- 7.
6. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. Dig Surg 2007; 24: 149- 6.
7. Siva P, Edward G. Superior mesenteric artery syndrome: spectrum of CT findings with multiplanar reconstructions and 3-D imaging. Abdom Imaging (2012) DOI: 10.1007/s00261-012-9852-z.
8. Archana R, Justin J. Superior Mesenteric Artery (Wilkie's) Syndrome as a Result of Cardiac Cachexia, Mayo Clinic, Jacksonville, FL, USA. 2005 ;20: 3-4.
9. Jihui L, Elias C. Laparoscopic roux-en-Y duodenojejunal bypass for superior mesenteric artery syndrome. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2011; 21: 344-7.