

## İstemli kilo verme sonrasında gelişen süperior mezenterik arter (Wilkie) sendromu: Nadir bir olgu sunumu\*

Tamer Sekmenli<sup>1</sup>, Metin Gündüz<sup>1</sup>, Semiha Hidayetoğlu<sup>3</sup>, Halil Haldun Emiroğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Beyhekim Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya

### Özet

Wilkie sendromu akkiz bir hastalık olup, ergenlerde hızlı büyüme ve istemli diyet girişimleri sonucunda retroperitoneal yağ yastığını azaltarak, süperior mezenterik arter sendromunu tetikleyebilir. Biz öncelikle istemli kilo kaybı sonrasında gelişen, istemsiz kusma ve kilo kaybı semptomlarıyla gelen 15 yaşında kız hastamızın, kliniğini ve tedavi sürecini literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Diyet, Zayıflama, Beslenme bozuklukları, Süperiormezenterik arter sendromu, Beslenme tedavisi

### Abstract

Wilkie's syndrome is an acquired disorder in adolescents as a result of rapid growth and diet voluntary initiatives by reducing the retroperitoneal fat pad, superior artery can trigger the syndrome. We first developed after voluntary weight loss, vomiting, and involuntary weight loss that come with our 15-year-old girl with symptoms, we aimed to present clinical and therapeutic process with the literature.

**Key words:** Diet, Weight loss, Eating disorders, Superior mesenteric artery syndrome, Nutritional therapy

### Genel Tıp Derg 2016;26(3):103-105

Alınan: 12.12.2015 / 22.12.2015 / Yayınlanma: 30.09.2016

Yazışma adresi: Dr. Tamer Sekmenli, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

E-posta: dr\_sekmenli@hotmail.com

### Giriş

Duodenumun üçüncü kısmının aorta ile süperior mezenterik arter (SMA) arasında akut açılanma sonucu bu iki arter arasında sıkışması nedeniyle oluşan klinik duruma SMA sendromu denir. Nadir bir edinsel hastalıktır (1). Bu sendrom ayrıca cast sendromu, kronik duodenal ileus, intermittant arterio-mezenterik tıkanıklık, mezenterik kök sendromu ve Wilkie sendromu olarak da isimlendirilir (2,3). Çocuklarda kilo kaybı istemli ya da istemsiz olarak gelişebilir. Akut veya ilerleyici istemsiz kilo kaybı çoğu zaman araştırılması ve tedavi edilmesi gereken ciddi bir tıbbi hastalığı gösterir. Okul çağındaki fazla kilolu çocuk ve ergenlerde veya obez bireylerde istemli kilo kaybı sağlık için faydalı da olsa hekim kontrolünde yapılması daha sağlıklıdır(4). Ergenlik ve erken erişkinlik döneminde değişen beden algısıyla birlikte ya da diğer anoreksiya nervoza gibi psikiyatrik hastalıklarla, yaş ilerledikçe istemli kilo verme eğilimi artar. Özellikle ergenlik döneminde hızlı gelişim ve boy uzaması olduğu halde aynı oranda yağ dokusu artışının olmaması nedeniyle hastalığın daha fazla

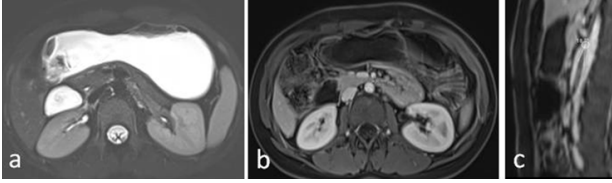
görüldüğü düşünülmektedir (3).

Bu yazıda SMA sendromlu olgumuzun klinik bulguları, tanı yöntemleri ve tedavi seçenekleri gözden geçirilmektedir.

### Olgu Sunumu

Zayıflama amaçlı diyet sonrası 1.5 ay içinde önce 52 kg'dan 47 kg'a düşme, ardından istem dışı devam eden aralıklı ortaya çıkan yemeklerden sonra safralı kusma, karın şişliği ve 44 kg'a kadar zayıflama nedeniyle başvurduğu hastanede yapılan batın ultrasonografisinde(US) SMA Sendromu düşünülerek Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne yönlendirilen 15 yaşındaki kız hasta Çocuk cerrahisi servisimize yatırıldı. Başvuru esnasında zayıf ve soluk görünümde olan hastanın öyküsünde geçirilmiş cerrahi girişim ve ilaç alımı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Vücut-kitle indeksi (BMI) 17,56 olarak hesaplandı. Biyokimya değerlendirilmesinde albumin 4,6 g/dL idi. (normal 4,1-5 g/dL), CRP: 3,27 WBC:9,26 eritrosit sedimentasyon hızı: 19 mm/h idi. Yapılan Manyetik rezonans (MR) ente-

rografi incelemesiyle (**Resim 1**) SMA Sendromu ile uyumlu bulunan hastaya parenteral ve nazogastrik olarak enteral beslenme başlandı. Tedavi sonrasında 48 kiloya çıkan hastaya, üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Endoskopide mide proksimal duodenum kısmen dilate distale geçiş olduğu ve mukozada gastrit bulguları rapor edildi. Medikal destek tedaviyle hasta taburcu edildi.



**Resim 1.** Superior mezenterik arter sendromu.

Yapılan MR enterografi incelemesinde;

- Aksiyel T2 ağırlıklı görüntüde mide ve duodenumda genişleme.
- Kontrastlı yağ baskılı aksiyel T1 ağırlıklı görüntüde aort-SMA arası mesafede kısalma (4.5 mm).
- Kontrastlı yağ baskılı sagittal T1 ağırlıklı görüntüde aorta-mezenterik daralma izlenmektedir.

## Tartışma

SMA sendromu gelişiminde aorto-mezenterik açının sonradan daralmasına neden olabilen klinik durumlar, akkiz sebepler olarak kabul edilir. Genelde retroperitoneal yağ dokusu ve lenf dokusu SMA'in altında yastık görevi yaparak, onu columna vertebralisten uzak tutar ve böylece duodenumun aorta ile SMA arasında sıkışmasını engeller. Fazla kilo kaybıyla retroperitoneal yağ dokusu ve lenf dokusunun miktarını azaltarak SMA sendromu için bir risk oluşturur. Yanıklar, obezite cerrahisi, pulmoner tüberküloz, anoreksiya nervosa gibi durumlar retroperitoneal yağ dokusunu azaltarak SMA sendromu için risk oluştururlar. Bazı olgularda quadriplejik vakalarda uzamış sırt üstü pozisyonda kalma, artmış lomber lordoz, karın ön duvarı kaslarının gevşekliğine bağlı olarak ortaya çıkan visseropitozis gibi durumlar da SMA sendromuna sebep olabilir (2).

Aorto-mezenterik açığı değiştiren cerrahi girişimler SMA sendromuna sebep olabilir. İleo-anal anastomozla beraber yapılan proktokolektomi işlemi ince bağırsakları gerekerek aorto-mezenterik açının daralmasına ve SMA sendromunun gelişimine sebep olabilir (5). Skolyoz cerrahisi sonrası columna vertebralisin göreceli olarak uzaması aorto-me-

zenterik açının daralmasına sebep olabilir(6). Spinal kord yaralanması olgularının %0,53'ünde SMA sendromu geliştiği bildirilmiştir (7). Bu olgularda SMA sendromu gelişiminin mekanizması tam olarak aydınlatılmamış olmakla beraber, bu vakalarda ani gelişen aşırı kilo kaybı, spinal deformite oluşması, uzamış sırtüstü pozisyonda yatma ve karın duvarı tonusunun azalması suçlanan faktörlerdir (8). Olgumuzda da istemli başlayan sonra istemsiz devam eden kilo kaybının klinik olarak retroperitoneal destek yağ dokusunun azalmasına bağlı olarak mevcut tabloyu geliştirdiğini düşünmekteyiz.

SMAS'da genelde kabul gören üç çeşit cerrahi seçenek vardır: Bunlardan birincisi, Treitz ligamanının bölünerek duodenum ile aorta arasındaki mesafenin genişletilmesi (Strong prosedürü). İkincisi, gastrojejunostomi. Üçüncüsü, duodenojejunostomi. Strong prosedürü bağırsak bütünlüğünü korumada avantaja sahiptir; ancak %25 hastada inferior pankreatiko-duodenal arterin dallarının kısılalığına bağlı olarak duodenal serbestleştirmede başarısızlık görülebilir (9). Duodenojejunostomi laparotomi ile yapılabildiği gibi; laparoskopik olarak da yapıldığı raporlar bildirilmiştir (10,11).

SMA sendromu olan hastalar çoğunlukla nonspesifik bulgularla başvurduğundan tanıda gecikmeler yaşanabilmektedir. Genellikle hastalar kilo kaybının eşlik ettiği karın ağrısı, bulantı ve kusma yakınmaları ile başvururlar. Tanısı klinik ve radyolojik bulguların birleştirilmesi ile konulabilmekle birlikte asıl önemli olan bu tanının akla getirilebilmesidir. Olgumuzda olduğu gibi ergenlik dönemi çocuklarda, anamnezde cerrahi ve diğer sebepler yoksa, ergenlik dönemi kilo verme girişimi sonrasında istemsiz kilo kaybı, SMA sendromu gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olarak aklımızda tutmalıyız. Bu hastaların öncelikli olarak beslenme desteği ile kilo alımını sağlamak çoğu zaman cerrahiye gereksinimi ortadan kaldıracaktır.

## Kaynaklar

- Gniftiths GJ, Whitehouse GH, Wilkie DP. Chronic duodenal ileus. Br J Surg 1921;9:204.
- Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. DigSurg 2007; 24:149-56.
- Mathenge N, Osiro S, Rodriguez II, Salib C, Tubbs RS, Loukas M. Superior mesenteric artery syndrome and its associated gastrointestinal implications. Clin Anat 2014; 27:1244-52.
- Hoddinott J Behrman JR, Maluccio JA ve diğ. Erken ço-

cukluk döneminde büyüme geriliği Yetişkin sonuçları. Am J ClinNutr 2013; 1170: 98.

5. Matheus C de O, Waisberg J, Zewer MH, Godoy AC. Syndrome of duodenal compression by the superior mesenteric artery following restorative procto colectomy: A case report and review of literature. Sao PauloMed J 2005; 123:151-3.
6. Schwartz A. Scoliosis, superior mesenteric artery syndrome and adolescents. Orthop Nurs 2007; 26: 19-24.
7. Laffort I, Bensmail D, Rech C, et al. Late superior mesenteric arter syndrome in paraplegia: Case report and review. Spinal Cord 2002; 40: 88-91.
8. Roth EI, Fenton LL, Gaebler-Spira DJ, et al. Superior mesenteric artery syndrome in acute traumatic quadriplegia: Case report and literature review. Arch Phys Med Rehabil 1991; 72:417-20.
9. Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, et al. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment strategies. J Gastrointest Surg 2009; 13:287-92.
10. Morris TC, Devitt PG, Thompson SK. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome—how I do it. J Gastrointest Surg 2009; 13:1870–3.
11. Singaporewalla RM, Lomato D, Ti TK. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome. Journal of the Society of Laparoscopic Surgeons 2009; 13: 450-4.