

Superior Mezenter Arter (Wilkie's) Sendromu: Olgu Sunumu

Superior Mesenteric Artery (Wilkie's) Syndrome: A Case Report

Ali HARLAK, Orhan KOZAK, Öner MENTEŞ, Taner YİĞİT, M. Tahir ÖZER,
İlker AKAR, İ. Hakkı ÖZERHAN

Gata Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

ÖZET: Superior mezenter arter (SMA) sendromu duodenumun üçüncü kıtasının aorta ve SMA proksimal kısmı arasında basiya uğraması sonucu ortaya çıkan ve nadir görülen bir klinik tablodur. Belirgin kilo kaybı ile birlikte giden bulantı, kusma, anoreksiya, epigastrik ağrı ve şişkinlik başlıca yakınmalardır. Skolyozu olan hastalarda, yanıklarda, hareketsiz hastalarda ve idyopatik kilo kaybı olanlarda görüldüğü bildirilmiştir. Sık karşılaşılan nedenlerle açıklanamayan hızlı kilo kaybı, atipik ve tekrarlayan obstrüktif bulguları olan hastalarda SMA sendromu düşünülmelidir. Bu hastalığın tedavisinde yan yana duodenojejunostomi etkin, komplikasyonları az ve kolay uygulanabilir bir cerrahi yöntemdir. Bu yazıda tanı güçlüğü nedeniyle hastaların yaşam kalitesini uzun süre bozan superior mezenter arter sendromlu bir olgu sunulmuş tanı ve cerrahi tedavi yöntemleri tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Süperior mezenter arter sendromu, wilky sendromu, duodenojejunostomi

ABSTRACT: Superior mesenteric artery (SMA) syndrome is a rare clinical condition caused by compression of the third portion of the duodenum by the SMA. Vomiting associated with significant weight loss, epigastric pain, and postprandial discomfort are main symptoms. This has been reported in patients with scoliosis, burns, immobilization in body casts, and idiopathic weight loss. The diagnosis of SMA syndrome should be considered in patients with rapid weight loss who develop atypical, recurrent obstructive symptoms not attributable to other common causes. Side to side duodenojejunostomy is an easy and effective surgical approach with a lower complication rate. Herein we presented a patient with SMA syndrome and discussed the diagnostic difficulties and surgical treatment options.

Key Words: ??????????

AMAÇ

Superior mezenter arter (SMA) sendromu duodenumun üçüncü kıtasının aorta ve superior mezenter arter proksimal kısmı arasında basiya uğraması sonucu ortaya çıkar. 1927 yılında Wilkie tarafından kronik duodenal ileus şeklinde tanımlanması nedeniyle Wilkie sendromu olarak anılır. (1). Ayrıca aortomezenterik kompresyon, arteriomezenterik duodenal kompresyon, duodenal vasküler kompresyon gibi isimler de bu hastalığı tanımlamak için kullanılmıştır. Gıda alımı sonrası ortaya çıkan epigastrik ağrı, şişkinlik, bulantı, kusma, anoreksiya ve kilo kaybı yakınmalarıyla kendini gösteren ve nadir görülen bir sendromdur. (2) Hastalığın az görülmesi ve tanının ancak invazif tetkiklerle doğrulanabilmesi nedeniyle hastalar uzun süre tanı konulamadan semptomlara dönük tedaviler alırlar.

Semptomlar akut veya kronik olabilir. Kronik şekli daha sık görülür. (3) Akut vakalarda konservatif tedaviler öncelikle uygulanırken kronik vakalarda cerrahi tedaviler ön plana çıkmaktadır. (2,3) Cerrahi tedavide farklı teknikler tanımlanmıştır ancak en sık tercih edileni yan yana duodenojejunostomidir. SMA sendromu nedeniyle takip ve tedavi edilen bir hastaya ait bulgular ve güncel literatürler ışığında nadir görülen bu hastalığın tanısındaki güçlükler ve cerrahi tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

35 yaşında bayan hasta kilo alamama, yemeklerden sonra şişkinlik, bulantı, kusma, iştahsızlık, kabızlık, uykusuzluk, ağza acı su gelmesi, ekşime, yanma yakınmalarıyla başvurdu. Çocukluk döneminde sağlıklı olduğunu, yaklaşık 15-20 yıldır şikâyetlerinin devam ettiğini ve hatırladığı en yüksek kilosunun yirmi yıl kadar önce ve 50 kg. olduğunu ifade etti. Özellikle yemekten bir saat kadar sonra sağ tarafta şişkinlik geçirme yanma ekşime yakınmaları oluyormuş. Kusma nedeniyle sosyal hayatında da etkilenmeler olmuş. Günde iki civarında kus-

tuğunu ve içerik olarak birkaç gün önce yediklerini de içermek üzere bol miktarda çıkarttığını anlattı. Çok sayıda doktora gittiğini genellikle gaz gidericiler, mide ilaçları verildiğini fakat kısa süreli rahatlamalar dışında şikâyetlerinin geçmediğini belirtti. Yandaş hastalığı yoktu. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde mevcut yakınmaları dışında anlamlı patoloji saptanmadı. Daha önce birkaç kez endoskopi yapılmış fakat midenin dolu olması nedeniyle yeterli değerlendirme yapılamamıştı. Dış merkezde yapılan mide düodenum grafisinde midenin hipotonik ve mukozasının düzensiz görüldüğü, düodenumun ikinci ve üçüncü kısımlarının genişlemiş olduğu ve düodenum dördüncü bölümü sonrasında jejunum ve ileum anslarının normal görüldüğü rapor edilmiş ve bu bulgularla lümen dışı patolojiler açısından değerlendirilmesi önerilmişti. Başvurduğunda hasta kaşektik görünümde ve 34 kg idi. Yapılan gastroduodenoskopide midenin tam boşalmadığı gözlemlendi, duodenumdaki dilatasyonu açıklayacak lümen içi darlık oluşturan bir patoloji bulunamadı. Batın ultrasonografisinde tabloyu açıklayacak bulgu yoktu. Bu arada gastroparezi etiyojisi araştırmak amacıyla yapılan romatolojik, nörolojik, psikiyatrik, ve kardiolojik muayene ve değerlendirmelerde anlamlı bulgu saptanmadı. İnce barsak pasaj grafisi ve enteroklisit tetkikinde mide ve düodenumun dilatasyonu yanı sıra yedi saatlik çekimler süresince jejunuma geçişin çok az olduğu izlendi. (Şekil 1) Bunun üzerine yapılan opaklı abdomen tomografisinde aorta-mezenterik açının daraldığı, düodenumun aort ile superior mezenter arter arasında sıkıştığı ve proksimalde dilatasyon olduğu gösterilerek SMA sendromu doğrulandı. (Şekil 2) Ameliyata alınan hastanın yapılan explorasyonunda düodenum dördüncü kıtasının aorta ve SMA arasında sıkıştığı proksimalinin ileri derecede dilate olduğu, distalinin normal olduğu izlendi. Hastaya retrokolik yan yana duodenojejunostomi ameliyatı uygulandı. (Şekil 3) Ameliyat sonrasında hastanın kusma başta olmak üzere şikâyetleri geriledi. 10 aylık takip sonunda kilo aldığı ve halen 45 kilogram olduğu herhangi bir yakınmasının olmadığı tespit edildi.

TARTIŞMA

SMA aortadan ayrıldıktan sonra yaklaşık 45 derecelik (38-56 derece) bir açı ile aşağı ve öne doğru seyredir.(4) Bu iki arterin arasındaki açıklıktan düodenumun üçüncü kıtası sağdan sola doğru geçer. Aorta-mezenterik açığı daraltan (6-16 derece) akut veya kronik nedenler düodenumun bu aralıkta sı-

kışmasına ve bunun sonucunda tam veya kısmi daralmaya neden olur. (4) SMA sendromunun ortaya çıkmasında 15 civarında sebep öne sürülmüştür. Bunlar arasında dar SMA-aort aralığı, dar aorta-mezenterik vasküler açı, 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 sayılmıştır. (2,5)

Şekil 1: İnce barsak pasaj grafisinde mide ve düodenumdaki dilatasyon ile darlık sonrası ince barsaklara sınırlı geçiş görünümü.

Şekil 2: SMA ve aort arasında sıkışan düodenumun tomografideki görünümü. Beyaz kısa ok SMA, beyaz uzun ok aorta ve siyah ok düodenumu göstermektedir.

Şekil 3: Hastanın ameliyatında retrokolik yan yana duodenojejunostominin yapılışı.

Sunulan hasta sürekli kusmalar ve uzun süredir devam eden kaşeksi nedeniyle başvurduğu için öncelikle ülserle bağlı pilor darlığı ve anoreksia nevroza, gastroparezi, gibi ön tanılar üzerinde duruldu. Hastanın yaşının genç olması risk faktörlerinin olmaması nedeniyle mide ve duodenum tümörleri öncelikli olarak düşünülmedi. Superior mezenter arter sendromu ilk değerlendirmelerde ön tanı olarak düşünülmüdü. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ve enteroskopide lümen içi darlık oluşturan bir neden olmaması ve endoskoptan verilen havanın lümeni açması sonucu SMA sendromu tanısı konulamadı. Direkt grafilerde hava sıvı seviyelerinin olmaması üst seviyeli bir daralmanın işareti olarak değerlendirildi. Kesin tanı ise opaklı abdomen tomografisinde aorta-mesenterik açığı daralması ve duodenumun burada sıkışmasının gösterilmesi ile konulabildi.

Literatürde sunulan hasta ve serilerde tanı için CT anjiyografi, renkli dopler eko, manyetik rezonans görüntüleme, endoskopik ultrason gibi tetkikler kullanılmıştır. Özellikle CT anjiyografide aorta mesenterik açığı net olarak ölçülebilir. Bununla birlikte sunulan olguda olduğu gibi SMA sendromu tanısı öncelikli uygulanan endoskopi üst gastrointestinal sistem seri opaklı grafileri ve CT gibi uygulanması daha kolay ve ekonomik tetkikler ile konulabilmekte ve ileri tetkiklere gerek kalmamaktadır. Tanı ile ilgili asıl güçlük hastalığın klinisyen tarafından ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünmemesi sonucu gereksiz tetkikler ve zaman kaybıyla ilgilidir.

Hastaların çoğunda semptomlar yavaş ve uzun sürede ortaya çıkmaktadır. (3) Bu nedenle öncelikle seçilmesi gereken konservatif tedavilere yanıt oranı düşüktür.(2) Konservatif tedavilerde amaç hastaya beslenme desteği sağlamak, kilo almasına yardımcı olarak aorta-mesenterik açının daralmasına neden olduğu düşünülen yağlı doku yastıkçığı kaybının geri kazandırılmasıdır. Şikâyetleri uzun süre devam eden ve konservatif tedavilere yanıt vermeyen hastalarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. SMA sendromunun tedavisi için çeşitli cerrahi teknikler önerilmiştir. Bunlardan başlıcaları duodenojejunosomi, gastrojejunosomi, duodenumun anterior repozisyonu, duodenumun sirküler drenajı, subtotal gastrektomi ve Bilroth, Treitz ligamentinin amputasyonu ve süperior mezenter arterin infrarenal transpozisyonu teknikleridir. En sık uygulanan cerrahi yöntem normal anatomiye bozmaksızın yapılan yan yana duodeno-jejunosomidir. Kolay uygulanması, anastomoz ve cerrahi komplikasyonlarının az olması nedeni ile tercih edilir. (6) Yayınlanan hasta ve hasta serilerinde bu yöntemin başarılı sonuçları

bildirilmiştir. Duodenojejunosomi hastalığın başarılı şekilde tedavisini sağlayan, kolay uygulanabilen ve komplikasyon oranları düşük bir cerrahi işlemdir. Laparoskopik olarak uygulanabilir. (7) Bununla birlikte SMA sendromlu hastalarda mide ve duodenumun aşırı dilate olması motilite bozukluklarına neden olabilir.(3) Duodenum ve midenin aşırı dilate olduğu hastalarda duodenumun sirküler drenajı olarak ifade edilen bir ameliyat yöntemi önerilmiştir. Bu ameliyatta distal subtotal gastrektomiye takiben Roux-en Y gastrojejunosomi yapılmakta ancak mideye çekilen jejunum ansının en uç kısmı ayrıca duodenumun proksimal ucuyuda ağızlaştırılmaktadır. (3) Bu tekniğe gerekçe olarak bazı SMA sendromlu hastalarda duodenumun ters peristaltik dalagalarının ileri peristaltik dalgalardan daha baskın hale gelmesi nedeniyle duodenojejunosomiye rağmen semptomların gerilememesi gösterilmiştir. Öte yandan üç anastomozlu, rezeksiyonlu ve cerrahi riskleri yüksek bir yöntemdir. Önerilen bir başka teknik duodenumun anterior transpozisyonudur. Duodenumu transseke ettikten sonra SMA önünde tekrar anastomoz yapılır. (8,9) Bu yöntemin uygulandığı vakalarda başarılı olduğu bildirilmiştir. Yan yana duodenojejunosomiye oranla daha anatomik bir pasaj sağlarken anastomoz riskleri daha yüksektir. Belirgin bir fonksiyonel üstünlüğünün ise olmayacağı değerlendirilmiştir. Süperior mezenter arterin infrarenal transpozisyonu da alternatif bir cerrahi yöntem olarak sunulmuştur(10). Kalp damar cerrahları için cazip görünebilecek bu yöntem genel cerrahlar için tedirgin edici ve zor bir seçenektir.

Bizim hastamızda açık olarak uygulanan yan yana duodenojejunosomiye takiben hastanın şikâyetleri tamamen düzelmiş ve hasta 11 aylık takip sonunda 11 kg almıştır.

Sebebi bulunamayan bulantı kusma ve kilo kaybı şikâyetlerinde, üst gastrointestinal obstruksiyonlarda superior mezenter arter sendromu ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Bu hastalığın tedavisinde yan yana duodenojejunosomi etkin, komplikasyonları az ve kolay uygulanabilir bir cerrahi yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Wilkie DPD. Chronic duodenal ileus. Am J Med Sci 1927;173:643-649
2. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. Dig Surg. 2007;24(3):149-56. Epub 2007 Apr 27.

3. Yang WL, Zhang XC. Assessment of duodenal circular drainage in treatment of superior mesenteric artery syndrome. *World J Gastroenterol.* 2008 Jan 14;14(2):303-6.
4. Shetty AK, Schmidt-Sommerfeld E, Haymon ML, Udall JN Jr. Radiological case of the month. Superior mesenteric artery syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999 Mar;153(3):303-4.
5. Zhu ZZ, Qiu Y. Superior mesenteric artery syndrome following scoliosis surgery: its risk indicators and treatment strategy. *World J Gastroenterol.* 2005 Jun 7;11(21):3307-10.
6. Ylinen P, Kinnunen J, Höckerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. A follow-up study of 16 operated patients. *J Clin Gastroenterol.* 1989 Aug;11(4):386-91.
7. Jo JB, Song KY, Park CH. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome: report of a case. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2008 Apr;18(2):213-5.
8. Shiyanagi S, Kaneyama K, Okazaki T, Lane GJ, Yamataka A. Anterior transposition of the third part of the duodenum for the treatment of superior mesenteric artery syndrome. *J Pediatr Surg.* 2008 Feb;43(2):e1-3.
9. Duvie SO. Anterior transposition of the third part of the duodenum in the management of chronic duodenal compression by the superior mesenteric artery. *Int Surg.* 1988 Jul-Sep;73(3):140-3.
10. Pourhassan S, Grottemeyer D, Fürst G, Rudolph J, Sandmann WJ. Infrarenal transposition of the superior mesenteric artery: a new approach in the surgical therapy for Wilkie syndrome. *Vasc Surg.* 2008 Jan;47(1):201-4. Epub 2007 Oct 18.