

# Superior mezenterik arter sendromu: Olgu sunumu

Tuğrul TIRYAKI, Ziya LİVANELİOĞLU, F Halil ATAYURT

Sosyal Sigortalar Kurumu, Ankara Çocuk Eğitim Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Ankara

## Özet

Superior mezenterik arter (SMA) sendromu üst mide-bağırsak sistemi tıkanmalarının ender görülen bir nedenidir. Ani başlayan karın ağrısı ve safralı kusma yakınmaları ile kliniğimize başvuran ve SMA sendromu tanısı konan olgumuz sunularak literatür bilgileri ışığında tartışıldı. Başlangıçta konservatif tedavi ile sağaltım sağlanmaya çalışılmalı, medikal tedavi başarısız olursa cerrahi girişim planlanmalıdır. Treitz bağının ayrılarak duodenojejunal bileşkenin serbestleştirilmesi önerilen cerrahi girişimdir.

**Anahtar kelimeler:** Superior mesenterik arter sendromu

## Summary

### Superior mesenteric artery syndrome: Case report

The superior mesenteric artery (SMA) syndrome is a rare cause of upper gastrointestinal obstruction. A case with acute onset of bilious vomiting and abdominal pain in whom superior mesenteric artery syndrome was diagnosed is presented. Conservative treatment must be performed initially. Surgical intervention is indicated, if medical treatment fails. Division of the ligament of Treitz to free the bound position of the duodenum and situck the duodenojejunal flexure downward is advocated during surgery.

**Key words:** Superior mesenteric artery syndrome

## Giriş

Akut yada kronik duodenal tıkanma bulguları ile karakterize olan Superior Mezenterik Arter (SMA) Sendromu üst mide-bağırsak sistemi tıkanmalarının ender görülen bir nedenidir <sup>(1)</sup>. Hastalarda sıklıkla hızlı kilo kaybı öyküsü bulunur. Çalışmamızda ani başlayan karın ağrısı ve safralı kusma nedeniyle kliniğimize başvuran ve SMA sendromu saptanan bir olgu sunularak literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

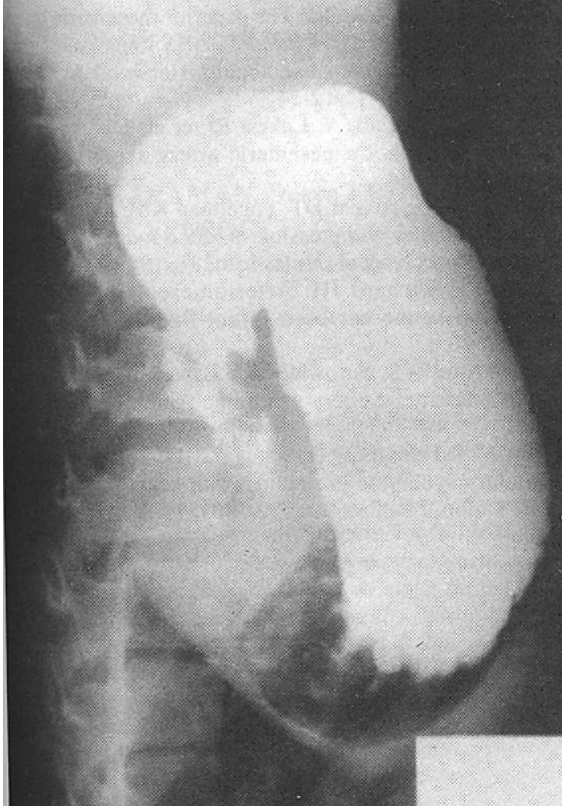
## Olgu

13 yaşındaki kız hasta ani başlayan iki günlük karın ağrısı ve safralı kusma yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde daha önce benzer karın ağrısı ve kusma yakınmaları olmadığı öğrenilen hastanın yapılan fizik incelemesinde astenik vücut yapısı ve epigastrik bölgede hassasiyet saptandı. Çekilen ayakta düz karın filiminde normal gaz dağılımı izlenen olgumuz gözlem amacı ile yatırıldı. Ağızdan beslenmesi kesilip nazogastrik sonda takılan hasta da damar içi sıvı tedavisine başlandı. Yatışının 12.

saatinde karın ağrısı ve epigastrik hassasiyeti geçen hastada nazogastrik sondadan safralı drenajın sürmesi üzerine çekilen opak maddeli mide duodenum filiminde J şeklinde uzamış mide, genişlemiş duodenum ve jejunuma gecikmiş geçiş belirlendi (Resim 1). Duodenojejunal bileşkede geçişi önleyen SMA sendromu olduğu saptanan hastaya ve pozisyon verilerek destekleyici tedavi ile izleme alındı. Yatışının 7. gününde nazogastrik sondadan halen 800-1000 cc/gün safralı drenajının sürmesi üzerine ameliyata alındı. Ameliyatta duodenumun epey geniş diğer barsak kısımlarının ise normal çapta olduğu ve malrotasyonunun bulunmadığı belirlendi. Duodenojejunal bileşkenin araştırılmasında ise superior mezenterik arterin kendisinin birincil olarak tıkanmaya neden olmasa da, karın arka duvarına uzanan kalınlaşmış mezenterik uzantılar ve Treitz bağı düzeyindeki yapışıklıkların duodenumu omurga ile aralarında sıkıştırdıkları belirlendi. Duodenumun 3. parçası serbestleştirilip Treitz bağı ve mezenterik uzantılar dolaşımı bozmayacak şekilde ayrılarak basıya uğramış olan kısım serbestleştirildi. Ameliyat sonrasında nazogastrik sondadan safralı drenaj 7. güne kadar sürdü. Ameliyat sonrası 7. günde ağızdan beslenmeye geçilen olgumuz 10. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

**Adres:** Dr. Tuğrul Tiryaki, Ziyabey Cad. 6. Sok, No: 22/8, Balgat, Ankara

**Yayına kabul tarihi:** 23.10.2002



Resim 1. Uzunmuş "J" şeklinde mide

## Tartışma

SMA sendromu duodenumun 3. parçasının superior mezenterik arter ile omurga arasında basıya uğraması ile birlikte duodenumun Treitz bağı tarafından yüksek düzeyde sabitlenmesinin ve mezenterik uzantıların duodenumu sıkıştırmalarının neden olduğu bir semptomlar birlikteliğidir. Kızlarda daha sık (3:1) görülürken genç erişkinlerde tepe yaptığı izlenmektedir (1,2,4). Bağırsak mezenterinin kısa olması, aberan mezenterik arter ya da mezenterik arterin anormal dallanması, aşırı hareketli sağ kalın bağırsak, malrotasyon ve duodenumun anormal yüksek sabitlenmesi gibi doğumsal bozukluklar duodenumun basıya uğramasına zemin hazırlayan etmenlerdir (1,2,3).

Hiçbir şişman hastada duodenumun damarsal basısı saptanmaz iken, özellikle zayıf yapılı genç erişkinlerde hızlı kilo kaybı ile duodenum çevresi ve mezenter yağ dokusunun kaybı ile duodenumu destekleyen yağ yatağı ortadan kalkarak duodenum damar basısına açık hale gelir. Olgumuzda hızlı kilo kaybı

öyküsü olmasa da zayıf yapı ile yatkınlık vardı. Yapılan ameliyatta malrotasyon, duodenumun anormal yüksek sabitlenmesi gibi SMA sendromuna yatkınlığa yol açan bulgular saptanmadı.

Tekrarlayan yemek sonrası ağrı, epigastrik şişkinlik ve safralı kusma ile karakterize olan SMA sendromlu olguların çoğunda ataklar arasında karında hassasiyet gözlenir. Semptomlar başladıktan sonra duodenumu destekleyen yağ yatağının kaybı ile klinik bulgular daha da ağırlaşır. Bu durum pek çok olguda aşırı kilo kaybı nedeniyle anoreksiya nervosa ile karıştırılabilir. Olgumuzda midenin sondalanması ile karın ağrısının geçmesine karşın safralı drenaj sürmüştür. Yenidoğanlarda sendrom aralıklı kusma ve kilo alımında azalma ile seyrederek (1,2,4,6,8). Tanı opak maddeli mide-duodenum filimleri ile konur. Tipik olarak mide uzar ve "J" şeklini alır, duodenum geniştir, jejunuma geçiş vardır ama yavaşlamıştır (3,8). Başlangıçta konservatif tedavi ile sağaltım sağlanmaya çalışılır. Hastaya yüzüstü ve sol tarafına doğru yatık pozisyon verilerek jejunuma geçiş kolaylaştırılmaya çalışılır. Az miktarda sık sık yüksek kalorili elementel diyet ve damardan beslenme ile kilo alımı sağlanarak duodenumu destekleyen mezenter yağ dokuları yerine konmaya çalışılır (3,5). Medikal tedavi bir haftalık bir süre içinde başarılı olmuyorsa cerrahi girişim için karar verilmelidir.

Cerrahi tedavide duodenojejunal bileşkenin serbestleştirilmesi, 3. ve 4. parçadaki duodenuma ait mezenterik bantların ayrılması gereklidir. Bazı yazarlar gastroenterostomi ya da diğer atlatma işlemlerini önerirken bazıları geniş duodenumun kör bir parça oluşturacağı ve sıklıkla stomal ülserasyon oluşacağı gerekçeleriyle bu tip işlemlere karşıdır (3). Ayrıca açık işlemler duodenal duraklama nedeniyle oluşan bakteriyel kirlenmeye bağlı olarak yüksek bir ameliyat sonrası enfeksiyon riski taşımaktadır. Laparoskopinin gelişmesi ile SMA sendromlu olguların proksimal jejunum ile duodenumun zımba yardımı ile ağızlaştırılarak tedavisi de önerilmiştir (7). Mide nin ve proksimal duodenumun aşırı geniş olduğu olgularda ameliyat sonrası bağırsak hareketlerinin normale dönmesi zaman almaktadır. Olgumuzda da nazogastrik sondadan safralı akıntı ameliyat sonrası 7. güne dek sürmüş, ağızdan beslenmeye ancak yedinci günden sonra başlanabilmektedir.

Sonuç olarak SMA sendromu üst mide-bağırsak sistemi tıkanmalarının nadir nedenlerindedir. Özellikle tekrarlayan safralı kusma ve karın ağrısı ile başvuran zayıf yapılı hastalarda görülmesine karşın olgumuzda olduğu gibi semptomlar ani olarak da başlayabilir. Konservatif tedavi başlangıç olarak tercih edilmeli ancak başarısız olduğunda cerrahi girişim planlanmalıdır. Duodenum ve duodenojejunal bileşkenin serbestleştirilmesi önerilen cerrahi girişimdir.

#### Kaynaklar

1. Akin JT, Gray SW, Skandalakis JF: Vascular compression of the duodenum: Presentation of the ten cases and review of the literature. *Surgery* 79:515, 1976
2. Burrington JD: Superior mesenteric artery syndrome in children. *Am J Dis Child* 130:1367, 1976
3. Donnellan WL, Jona JZ: The superior mesenteric artery syndrome, in Donnellan WL (eds) *Abdominal surgery of infancy and childhood*. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1996, pp:16/12-14
4. Gustafsson L, Falk A, Lukest PJ, et al: Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery syndrome. *Br J Surg* 71:499, 1984
5. Marchant EA, Alvear DT, Fagelman KM: True clinical entity of vascular compression of the duodenum in adolescence. *Surg Gynecol Obstet* 168:381, 1989
6. Max TT, Richard JH: Arteriomesenteric duodenal obstruction in the newborn infant *Pediatrics* 31:1049, 1963
7. Richardson WS, Surowiec WJ: Laparoscopic repair of superior mesenteric artery syndrome *Am J Surg* 181:377, 2001
8. Veysi VT, Humphrey G, Stringer MD: Superior mesenteric artery syndrome presenting with acute massive gastric dilatation. *J Pediatr Surg* 32:1801, 1997