

# Atipik Klinik Prezantasyonu Olan Süperior Mezenterik Arter Sendromu: Olgusu

## Süperior Mesenteric Artery Syndrome With Atypical Clinical Presentation: Case Report

Hatice Hamarat<sup>1</sup>, Tülay Bakar<sup>2</sup>, Şafak Meriç Özgenel<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dahiliye Departmanı, Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, Eskişehir

<sup>2</sup> Radyoloji Departmanı, Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, Eskişehir

<sup>3</sup> Gastroentoloji Departmanı, Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, Eskişehir

Yazışma Adresi / Correspondence:

**Hatice Hamarat**

Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, Dahiliye polikliniği Uluönder mahallesi, Fevzi çakmak caddesi No:1 26190

T: +90 505 866 58 85 E-mail: [hklnca@hotmail.com](mailto:hklnca@hotmail.com)

Geliş Tarihi / Received : 05.10.2019 Kabul Tarihi / Accepted : 03.02.2020

Orcid:

Hatice Hamarat <https://orcid.org/0000-00018694-5686>

Tülay Bakar <https://orcid.org/0000-0002-0417-5276>

Şafak Meriç Özgenel <https://orcid.org/0000-0002-3562-8645>

( Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med J 2020, 10(1):133-137 ) DOI: 10.31832/smj.629697

### Öz

Superior mezenterik arter (SMA) sendromu duodenumun üçüncü kütasının aorta ve SMA proksimal kısmı arasında basıya 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. Sık karşılaşılan nedenlerle açıklanamayan hızlı kilo kaybı, atipik ve tekrarlayan obstrüktif bulguları olan hastalarda SMA sendromu düşünülmelidir. Bu yazıda atipik şikayetleri olması nedeniyle tanı güçlüğü yaşayan hastanın yaşam kalitesini uzun süre bozan superior mezenterik arter sendromlu bir olgu sunulmuş tanı ve tedavi yöntemleri tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler

Süperior mezenterik arter sendromu; kilo kaybı; karın ağrısı

### 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. 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. Here in we presented a patient with SMA syndrome and discussed the diagnostic difficulties and treatment options.

Keywords

Superior Mesenteric Artery Syndrome; Weight loss; Abdominal Pain

## Giriş

Superior mezenter arter sendromu (SMAS) duodenumun üçüncü kıtasının aorta ve superior mezenter arter proksimal kısmı arasında basıya uğraması sonucu ortaya çıkar. 1927 yılında Wilkie tarafından kronik duodenal ileus şeklinde tanımlanması nedeniyle Wilkie sendromu olarak anılır.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Hastalığın az görülmesi ve tanının ancak invazif tetkiklerle doğrulanabilmesi nedeniyle hastalar uzun süre tanı konulamadan semptomlara yönelik tedaviler alırlar. Semptomlar akut veya kronik olabilir. Kronik şekli daha sık görülür.<sup>3</sup> Akut vakalarda konservatif tedaviler öncelikle uygulanırken kronik vakalarda cerrahi tedaviler ön plana çıkmaktadır.<sup>2,3</sup> 10 yıldır epigastrik ağrı ve karından su sesi gelmesi şikayeti ile çeşitli medikal tedaviler verilmiş olan hasta SMAS tanısı konularak güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

## Olgu Sunumu

37 yaşında bayan hasta halsizlik, mide ağrısı ve mideden su sesi gelmesi şikayeti ile başvurdu. Mide ağrısının özellikle sabahları açken olduğunu ve yemekten sonra karından su sesi geldiğini belirtti. Hasta bulantı, kusma, kilo kaybı tariflememi. Mevcut şikayetlerinin 10 yıl önce spontan vajinal yolla yaptığı doğum sonrası başladığını belirtti. Hastanın gebelik sırasında 10 kilo aldığı, doğum sonrasında ise kısa sürede eski kilosuna döndüğü öğrenildi. Şikayetleri nedeniyle çeşitli sağlık kuruluşlarına başvurduğu, endoskopi yapıldığı, medikal tedaviler verildiği ancak rahatlamadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede ve sağ kot altında hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde sadece demir eksikliği anemisi saptandı. Hastaya medikal tedavi ve diyet verildi. 1 ay sonra kontrol muayenesinde şikayetinin geçmediğini belirten hastanın batın ultrasound'u (USG) normaldi. Üst gastrointestinal sistem

endoskopi de mide, bulbus ve duodenum 2. kısım mukoza ve duvar yapısı normaldi ve darlık saptanmadı. Endoskopi normal saptanması üzerine Abdominal bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT de mide dilate görünümde, duodenum 3. Kıtası düzeyinde aorta mezenterik mesafe 4,2 mm olup normalden dardı ve bu düzeyde duodenum 3. parçasının basılı olduğu saptandı. Bu düzeyde aorta mezenterik açığı 22 mm olup normalin alt sınırındaydı. Görünüm mezenterik arter sendromu lehine anlamlıdır şeklinde yorumlandı. Hasta tedavi planı için gastroenterolojiye yönlendirildi.

## Tartışma

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.<sup>4</sup> Olgumuzda bulantı kusma olmayıp sadece epigastrik ağrı mevcuttu.

İnsidansı konusunda kesin bilgi olmamakla beraber literatürde %0,013'den %0,78'e kadar değişen rakamlar vardır.<sup>4</sup> Bayanlarda erkeklere oranla iki kat sık görülmektedir.<sup>5</sup> Genelde 10-30 yaş arasında görülmektedir.<sup>5</sup> Olgumuz tanı alındığında 37 yaşında idi ancak şikayetleri 10 yıl önce başladığı için literatürle uyumluuydu.

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.<sup>4</sup> Bizim olgumuzda da hastanın şikayetleri doğumdan sonra başlamıştı. Gebelikle birlikte kilo alımı ve doğum sonrası hızlı kilo vermenin bu duruma sebep olabileceği düşünüldü.

Önde gelen semptom gıda alımı sonrası oluşan epigastrik ağrı, kusma, erken doyma, dolgunluk hissi ve kilo kaybıdır.<sup>4,6</sup> Bu semptomlar SMAS'na özgü olmayıp başka birçok patolojide de görülmektedir.<sup>6</sup> Tipik olarak supin pozisyonda ya da ayakta durma esnasında şikayetler artmaktadır.<sup>6</sup> Semptomlar genellikle diz-göğüs veya prone pozisyona geçmekle rahatlar.<sup>4,6</sup> Bizim hastamızda da 10 yıldır süren epigastrik bölgede ağrı ve karnından su sesi gelmesi şikayeti mevcuttu ancak pozisyon değişikliği ile ağrıda bir değişiklik olmuyordu.

Tanı sıklıkla diğer olasılıkların dışlanması ile konulabilmektedir.<sup>6</sup> Kesin tanı karakteristik olarak öykü ve özellikle semptomatik dönemde yapılan radyografik incelemelerle konulmaktadır.<sup>6</sup> Bizim vakamızda öncelikli olarak SMAS düşünülmedi çünkü şikayetleri eski olmasına rağmen kilo kaybı ve kusması yoktu. 3 yıl önce yapılan üst GİS endoskopisinde eritamatöz gastrit saptanan hasta da duodenum ülseri şüphesiyle yeniden endoskopi planlandı. Tanıda özefagus mide duodenum grafi, üst GİS, mide boşalım sintigrafisi, Ultrason, abdominal bilgisayarlı tomografi (BT), BT anjiyografi, Magnetik Rezonans anjiyografi ve konvansiyonel anjiyografi kullanılmaktadır.<sup>4</sup> SMAS'lu olgularda SMA ile aorta arasındaki açının  $7^{\circ}$ - $22^{\circ}$  (kontrol olgularda  $25^{\circ}$ - $60^{\circ}$ ), mesafe nin ise 2-8 (kontrol olgularda 10-28 mm) mm arasında olduğu görülmüştür.<sup>4,7</sup> Hastamızda yapılan üst GİS endoskopisinde patolojiye rastlanmadı. Batın USG de herhangi bir patoloji yoktu. Hastaya çekilen batın BT ve mezenter BT anjiyografide aortomezenterik açının daraldığı ( $22^{\circ}$ ) (Resim 1), duodenumun aort ile SMA arasında (mesafe 4,2 mm) (Resim 2) sıkıştığı ve proksimalinde dilatasyon olduğu görüldü.

Tanıda gecikme ölümcül olabilen malnutrisyona, dehidratasyon, oligüri, hipokalemi, intestinal perforasyon, mezenterik iskemi, üst gastrointestinal kanamalar, aspirasyon pnömonisi gibi ciddi durumlara yol açabilmektedir.<sup>5</sup>

Tedavide ilk seçenek konservatif yaklaşımdır.<sup>4</sup> Konservatif

tedavide amaç hastaya beslenme desteği sağlamak, kilo almasına yardımcı olarak aortomezenterik açının daralmasına neden olduğu düşünülen yağlı doku yastıkçığı kaybının geri kazandırılmasıdır.<sup>8</sup> 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.<sup>4,9</sup> Çoğu hastada yapılan konservatif tedavi ile şikayetler gerilememekte ve cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır.<sup>4</sup> Bizim vakamızda da öncelikle medikal tedavi denemesi kararı verildi.



Resim 1: Aortomezenterik açının daraldığını ( $22^{\circ}$ ) gösteren abdominal Bt görüntüsü



Resim 2: Duodenumun aort ile SMA arasında (mesafe 4,2 mm) sıkıştığı ve proksimalinde ki dilatasyonu gösterir abdominal Bt görüntüsü

### Sonuç

SMA sendromu eğer tipik Őikayetlerle gelmiŐse tanı da akla gelebilir. Ancak hastanın Şikayetleri kronikleŐmiŐ ve kompensasyon oluŐmuŐsa doktorlar için önemli bir teŐhis zorluğu oluŐturabilir ve tanı konulduktan sonra tedavisi zahmetli olabilir. Bu nedenle özellikle medikal tedaviden fayda görmeyen gastrit tanısıyla takip ettiğimiz, endoskopi normal saptanan hastalarda mutlaka ikincil bir radyolojik tetkik dŐŐünölmelidir. SMA sendromu ve buna bağlı öngörölemeyen sonuçlar nedeniyle geliŐebilecek tehlikeli komplikasyonları göz önünde bulundurarak gastroenterolog, radyolog ve beslenme uzmanı ile birlikte multidisipliner bir ekiple takip ederek hastalar üzerinde dikkatli bir gözetim sağlamak önemlidir. Bu dikkat, hastalar için sağlıklı bir yaşam sağlar.

#### 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.
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. Ünal A, Celal K. Superior mezenterik arter sendromunda cerrahi yaklaşım. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007; 6: 153-7.
5. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg* 2007; 24: 149– 6.
6. Koray Ö, Hakan C. Kafıa travması geçiren bir hastada süperior mezenterik arter sendromu. *Ulus Travma Derg* 2004;10: 264- 7.
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-z8
8. Ali H, Orhan K. Superior mezenterik arter (Wilkie's) sendromu. *The Medical Journal of Kocatepe* 2007; 8: 23- 6.
9. Jihui L, Elias C. Laparoscopic roux-en-Y duodenojejunal by-pass for superior mesenteric artery syndrome. *Surg Lapa-rosc Endosc Percutan Tech* 2011; 21: 344–7.