

SUPERİOR MEZENTERİK ARTER SENDROMU

Dr.Yüksel TATKAN*, Dr.Adil KARTAL**, Dr.A.Erkan ÜNAL***

ÖZET

Superior mezenterik arter sendromu (SMAS), seyrek görülen bir klinik durumdur. Bu makalede, 20 yaşında SMAS'lı bir erkek hasta bildirildi ve kilo kaybı ile birlikte uzunca süre tekrarlayan kusmaları nedeniyle yapılan birkaç laparotomi sunuldu.

Canlandırmadan sonra hasta cerrahi olarak tedavi edildi ve takiben iyileşti. SMAS'ın tanı güçlükleri tartışıldı ve literatür gözden geçirildi.

SUMMARY

Superior Mesenteric Artery Syndrome

Superior Mesenteric Artery Syndrome (SMAS), is a rare clinical case. In this article, a-20-year old man with SMAS is reported and showed laparotomies associated with a long history of repeated vomiting and weight losses.

After resuscitation, he was treated surgically and subsequently recovered well. In this paper the diagnostic difficulties of SMAS were discussed.

* : Prof. Dr., S.Ü.Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanı.

** : Doç. Dr., S.Ü.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim üyesi.

*** : Uzm. Dr., S.Ü.Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

Superior mezenterik arterin, duodenum 3. kısmına bası yaparak obstrüksiyona ve duodenal dilatasyona yol açtığını ilk defa 1861'de Von Rokitansky tarif etmiş (1,2,3,4), Bloodgood (1907) bu durumun duodeno-jejunostomi ile cerrahi olarak tedavi edilebileceğini bildirmiş, takibeden yıllarda ise Stavely (1910) da bu girişimi başarı ile uygulamıştır. 1921'de Wilkie' de bu hastalığın aynı yöntemle tedavi edilebileceğini bildirerek, hastalığı "Kronik duodenal ileus" olarak isimlendirmiştir (2,4).

Bugüne kadar bu hastalık için gastro-mezenterik ileus, arterio-mezenterik duodenal kompresyon sendromu, superior mezenterik arter sendromu ve Wilkie hastalığı gibi birçok terim kullanılmış olup henüz tek bir terim üzerinde birleşilememiştir (1,2,4,5).

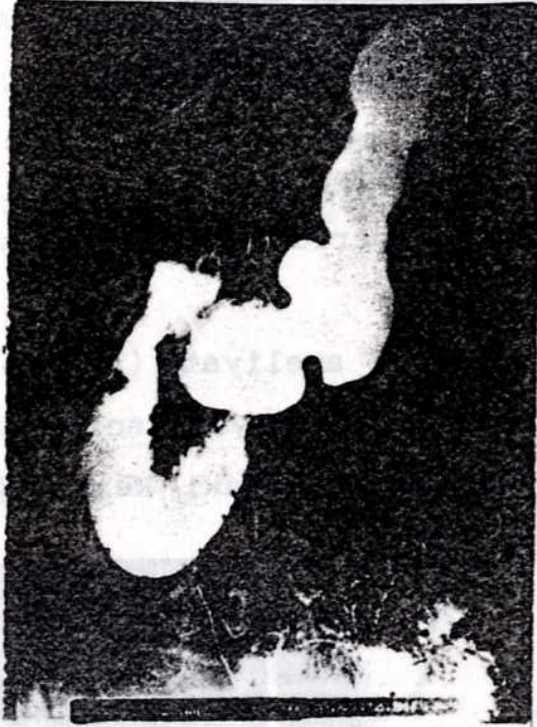
Literatürde 1983 yılına kadar gerçek olarak 300 SMAS tarif edilmiştir (4).

VAK'A TAKDİMİ

Hasta S.Y. (20) yaşında, erkek (Prot.No: 450). Post-prandial bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, kabızlık ve karnın sağ yarısında dolgunluk şikayeti ile kliniğimize başvurdu. İlk şikayetleri 3 yıl önce midede ekşime, yanma ile başlamış. Daha sonra bulantı, kusma ve her yediğini kusar olmuş. 1986 haziran ayında ilk ameliyata alınmış ve Treitz bağı kesilmiş. Ancak ameliyattan sonra bulantı ve kusmaları devam eden hasta aynı yıl 9. ayda bu kez başka bir merkezde ikinci kez ameliyat olmuş. Bu ameliyatta SMAS'a bağlı duodenal darlık düşünülerek gastro-jejunostomi yapılmış. Ancak bundan 4 ay sonra da şikayetlerinin devam etmesi üzerine aynı merkezde 3. kez laparotomi olmuş. Bu ameliyatta da bir önceki ameliyatına Braun tipi jejuno-jejunostomi uygulanmış. Bu son ameliyatından iki ay sonra şikayetlerinin geçmemesi üzerine kliniğimize başvurarak yatırıldı.

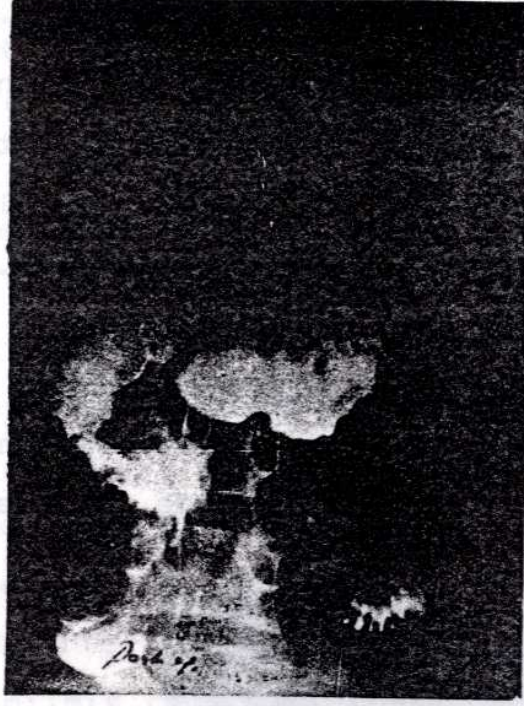
Hasta geldiğinde çok zayıf ve bitkin görünümlü olup devamlı bulantı ve kusmadan şikayetçi idi. Karında distansiyon, hafif artmış barsak sesleri ve klapotaj mevcuttu. Palpabl bir kitlesi yoktu. Kan ve idrar biyokimyası normal bulundu. Nazo-gastrik tüp tatbik edilerek 24 saatte 3000 ml. lik sıvı drene edildi.

Mide-duodenum grafileri incelendiğinde: 1. ameliyattan önceki grafide; mide ve duodenumda dilatasyon ve hiperperistaltizm ile duodenum 3. bölümü sonunda vertikal-radier kesiklik (cut-off) gözlemlendi (Resim.1).



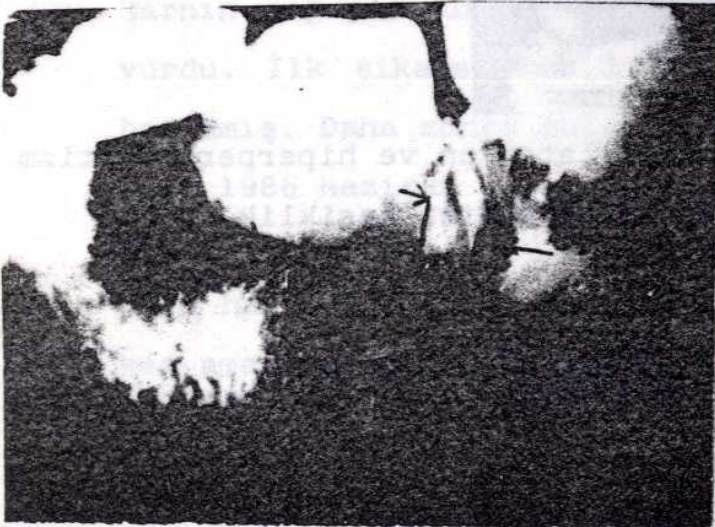
Resim. 1: Mide ve duodenumda dilatasyon ve hiperperistaltizm ile duodenumda vertikal-radier kesiklik.

Birinci ameliyattan (Treitz bağı kesilmesi) sonraki grafide ise mide ve duodenumda dilatasyon ve hiperperistaltizm devam etmekteydi (Resim. 2).



Resim. 2: Treitz bağı kesildikten sonra mide ve duodenumda dilatasyon ve hiperperistaltizmin devam etmesi.

Hastaya uygulanan ikinci ameliyat (gastro-jejunostomi) sonrasında (Resim.3) ve üçüncü ameliyat,yani Braun anastomozu eklendikten sonra da yine duodenumdaki kesikliğin sebat etmekte olduğu görüldü (Resim.4).

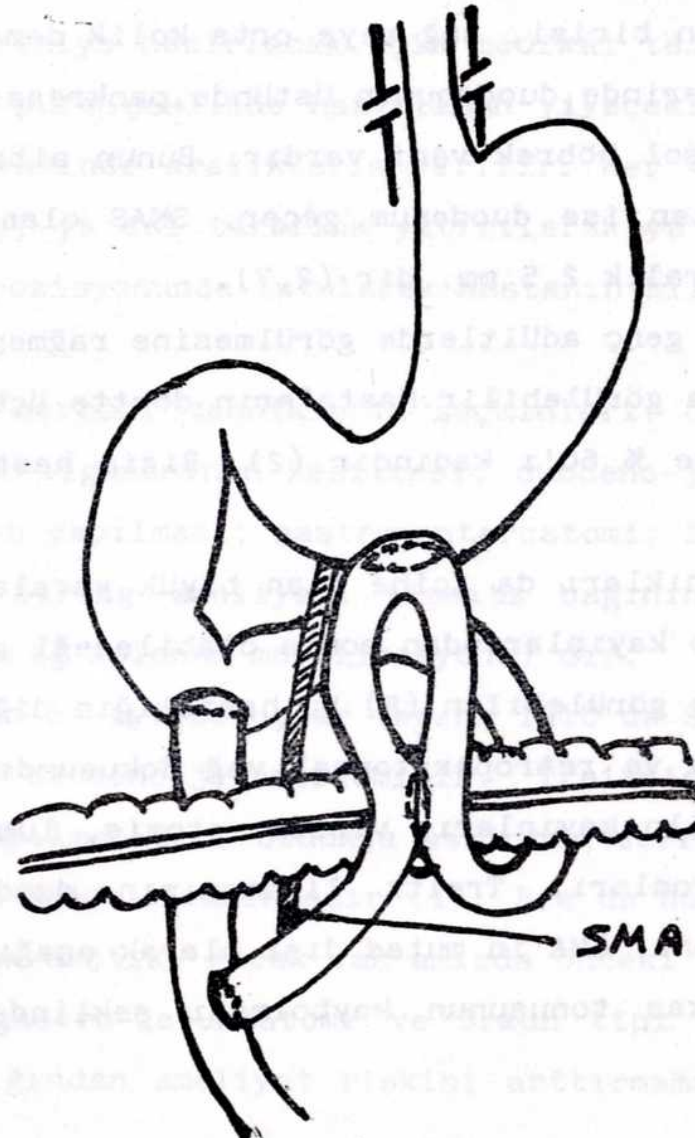


Resim. 3-4: Gastro-jejunostomi ve Braun anastomozu eklenmiş hallerdeki sebat eden duodenal kesiklik görülmektedir.

Gastroskopik tetkikte: Mide müközası ileri derecede hiperemik ve içinde safra bulunduğu gözlendi. Ayrıca gastro-jejunostomi ve Braun anastomozları da normal bulunarak alkalen gastritis (?) olarak değeriendirildi.

Yetersiz tedavi edilmiş SMAS olarak değeriendirdiğimiz hastaya 4. laparotomisi yapıldı: Proksimal duodenum dilate idi. Gastro-jejunostomi ve Braun anastomozları normal bulundu (Marginal ülser yok). Duodenum eksplorasyonuna devam edildiğinde, duodenum 3. bölümünün aorta ile SMA arasında sıkışarak tıkanığı tesbit edildi.

Hastaya önce bilateral turunkal vagotomi yapıldı. Daha sonra Braun anastomozdan 20 cm. kadar uzaklıktaki jejunal ans alınarak, duodenum 3. bölümüne retrokolik olarak getirilip Roux-en-Y tarzında duodenojejunostomi uygulandı (Şekil.1).



ŞEKİL-1

Bu esnada yapılan duodenotomiden duodenum lümeni palpe edilerek, 3. bölümün aorta ile SMA arasında sıkıştığı ve hemen hemen hiç geçiş olmadığı tesbit edildi.

Postoperatif komplikasyonu olmayan hasta 15. gün şifa ile taburcu edildi. 8 ay sonra yapılan kontrolda hastanın şikayetin kalmadığı ve vücut ağırlığının 12 kg. arttığı tesbit edildi.

TARTIŞMA

Superior mezenterik arter; insanlarda, dört ayağı üzerinde duran hayvanlardan daha dar bir açı ile ayrılır ve bu açı 50-60° dir. Açının posterior kolunu lomber vertebralar, paravertebral kaslar ve aorta ile arterior bacağına superior mezenterik damarlar ile bazen de transvers mezokoluna giden ilk iki branştan birisi, sağ veya orta kolik damarlar yapar. Açının en dar yerinde, duodenumun üstünde, pankreasın "uncinate process" i ve sol böbrek veni vardır. Bunun altındaki 10-20 mm. lik aralıktan ise duodenum geçer. SMAS olan hastada bu açı 18° ve bu aralık 2,5 mm. dir (2,7).

SMAS, en çok genç adütlerde görülmesine rağmen çocuklarda ve yaşlılarda da görülebilir. Hastaların dörtte üçü 10-39 yaşları arasında ve % 60'ı kadındır (2). Bizim hastamız da genç adüldür.

Ekseriya yanıkları da içine alan büyük yaralanmaları takiben hızlı kilo kayıplarından sonra olabileceği gibi onbinde bir gebelikte de görülebilen (8) bu hastalığın diğer nedenlerini: mezenterik ve retroperitoneal yağ dokusunda azalma ile meydana gelen kilo kayıpları, vissero-ptozis, lumber lordoz, sırtüstü pozisyonları, Treitz ligamanının duodeno-jejunal anormal fiksasyonu, SMA'in mutad dışı olarak aşağıdan çıkması veya duodenum kas tonusunun kaybolması şeklinde sıralamak

mümkündür (3,9). Detaylı anamneze rağmen hastamızda bu etyolojik faktörlerden biri saptanamamıştır.

Klinik tablo, kronik ve akut olmak üzere iki şekildedir. Muayenede hastalar çoklukla zayıf ve asteniktirler. Epigastrik hassasiyet ve peristaltizmin görülmesi hastalık lehinedir. Semptomların sol yana yatmak veya diz-dirsek pozisyonu ile gerilemesi oldukça değerlidir (2,40). Hastamızda bu durum hafif derecede tesbit edilmiştir.

Baryum yemeğinden sonra proksimal duodenumda dilatasyon ve üçüncü bölümünde vertikal linear dış bası defekti mevcuttur. Diz-dirsek pozisyonunda bu durum aniden ortadan kalkar (Haye manevrası). Hastamızın mide-duodenum grafilerinde duodenal dış bası gözlenmiş ve fakat pozisyonla bu durum ortadan kalkmamıştır.

Tedavi cerrahidir. Bazı otörler cerrahiden ayrı olarak ve/veya cerrahiye hazırlamak için medikal tedaviden yanadırlar. Burada püre şeklinde hazırlanan yiyecekler sulandırılarak çorba şeklinde aralıklarla verilir. Her 4 saatte 180-240 ml. içirilip, ya sol tarafına yatırılarak ya da yüzüstü veya diz-dirsek pozisyonunda tutularak hastanın kilo alması sağlanır (2,3,4).

Çeşitli cerrahi tekniklerin seçkinleri: duodeno-jejunos-tomi; Treitz ligamanının kesilmesi, duodeno-jejunal bileşkeninin yeniden yapılması; gastro-enterostomi; Billroth-2 gastrektomi ve Strong ameliyatı (Treitz bağının kesilmesi ile duodenum ve sağ kolonun mobilizasyonu) dir.

Bunlardan en iyi sonuçlar vereni 1910'da Stavely'nin yapmış olduğu duodeno-jejunostomidir. Treitz'dan 7,5-10 cm. uzaklıkta yapılmalıdır. Oldukça eski bir cerrahi metod olup, başarı oranı % 90 civarındadır (1). Biz de bu metodu radikal tedavi olarak seçtik. Ancak vak'amızda önceki mükerrer ameliyatlarında gastro-jejunos-tomi ve Braun tipi jejuno-jejunos-tomi yapıldığından ameliyat riskini arttırmamak amacıyla, bu

anastomozlara dokunulmadan duodeno-jejunostomi, Braun'dan 20 cm. ve Treitz'dan ise 50-60 cm. uzaklıkta ve Roux-en-Y şeklinde yapılabilmiştir. Bu şekildeki tedavinin başarılı olması yukarıda belirtilen tedavi metodları arasına Roux-en-Y tipi duodeno-jejunostomiyi de almamızı haklı kılmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- AMY, Brian W., PRIEBE, Cedric J., KING, Andrew.: Superior mesenteric artery syndrome associated with scoliosis treated by a modified Ladd procedure. Journal of Pediatric Orthopedics. 5(3):361-3, 1985.
- 2- ELLIS, Harold: Duodenal ileus. In Schwartz, Seymour I. Ellis, Harold (Ed.). Maingot's Abdominal Operations, Volume-1, Appleton-Century-Crofts/Norwalk, Connecticut-Eight edition: 660-4, 1985.
- 3- HINES, James R., GORE, Richard M., BALLANTYNE, Garth H.: Superior mesenteric artery syndrome. The American Journal of Surgery. 148; 630-2, 1984.
- 4- JONES, Peter A., WASTEL, C.: Superior mesenteric artery syndrome. Postgraduate Medical Journal. 59; 376-9, 1983.
- 5- GUSTAFSSON, L., FALK, A., LUKEST, P.J. and GAMKLOU, R.: Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery syndrome. Br.J.Surg. 71; 499-501, 1984.
- 6- GONDON, Robert E.: Arteriomesenteric occlusion: In NYHUS, Lloyd M. (Ed.), Surgery of the stomach and duodenum. Little, Brown and Company, Boston/Toronto, Fourth edition, 607-8, 1986.

- 7- WAY, Lawrence W.: Superior mesenteric artery obstruction of the duodenum. In Way, Lawrence W. (Ed.). Current surgical diagnosis and treatment. Lange Medical Publications-California- 6 th. Edition-472-3, 1983.
- 8- IKO, B.O., MONU, J.U.V., ORHUE, A. and SARKAR, S.A.: The superior mesenteric artery syndrome in pregnancy: a case resulting in recurrent pregnancy loss. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 21(4); 233-6, 1986.
- 9- SHRUM, Richard C.: Duodenal obstruction due to pressure of superior mesenteric vessels. J.A.M.A., 16; 550-1, 1952.
10. JORDAN, Paul H.: Superior mesenteric artery syndrome. In Hardy, James D (Ed.); Hardy's Textbook of surgery. J.B. Lippincott Company-Philadelphia; 521, 1983.
- 11- COHEN, Lawrence B., FIELD, Steven P., SACHAR, David B.: The superior mesenteric artery syndrome. The disease that isn't or is it ? Journal of Clinical Gastroenterology; 7(2): 113-6, 1985.

Tel: 11 33 88

10/2001 Ctd. Kollaya Sk No: 21/A

KOLLYA