

VAKA TAKDİMLERİ

ARTERİA MEZENTERİKA SÜPERİOR SENDROMU

**Dr.Serdar BATUM*, Dr.Haluk KİPER*,
Dr.Ertuğrul KARAHÜSEYİNOĞLU*, Dr.Bekir YAŞAR*,
Dr.Ercüment PAŞAOĞLU**, Dr.Enver İHTİYAR***

(* SSYB, Devlet Hastanesi, II. Cerrahi Kliniği, KÜTAHYA
(**) Anadolu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. ESKİŞEHİR

Duodenumun transvers kısmının, aortadan ayrılıp aşağıya doğru inen a.mezenterika superior veya dallarından birisi ile basiya uğraması sonucu oluşan semptomlar kompleksi gastromezenterik ileus, arterio mezenterik duodenal kompresyon sendromu, arteria mezenterika superior sendromu, Wilkie hastalığı gibi değişik terminoloji ile tanınmaktadır.

OLGU TAKDİMİ

A.Ö., 11513, kadın, 45 yaşında, evli ve 3 çocuklu. Özellikle yemeklerden sonra şiddetli epigastrik ağrı, iştahsızlık, bulantı, kusma yakınmaları ile baş vurdu. Sorgusunda yaklaşık 7 yıldır bu yakınmalarının olduğu, son 6 aydır artığını, 10 gündür hiçbirşey yiyemediğini ve bu dönemde hızlı kilo kaybettiğini ifade ediyordu.

Fizik muayenede kaşektik görünümde, hafif epigastrik distansiyon vardı. Palpasyonda klepotaj mevcuttu. Ele gelen kitle, hassasiyet, defans musküller yoktu. Perküzyonda epigastrik bölge ve göbek çevresinde matite, diğer karın bölgelerinde timpanizm vardı. Barsak sesleri normoaktifti. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı.

Laboratuvar tetkiklerinde hematolojik ve biyokimik bir patoloji yoktu. Baryum özofagus-mideduodenum grafisinde midenin atonik olduğu ve küçük pelvis içinde yer aldığı, mukozasının kaba ve ödemli olduğu ve mide içersinde gıda artıkları bulunduğu gözlemlendi. Duodenal ans mukozasının ödemli olduğu, duodenum transvers kısmında pasajın engellendiği ve proksimal bölümünde ileri derece dilatasyon dikkati çekiyordu (Resim 1).

Operasyonda mide ve duodenumun ileri derecede genişlemiş olduğu, duodenum pasajının 3 ile 4. segmentler arasında superior mezenterik damarlar tarafından engellendiği görüldü. Transver kolon mezosu açılarak duodenum 3. kısmı ile jejunumun

ilk segmenti arasına duodeno-jejunostomi yapıldı. Postoperatif 3. gün nazogastirik sondası çekilip oral beslenmeye geçilen hasta 9. gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Postoperatif 23. gün çekilen kontrol grafisinde duodeno-jejunal pasajın açık olduğu ve duodenumdaki dilatasyonun ortadan kalktığı görüldü (Resim II).

TARTIŞMA

Sendromu etyolojisi ilk kez 1861 de Rokitansky tarafından aydınlatılmış, tedavisi için 1907 de Bloodgood tarafından duodeno-jejunostomi önerilmiş ve ilk başarılı operasyon 1908 de Stavelly tarafından gerçekleştirilmiştir (1).

Kronik duodenal ileus vakalarında genel yaklaşım önce medikal tedavinin denenmesi şeklindedir. Midenin nazogastrik tüple dekompresyonu, hastanın prone, sol yan veya diz-dirsek pozisyonunda tutulması gerekir. Ancak yalnızca konservatif tedavi sonuçlarının yetersiz olduğu ve hastaların yaklaşık % 75 inde cerrahi tedavinin gerekli olduğu genel olarak kabul edilmektedir.

Çeşitli serilerde a.mezenterika superior sendromu vakalarının %25-30 unda peptik ülser bulunduğu bildirilmiştir (1). Bu durumda duodenal staz kaldırılmadan ülser tedavisine yanıt alınmamaktadır. Bizim vakamızda peptik ülser yoktu.

A.mezenterika superior sendromunun tedavisinde kullanılan en yaygın cerrahi tedavi yöntemi duodeno-jejunostomidir. Bu tedavinin yöntemi ile % 8 lik bir yetersizlik oranı belirtilmektedir (1). Bu operasyonun dezavantajlarının başında dilate ve atonik bir barsak ansına yapılan anostomozun, duode-

num normal tonosunu ve çapını kazanmadan fonksiyon görmeyebilmesi gelmekte olup bu da birkaç hafta sürebilmektedir. Vakamızda postoperatif 3. gün oral beslenmeye geçilmiş ve her hangi bir disfonksiyon gözlenmemiştir.

1958 de Strong, Treitz ligamanının serbestleştirilmesiyle duodenum aşağıya indirilerek a.mezenterika superior ile aorta arasındaki dar açıdan kurtarılması şeklinde alternatif bir cerrahi yöntem önermiştir (2). Strong yöntemi anostomoz gerektirmemesi ve aynı oranda etkili olması yanında duodenojejunostomiden daha basit, daha fizyolojik ve daha emniyetli bir yöntem gibi görünmektedir.

Bununla birlikte % 30 vakada duodenum yeterince serbestleştirilmediğinden duodeno-jejunostomi gerekebilmektedir.

A.mezenterika superior sendromunun cerrahi tedavisinde alternatif bir diğer yöntem olarak sunulan gastrojejunostomi yeterince başarılı olamamış ve günümüzde terk edilmiştir (1).

KAYNAKLAR

1. Shackelford and Zuidema: Superior mesenteric artery (SMA) syndrome. In : Surgery of the Alimentary tract, 2 nd ed., vol 2, pp 155-165. Ed: Shackelford, R.T., Zuidema, C.D., Saunders, Philadelphia, 1981
2. Strong, E.K.: Mechanics of arteriomesenteric duodenal obstruction and direct surgical attack upon etiology. Annals of Surgery, 148: 725-731, 1958.