



Olgu Sunumu/Case Report A Rare Cause of Abdominal Pain: Wilkie's Syndrome

Kasım Turgut¹, Abdullah Algın¹, İbrahim İnan²

¹Department of Emergency Medicine, Adıyaman University Training and Research Hospital

²Department of Radiology, Adıyaman University Training and Research Hospital

Abstract

Superior mesenteric artery syndrome also known as Wilkie's syndrome is a rare cause of abdominal pain. The duodenum is compressed as a result of narrowing the angle and also distance between abdominal aorta and superior mesenteric artery. The diagnosis of Wilkie's syndrome is difficult and many patients have been followed up and treated as dyspepsia. Contrast enhanced abdominal CT is the main diagnostic tool. In this study, we aimed to present a 20 years-old woman with Wilkie's syndrome who admitted to our emergency service due to abdominal pain and emesis.

Key words: Emergency, abdominal pain, wilkie's syndrome,

Nadir Bir Karın Ağrısı Sebebi: Wilkie's Sendromu

Özet

Süperior mezenterik arter sendromu, diğer adıyla Wilkie sendromu karın ağrısının nadir sebeplerindendir. Superior mezenterik arterin aortadadan çıkarken oluşturduğu açının daralması neticesinde, aradaki boşluğun azalmasıyla duodenumun sıkışması durumudur. Bu hastalığın tanısını koymak oldukça zor olup, bu hastalar uzun süre dispepsi gibi takip ve tedavi edilmişlerdir. Bu hastalığın kesin tanısı BT anjiyo ile konulur. Bu vaka sunumunda, acilimize karın ağrısı ve kusmayla başvuran 20 yaşındaki kadın hastada çektiğimiz kontrastlı batın tomografisinde tespit ettiğimiz Wilkie sendromunu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Acil; karın ağrısı; wilkie's sendromu

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Kasım Turgut

Department of Emergency Medicine, Adıyaman University Training and Research Hospital

Tel : 05548292240

Email: kasimturgutt@gmail.com

DOI:10.30569/adiyamansaglik.422176

Geliş Tarihi: 09.05.2018

Kabul Tarihi: 28.06.2018

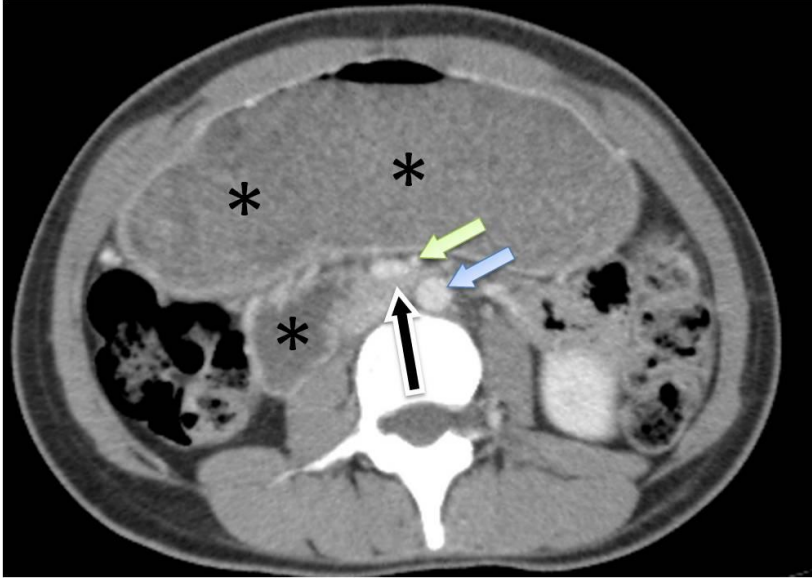
GİRİŞ

Süperior mezenterik arter sendromu (SMAS); duodenumun üçüncü kısmının superior mezenterik arter(SMA) ile abdominal aorta arasında sıkışmasıdır. Card Von Rokitanski 1842 yılında bu sendromdan ilk defa bahsetmiştir. Ancak patofizyolojisi ilk olarak 1927 yılında, aynı zamanda hastalığa ismini de veren Wilkie tarafından açıklanmıştır. SMAS çoğunlukla genç yetişkinlerde görülür (1). Toplumda görülme sıklığının yapılan çalışmalarda 0.3% ile 4.7% aralığında değiştiği ve aynı zamanda kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Düşük oranda görülen bu hastalıkta doğru ve zamanında müdahale edilmezse ölüm oranı 33%'e ulaşabilmektedir. Hastalar genellikle karın ağrısı, ani safralı kusma ve şişkinlik şikayetleriyle başvururlar (2,3). Bu vaka sunumunda karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle acil servisimize tekrarlayan başvuruları olan bir wilkie sendromu (SMAS) hastasını sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

20 yaşındaki kadın hasta, acil servisimize karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede epigastrik bölgede daha belirgin olmak üzere batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Hastanın şikayetleri özellikle yemek yedikten sonra başlamıştı. Hasta 5 ay önce sezaryenle doğum yaptığını ve bu süre zarfında 5-6 kilogram (kg) kilo kaybı olduğunu belirtti. Hastanın acilde bakılan kan tetkiklerinde hafif lökositoz ($11.600/mm^3$) dışında anormal bulgu yoktu. Çekilen ayakta direkt grafisinde mide lojuna uyan bölgede hafif artmış gaz imajı görüldü. Hastaya mayi (serum fizyolojik), anti emetik (Metoclopramid) ve proton pompa inhibitörü (esomeprazol) verildi. Verilen tedaviye rağmen rahatlamayan hastaya kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT görüntülemesinde mide ve

duodenum 1 ve 2. kıtada dilatasyon belirginleşmekte olup duodenum 3.kıta SMA ile abdominal aorta arasında sıkışmış tarzda görünmekteydi (**Resim 1**). Teleradyoloji sistemi aracılığıyla hastanın BT si raporlandı. Radyoloji uzmanı tarafından yorumlanan raporda bizim gördüğümüz lezyonlar tespit edilmiş ve bu durumun Wilkie's sendromu olduğu belirtilmişti. Hastaya Wilkie's sendromu tanısı konulduktan sonra hızlıca nazogastrik sonda (NG) takıldı ve gastroenteroloji bölümüne konsülte edildi. Sonrasında gastroenteroloji servisine yatırılan hasta burada verilen intravenöz (IV) beslenme ve antiemetik tedaviler sonrasında rahatladı. Toplamda 2 gün serviste takip edilen hastaya bağırsak düzenleyici ilaç reçete edilerek ve diet listesi hazırlanarak önerilerle taburcu edildi. Üç ay sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın şikayetlerinin tekrarlamadığı ve sağlıklı olduğu öğrenildi.



Resim 1. Olguya ait transvers kontrastlı abdomen BT görüntüsünde mide ile duodenum birinci ve ikinci kısmında belirgin sıvı distansiyonu izlenmektedir (asteriksler). Duodenum 3. kısım (siyah ok) superior mezenterik arter (yeşil ok) ve abdominal aorta (mavi ok) arasında sıkışmış olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA

SMA aortadan köken aldıktan sonra, duodenumun üçüncü kısmının üzerinden geçerek devam eder. Bu sırada aorta ile SMA arasında ortalama 45(38-56) derecelik bir açı oluşur. Bu açının 25 derece altına inmesi ve duodenumun arada sıkışması durumunda SMAS gelişir (4,5).

Hastalığın etiyojisi tam olarak bilinmiyor, fakat hızlı bir şekilde gerçekleşen kilo kaybının mezenterik yağ dokuda azalma yaparak duodenumun sıkışmasına sebep olduğu düşünülmektedir (1). Hastalar genellikle postprandiyal karın ağrısı, safralı kusma, erken doyma ve reflü gibi şikayetlerle hastaneye başvururlar. Bazı hastalar bu şikayetlerinin yüzü koyun uzandıklarında azaldığının ifade ederler (2,4). Bizim hastamız karın ağrısı, kusma şikayetleriyle acilimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinden yakın zamanda doğum yaptığı ve son bir ayda yaklaşık 6 kilo kaybettiği öğrenildi. Bu kilo kaybı hastalığın muhtemel sebebi olarak düşünüldü.

SMAS tanısı radyolojik, anjiyografik, ultrason aracılı ve endoskopik işlemler kullanılarak konabilir. Ayakta direkt batın grafisi yalnızca gastrik ve duodenal dilatasyonu gösterir. Kontrastlı grafiler, duodenumun bir ve ikinci kısmını dilate geri kalanı kontrakte göstererek uzun yıllar primer tanı koyma araçları olarak kabul edildi. Fakat kesin tanı aortomezenterik açının da ölçülmesine olanak sağlayan BT anjiyodur (2,5,6). Biz öncelikle çektiğimiz grafide hastada gaz imajları gördük. Sonrasında çektiğimiz kontrastlı batın BT de duodenal dilatasyonu görüp, aortomezenterik açığı ölçerek kesin tanıyı koyduk.

SMAS tedavisinde ilk olarak konservatif yöntemler denenmelidir. Öncelikle mide ve duodenumun rahatlaması için NG uygulanır. Sonrasında hastaya tolere edebileceği oral veya IV besleme, antiemetikler, iştah açıcılar ve barsak düzenleyici ilaçlar başlanmalıdır. Bu şekilde hastanın kaybettiği kilolarının alınarak mezenterik yağ dokunun arttırılması ve duodenumun rahatlatılması sağlanır. Hastaların büyük çoğunluğu konservatif yöntemlerle tedavi olur, fakat düzelmeyen hastalara cerrahi işlemler yapılmalıdır. Bu işlemler, açık yada kapalı laparoskopik duodenojejunostomi, duodenoduodenostomi and Rouxen-Y bypass ve gastrojejunostomidir (2,7). Hastamıza acilde öncelikle NG tüp takarak rahatlattık. Sonrasında IV yoldan mayi vererek sıvı açığını kapattık. En sonunda ise gastroenteroloji hekimine

danışarak hastanın servise yatışını gerçekleştirdik. 2 günlük yatışın ardından taburcu edilen hastanın 3 aylık takibinde benzer şikayetlerinin tekrarlamadığı ve tamamen düzeldiği görüldü. Acil servise karın ağrısı ve kusma nedeniyle başvuran hastalarda ayırıcı tanı oldukça geniştir. Hastalarda çoğunlukla ileus ve perforasyonları dışlamak için kullandığımız direk grafide mide lojuna uyan bölgede gaz imajı gördüğümüz ve rahatlamayan hastalarda kontrastlı batin tomografisi almalıyız (8). Bu tomografide dilate mide duodenum gördüğümüzde aklımıza nadir bir karın ağrısı sebebi olan SMAS mutlaka gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Osegueda de Rodríguez EJ, Hernández-Villegas AC, Serralde-Zúñiga AE, Reyes-Ramírez ALDC. The two sides of superior mesenteric artery syndrome treatment: conservative or surgical management?. *Nutr Hosp.* 2017;34(4):997-1000.
2. Makary MS, Rajan A, Aquino AM, Chamathi SK. Clinical and Radiologic Considerations for Idiopathic Superior Mesenteric Artery Syndrome. *Cureus.* 2017;5(9):11
3. Voleti SPR, Sridhar J. Superior Mesenteric Artery Syndrome after Kyphosis Correction - A Case Report. *J Orthop Case Rep.* 2017;7(5):67-70
4. Valiathan G, Wani M, Lanker J, Reddy PK. A Case Series on Superior Mesenteric Artery Syndrome Surgical Management, Single Institution Experience. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(8):PR01-PR03
5. Alvarenga A, Espinheira C, Guerra P, Garcia M, Abreu M, Campos M. Superior Mesenteric Artery Syndrome: Weight Loss Can Be a Problem, Weight Gain Can Be a Solution. *GE Port J Gastroenterol.* 2017;24(1):43-46
6. Barquín Yagüez J, Abadía Barnó P, García Pérez JC. Superior mesenteric artery syndrome: an uncommon cause of intestinal obstruction. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017;109(1):60
7. Kumar R, Jaiswal G, Bhargava A, Kundu J. Superior Mesenteric Artery Syndrome: Diagnosis and Management. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ).* 2016;14(55):288-291.
8. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg.* 2015;32(1):23-31