



Akut karın tablosu ile başvuran Wilkie sendromu: olgu sunumu

Wilkie's syndrome admitted for acute abdomen: A case presentation

Hasret Ayyıldız Civan, Didem Gülcü, Tülay Erkan, Fügen Çullu Çokuğraş, Tufan Kutlu

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Cite this article as: Ayyıldız Civan H, Gülcü D, Erkan T, Çullu Çokuğraş F, Kutlu T. Wilkie's syndrome admitted for acute abdomen: A case presentation. Turk Pediatri Ars 2018; 53(3): 193-6.

Öz

Wilkie sendromu olarak da adlandırılan süperiyör mezenterik arter sendromu duodenum 2. ya da 3. kısmının aort ve süperiyör mezenterik arter üst kısmı arasında basıya uğraması sonucu ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden bir klinik tablodur. Nadir görülen bu sendromda hızlı gelişen kilo kaybına eşlik eden karın ağrısı, şişkinlik, iştahsızlık, bulantı ve yemeklerden sonra olan kusma görülür. Akut karın bulgularıyla gelen olgularda hızlı gelişen kilo kaybı öyküsü varsa süperiyör mezenterik arter sendromu ayrıncı tanıda düşünülmelidir. Tanıda baryumlu pasaj grafleri, karın ultrasonu, gastroskopi, karın anjiyotomografisi ya da karın manyetik rezonans anjiyografiden yararlanılabilir. Tedavisinde konservatif ve cerrahi yaklaşımlar uygulanabilir. Bu yazımızda süperiyör mezenterik arter sendromunun akut karın tablosu ile başvurabileceğini ve ayrıncı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar sözcükler: Akut karın, duodenum obstrüksiyonu, süperiyör mezenterik arter

Abstract

Superior mesenteric artery syndrome, also known as Wilkie's Syndrome, is a life threatening clinical entity which develops as a result of obstructed second or third part of duodenum compressed between aorta and superior mesenteric artery. In this rare syndrome, a rapid weight loss is accompanied by stomach ache, abdominal distension, lack of appetite, nausea and vomiting after meals. In patients admitted for acute abdomen, superior mesenteric artery syndrome should be included in the differential diagnosis in case of a preceding rapid weight loss. X-ray of barium passage, abdominal ultrasound, gastroscopy, abdominal angio-tomography or abdominal magnetic resonance angiography may be useful for diagnosis. Conservative and surgical approaches are available for the treatment. In this report we aimed to emphasize that superior mesenteric artery syndrome cases may admit for acute abdomen and that superior mesenteric artery syndrome should be included in differential diagnosis.

Keywords: Acute abdomen, duodenal obstruction, superior mesenteric artery

Giriş

İlk kez 1927 yılında Wilkie tarafından kronik duodenal ileus şeklinde tanımlanması nedeniyle Wilkie sendromu olarak da adlandırılan süperiyör mezenterik arter sendromu (SMAS) duodenum 2. ya da 3. kısmının aort ve süperiyör mezenterik arter (SMA) üst kısmı arasında basıya uğraması sonucu ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden bir klinik tablodur (1). Çocuklarda ilk olgular 1957 yılında Prouty ve Waskow (2) tarafından bildirilmiştir. Nadir görülen bu sendromun etiolojisinde, SMA'nın normalde olması gereken yerden daha aşağıda yer-

leşmesi, duodenumda malrotasyon olması, Treitz ligamentinin kısa olması, hızlı tartı kaybına neden olan kanser, yanık, geçirilmiş cerrahi ya da psikiyatrik bozukluk ve buna bağlı mezenter yağ dokusu kaybının olması, anoreksiya nervoza ya da skolyoz varlığı bulunabilir (3, 4). Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntülemeindeki gelişmeler aort ve SMA arasındaki açının açık olarak saptanmasını ve tanı oranının artmasını sağlamıştır (5). Tedavide akut gelişen olgularda konservatif tedavi yaklaşımı uygulanır. Burada amaç olguya beslenme desteği sağlamak, kilo almasına yardımcı olarak aorto-mezenterik açının daralmasına ne-

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Hasret Ayyıldız Civan E-posta / E-mail: hasretayyildiz@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 06.02.2016 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.10.2016

©Telif Hakkı 2018 Türk Pediatri Kurumu Derneği - Makale metnine www.turkpediatriarsivi.com web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2018 by Turkish Pediatric Association - Available online at www.turkpediatriarsivi.com

DOI: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.3982

den olduğu düşünülen yağlı doku yastıkçığı kaybını geri kazandırmaktır. Yakınmaları uzun süre devam eden ve konservatif tedavilere yanıt vermeyen olgularda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Cerrahi teknik olarak en sık tercih edilen yöntem yan yana duodenojejunostomidir (6). Biz bu yazıda akut karın ön tanısıyla başvuran ve SMAS tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmak istedik.

Olgu

Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan 16 yaşındaki kız olgu, son dört gündür olan şişkinlik, iştahsızlık ve kusma yakınması ile hastaneye başvurmuştu. Ayakta çekilen direkt karın grafisinde şüpheli hava-sıvı seviyesi olması üzerine akut karın ön tanısıyla hastanemiz Çocuk Cerrahi Kliniği'ne sevk edilmişti. Olgu, genel durumunun düşük olması ve son birkaç ayda kilo kaybının olması nedeniyle enflamatuar bağırsak hastalığı ön tanısıyla Çocuk Cerrahi Bölümü'nden Çocuk Gastroenteroloji Bölümü'ne yönlendirilmişti. Olgunun öyküsünden, daha önce bilinen kronik bir hastalığı yok iken dört ay önce iki hafta süren kabızlığı ve iki kez kanlı dışkılamasının olduğu, bu dönemde iştahsızlığın başladığı, iştahsızlık nedeniyle kilo verdiği, zayıflamanın hoşuna gitmesi nedeniyle yemek yememeyi tercih ettiği ve bu nedenle de kısa sürede 15 kg tartı kaybı olduğu öğre-

nildi. Olgu son üç haftadır kilo almak için diyetisyene gitmeye başlamış ve 3 kg tartı alımı sağlanmıştı. Son bir haftadır şişkinliğinin gelişmesi, yemeklerden sonra kusma yakınmalarının başlaması üzerine ise hastaneye başvurmuştu. Soy geçmişinde, babasında şüpheli enflamatuar bağırsak hastalığı ve buna bağlı fistül operasyonu geçirme öyküsü dışında bir özellik yoktu. Fizik bakıda, kilo 39 kg (<3 persantil), boy 163 cm (60 persantil) kaşektik ve solgun görünümdeydi. Karnı rahattı, hassasiyeti ya da organomegalisi yoktu. Diğer sistem bakıları doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram ve rutin biyokimyasal testleri normal sınırlardaydı. Ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyesi yoktu. Olgu enflamatuar bağırsak hastalığı şüphesi ile yönlendirildiği için dışlamak amacıyla olguya elektif kolonoskopi yapıldı. İşlem sırasında olguda tahta karın bulgusu gelişmesi üzerine olguya hemen ayakta direkt karın grafisi ve karın ultrasonu çektilirdi. Ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyesi, karın içi ya da diyafram altı serbest hava yoktu. Karın ultrasonunda, karın içerisinde periumbilikal seviyeden başlayan ve tüm kadrantları dolduran intraperitoneal en geniş yerinde 10 cm boyutunda masif düzeyde serbest sıvı izlenmişti ve perforasyonla uyumlu olabileceği belirtilmişti. Olguya nazogastrik sonda takıldı ve birkaç dakikada 4 500cc safralı geleni oldu. Olgunun direnaj sonrası karnı palpasyonda yumuşak ve rahattı. Bunun üzerine karın ultrasonunda görülen karın içi sıvısının genişlemiş mide içeriği olduğu düşünüldü ve olgunun SMAS şüphesi ile özofagus-mide-duodenum grafisi çekildi. Grafide, mide ile duodenum 1. ve 2. kesiminin belirgin derecede geniş olduğu, mide çıkımının engelsiz olduğu, duodenumun yatay parçasında SMA basısı ile uyumlu olabilecek görünümünün olduğu ve bu kesimden pasajın gecikerek gerçekleştiği saptandı. Karnın BT anjiyografisinde, mide ve duodenum ilk 2 segmentinin belirgin geniş olduğu, duodenum 3. kısmının (yatay segmenti) SMA ile aorta arasında basıya uğradığı, SMA ile aorta arasındaki açının 5°ye kadar düştüğü (normal açı: 38-56°) görüldü (Şekil 1) ve olguya SMAS tanısı kondu. Nazojejunal tüp takılan olgu enteral yoldan beslenmeye başlandı. Olgu enteral beslenmeyi tolere etti ve izleminde tartı alımı oldu. Hastadan yazılı onam alındı.



Şekil 1. Karın anjio-tomografide genişlemiş mide ile süperiyor mezenterik arterin altında sıkışmış duodenumun görüntüsü

Tartışma

Süperiyor mezenterik arter sendromu duodenum 2. ya da 3. kısmının aort ve SMA üst kısmı arasında basıya uğraması sonucu akut ya da kronik olarak ortaya çıkabilen bir tablodur (7). Bizim olgumuzda da çekilen karın BT anjiyografisinde duodenumun 3. kısmı aorta ve SMA arasında sıkışmıştı.

Süperiyor mezenterik arter sendromunun nedenleri arasında vasküler açığı etkileyen anatomik durumlar ve hızlı kilo kaybına sebep olan çeşitli psikiyatrik ve fizyolojik bozukluklar sayılmıştır (4, 8). Olgumuz son dört ayda 15 kg tartı kaybına uğramış ve bu kiloyu isteyerek vermişti. Çocuk psikiyatrisi tarafından değerlendirildiğinde ise anoreksiya nervoza olabileceği düşünülmüştü.

Sıklığı konusunda kesin bilgi olmamakla beraber, yapılan bir çalışmada baryumlu grafilerde %0,013-0,3 tanıyı destekleyen bulgular saptanmıştır. Olgumuzdaki gibi genellikle 10-30 yaş arası kadınlarda görülür (7).

Süperiyor mezenterik arter sendromu akut ve kronik şekilde karşımıza çıkabilir. Kronik şekli daha sık görülür. Süperiyor mezenterik arter sendromunun akut şeklinde karın gerginliği, dirençli kusma ve epigastrik ağrı en sık karşılaşılan yakınmalardır. Kronik şeklinde ise genellikle gıda alımı ile başlayan epigastrik ağrı, şişkinlik, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı görülür (7). Olgumuzda SMAS'ın kronik şekline uyan şekilde iştahsızlık ve kilo kaybı görülmekle birlikte akut gelişen kusma ve şişkinlik yakınması nedeniyle akut karın zannedilerek Çocuk Cerrahisi Bölümü'ne gönderilmiş, orada çekilen ayakta direkt karın grafisinde hava-sıvı seviyesinin olmaması ve tartı kaybı öyküsünün olması nedeni ile enflamatuvar bağırsak hastalığı ön tanısıyla Çocuk Gastroenteroloji'ye yönlendirilmiştir.

Tanı için karın BT anjiyografi, renkli Doppler ultrason, MR görüntüleme, MR anjiyografi, endoskopik ultrason, mide boşalım sintigrafisi, özofagus-mide-duodenum grafisi gibi tetkikler kullanılabilir. Özellikle karın BT anjiyografide, aorto-mezenterik açının ya da mesafenin azaldığının görülmesi ya/ya da baryumlu pasaj grafisinde, genişlemiş mide ve üst duodenal segmentin görülmesi hastalık için anlamlıdır (8). Olgumuzun karın ultrasonunda, karın içerisinde serbest sıvı görüldüğü söylenmişti, ancak karın BT anjiyoda bu sıvının ileri derecede genişlemiş ve pelvise kadar inmiş olan mide içeriği olduğu görüldü. Aorto-mezenterik açı ise 5°'ye kadar düşmüştü (normal açı: 36-58°). Özofagus-mide-duodenum grafisinde, mide ile duodenum 2. ve 3. kısmı ileri derecede geniş saptanmıştı.

Tanı ile ilgili asıl güçlük hastalığın klinisyen tarafından ayırıcı tanıda öncelikli olarak düşünülmemesidir. Olgumuz da akut karın ön tanısıyla Çocuk Cerrahi Bölümü'ne sevk edilmiş, oradan da enflamatuvar bağırsak

hastalığı ön tanısıyla tarafımıza yönlendirilmişti. Tedavide hem akut hem de kronik olgularda birinci basamak konservatif yaklaşımdır. Konservatif tedavide amaç, olguya beslenme desteği sağlamak, kilo almasına yardımcı olarak aorto-mezenterik açının daralmasına neden olduğu düşünülen yağlı doku yastıkçığı kaybını geri kazandırmaktır (4). Bu tedavide nazogastrik dekompresyon, intravenöz sıvı tedavisi, sıvı gıdalarla ve nazojejunal tüp ile besleme, yemek sonrası diz-göğüs pozisyonuna geçme ya da önce sağ yana, sonra sol yana yatma manevraları, metoklopramid tedavisi uygulanmaktadır (10). Biz de olgumuzu dizine uygun olarak konservatif yaklaşımla nazojejunal tüp takarak enteral beslemeye başladık. Olgumuz enteral ve parenteral beslenme ile kilo almaya başladı. Olgunun izleminde 1. ayda tartı alımının iyi olması nedeniyle cerrahi yaklaşıma gerek olmadığına karar verildi.

Kusma yakınması ile başvuran olguların öyküsünde hızlı gelişen kilo kaybı, yemeklerden sonra gelişen şişkinlik öyküsü varsa ayırıcı tanıda mutlaka Wilkie sendromu düşünülmeli ve olgular bu açıdan tetkik edilmelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - H.A.C., D.D.; Tasarım - T.K.; Denetleme - T.K., F.Ç.Ç., T.E.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - H.A.C., D.G.; Analiz ve/veya Yorum - T.K., T.E., F.Ç.Ç.; Literatür Taraması - H.A.C.; Yazıyı Yazan - H.A.C., D.G.; Eleştirel İnceleme - T.K., T.E., F.Ç.Ç.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - H.A.C., D.G.; Design - T.K.; Supervision - T.K., F.Ç.Ç., T.E.; Data Collection and/or Processing - H.A.C., D.G.; Analysis and/or Interpretation - T.K., T.E., F.Ç.Ç.; Literature Review - H.A.C.; Writing - H.A.C., D.G.; Critical Review - T.K., T.E., F.Ç.Ç.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Wilkie DPD. Chronic duodenal ileus. Am J Med Sci 1927; 173: 643-9. [\[CrossRef\]](#)
2. Prouty M, Waskow, WL. Duodenal compression by the mesenteric artery. J Pediat 1957.p.734. [\[CrossRef\]](#)
3. Veysi VT, Humphrey G, Stringer MD. Superior mesenteric artery syndrome presenting with acute massive gastric dilatation. J Pediatr Surg 1997; 32: 1801-3. [\[CrossRef\]](#)
4. Elbadaway MH. Chronic superior mesenteric artery syndrome in anorexia nervosa. Br J Psychiatry 1992; 160: 552-4. [\[CrossRef\]](#)
5. Unal B, Aktaş A, Kemal G, et al. Superior mesenteric artery syndrome: CT and ultrasonography findings. Diagn Interv Radiol 2005; 11: 90-5.
6. Zaraket V, Deeb L. Wilkie's syndrome or superior mesenteric artery syndrome: fact or fantasy? Case Rep Gastroenterol 2015; 9: 194-9. [\[CrossRef\]](#)
7. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. Dig Surg 2007; 24: 149-56. [\[CrossRef\]](#)
8. Stheneur C, Rey C, Pariente D, Alvin P. Acute gastric dilatation with superior mesenteric artery syndrome in a young girl with anorexia nervosa. Arch Pediatr 1995; 2: 973-6. [\[CrossRef\]](#)
9. Lippl F, Hannig C, Weiss W, Allescher HD, Classen M, Kurjak M. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view. J Gastroenterol 2002; 37: 640-3. [\[CrossRef\]](#)
10. Dietz UA, Debus ES, Heuko-Valiati L, et al. Aorto-mesenteric artery compression syndrome. Chirurg 2000; 71: 1345-51. [\[CrossRef\]](#)