

Správná odpověď na kvíz

Syndrom arteria mesenterica superior, syndrom Wilkie

Z. Vacková¹, M. Bysterská², M. Kysela³

¹Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

²Poliklinika Budějovická, Medicon a.s., Praha

³Klinika transplantační chirurgie, IKEM, Praha

Wilkieho syndromem neboli syndromem arteria mesenterica superior (AMS) označujeme vzácnou příčinou obstrukce proximální části tenkého střeva [1–5]. Jedná se o stav, kdy je třetí část duodena komprimována mezi arterii mesentericu superior a aortu.

Za normálních okolností odstupuje arteria mesenterica superior z aorty pod úhlem mezi 38° a 65°. V prostoru mezi nimi se nachází horizontální část duodena společně s okolním mezenterickým tukem. Velikost úhlu koreluje s BMI. V případě, že dojde k jeho zmenšení < 25°, typicky při ztrátě okolního tuku, může se šíře tohoto prostoru zmenšit z normálních 10–30 mm na < 8 mm. V takovém případě pak může dojít ke stlačení duodena a k rozvoji symptomů obstrukce horní části zažívacího traktu.

Onemocnění je vzácně kongenitální, ale častěji vzniká v průběhu života. Typicky je spojeno se stavy charakterizovanými výrazným hmotnostním úbytkem (těžké celkové nemoci, dlouhodobá imobilizace, malabsorpce, malignity, bariatrické výkony). Hmotnostní úbytek však není podmínkou rozvoje syndromu AMS, a to zvláště u dětí a mladších pacientů. Zmenšení aortomezenterického úhlu mohou způsobit také některé chirurgické výkony jako např. korektivní operace pro skoliózu či ezofagektomie. Symptomy onemocnění jsou podle vyvolávajících faktorů akutní či chronické a mají charakter obstrukce horní části zažívacího traktu. V příznacích větší

nou dominuje postprandiální bolest, časná sytost, refluxní obtíže, nauzea, zvracení a hmotnostní úbytek. Pro nespécifický charakter symptomů je vždy nutno vyloučit jiné a více obvyklé příčiny obtíží.

Naše pacientka měla několik těchto nespécifických symptomů. Při gastrokopii jsme prokázali zbytky potravy v proximálním duodenu. Přestože pasáž tenkým střevem neprokázala gastrektazii ani obstrukci na úrovni třetí části duodena, pacientka splňovala CT diagnostická kritéria; byl výrazně redukován aortomezenterický úhel a vzdálenost mezi aortou a arterií nepřesahovala 7 mm.

Úlevu od symptomů může pacientům přinést změna polohy těla jako např. poloha na levém boku či s koleny na hrudníku, snižující napětí na mezenteriu mezi oběma cévami. Terapeutické možnosti jsou zejména symptomatické, patří sem úleva od vlastní obstrukce pomocí dekomprese, úprava vnitřního prostředí a především realimentace cestou enterální či parenterální výživy. Pacienti s významnými chronickými obtížemi a bez výrazného hmotnostního úbytku mohou vyžadovat chirurgické řešení.

U naší pacientky jsme provedli laparoskopickou gastroenteroanastomózu. Výkon proběhl bez komplikací, pacientka byla třetí pooperační den propuštěna domů a postupně zatížena stravou. Po měsíci od operace její původní

obtíže zcela zmizely. Mezi nevýhody gastroenteroanastomózy však patří riziko rekurence části obtíží při stále přítomné stenóze duodena či rozvoj syndromu slepé kličky. Jinou chirurgickou možností je provedení mobilizace a repozice duodena přerušením Treitzova ligamenta (operace dle Stronga). Výkonem s nejnižším rizikem selhání je duodenojejunostomie.

Prezentovaný případ poukazuje na velmi vzácnou příčinu bolestí břicha a poruchy pasáže horní části GIT. Často vzniká v důsledku výrazného hmotnostního úbytku, ten však nemusí být přítomen, typicky u mladých nemocných. Konzervativní léčba spočívá v dekompresi žaludku, úpravě vnitřního prostředí a realimentaci. V případě neúspěchu je indikována vysoce účinná laparoskopická chirurgická léčba.

Literatura

1. Boráňová S, Žáčik M. Syndrom arteria mesenterica superior. *Pediatr Praxi* 2012; 13(6): 407–408.
2. Wilkie DP. Chronic duodenal ileus. *Br J Surg* 1921; 9(34): 204.
3. Ozkurt H, Cenker MM, Bas N et al. Measurement of the distance and angle between the aort and superior mesenteric artery: normal values in different BMI categories. *Surg Radiol Anat* 2007; 29(7): 595. doi: 10.1007/s00276-007-0238-9.
4. Okamoto T, Sato T, Ssaki Y. Superior mesenteric artery syndrome in a healthy active adolescent. *BMJ Case Rep* 2019; 12(8): e228758. doi: 10.1136/bcr-2018-228758.
5. Lee TH, Lee JS, Jo Y et al. Superior mesenteric artery syndrome: where do we stand today? *J Gastrointest Surg* 2012; 16(12): 2203–2211. doi: 10.1007/s11605-012-2049-5.