SMA-syndrom (Wilkies syndrom): Når tolvfingertarmen klemmes

SMA-syndrom er en sjælden tilstand, hvor tolvfingertarmen (duodenum) bliver klemt mellem to store arterier i bughulen: aorta bagtil og arteria mesenterica superior (SMA) fortil. Klemmet får mad og væske til at have svært ved at passere, og det giver kvalme, opkastninger og vægttab. Tilstanden kaldes også **Wilkies syndrom** efter den britiske kirurg David Wilkie, der beskrev den i 1927.

Normalt holdes vinklen mellem aorta og SMA åben af en fedtpude omkring arterierne. Når fedtpuden svinder — typisk efter hurtigt vægttab — falder vinklen, og tarmen klemmes.

Hvad mærker du?

Symptomerne kommer ofte snigende og forværres efter måltider:

- Mæthed efter små portioner
- Kvalme og opkastninger, ofte galdefarvede, 1-2 timer efter mad
- Smerter i øverste del af maven, der lindres ved at ligge på venstre side, på maven eller i knæ-bryst-stilling
- Oppustethed
- Vægttab — som både er årsag og konsekvens
- Modvilje mod mad (fear of eating), fordi spisning udløser symptomerne

I akutte tilfælde kan tilstanden ligne tarmslyng med pludselige opkastninger og hurtig dehydrering.

Hvem rammes?

SMA-syndrom ses oftest hos:

- Yngre, slanke kvinder mellem 10 og 39 år
- Personer med hurtigt og betydeligt vægttab — efter sygdom, fedmekirurgi, anorexia nervosa eller kræftbehandling

- Patienter med immobilisering i gipskorset (det klassiske "cast syndrome")
- Efter rygkirurgi for skoliose, hvor rygsøjlen forlænges
- Tilstande med øget lordose eller medfødt kort Treitz-ligament

Hvorfor sker det?

Vinklen mellem aorta og SMA er normalt 38-65 grader, og afstanden mellem dem ved tolvfingertarmen er 10-28 mm. Når den retroperitoneale fedtpude svinder, mindskes både vinklen (typisk under 20-25 grader) og afstanden (under 8-10 mm), og tarmen kommer i klemme.

Resultatet er en ond cirkel: tarmen klemmes → måltider giver opkastninger → patienten taber sig mere → fedtpuden bliver endnu mindre → tarmen klemmes hårdere.

Hvordan stilles diagnosen?

Diagnosen overses ofte, fordi symptomerne ligner mange andre tilstande som ulcus, gastroparese og spiseforstyrrelse.

- **CT eller MR-angiografi af bughulen** er den foretrukne undersøgelse. Den måler aorto-mesenterisk vinkel og afstand og viser udvidelse af tolvfingertarmen før klemmet.
- **Røntgen med kontrast (passage):** viser typisk dilatation af duodenum med pludselig vertikal afbrydelse af kontraststrømmen ved klemmet.
- **Gastroskopi:** udelukker andre årsager til opkastninger og kan vise en udvidet maveudgang.
- **Ultralyd med Doppler** kan måle vinklen ikke-invasivt og er nyttig som screening hos slanke patienter.

Diagnosen kræver både typiske symptomer **og** karakteristiske billeder; udelukkende et lille aortomesenterisk gab uden symptomer er ikke en diagnose.

Behandling

Behandlingen er først konservativ.

Konservativ behandling (lykkes hos de fleste, særligt ved akut debut):

- Vægtopbygning er afgørende — målet er at genopbygge fedtpuden
- Små, hyppige måltider af kalorierige, lette retter
- Spise i venstre sideleje eller knæ-bryst-stilling
- Ved svære tilfælde: nasojejunal sondeernæring eller parenteral ernæring i en periode
- Behandling af underliggende spiseforstyrrelse, hvis tilstede

Kirurgisk behandling ved manglende effekt af 4-6 ugers konservativ behandling eller ved kroniske forandringer:

- **Duodenojejunostomi** — den hyppigste operation; en omløbsforbindelse mellem duodenum og jejunum forbi klemmet. Kan laves laparoskopisk med gode resultater.
- **Strongs operation** — løsning af Treitz-ligamentet, så duodenum kan flytte sig væk fra klemmet. Mindre invasiv, men ikke altid tilstrækkelig.
- **Gastrojejunostomi** — historisk; bruges sjældent i dag.

Prognose

Med tidlig diagnose og målrettet ernæring opnår 70-80 procent fuld symptomfrihed konservativt. Hos opererede er langtidsresultaterne gode, og de fleste kan spise normalt igen inden for få uger.

Hvornår skal du søge læge?

Kontakt egen læge ved:

- Vedvarende kvalme og opkastninger efter måltider, særligt sammen med vægttab
- Mæthed efter små portioner, der har stået på i uger
- Pludselig vægtnedgang efterfulgt af mavesmerter ved spisning

Akut læge ved kraftige galdefarvede opkastninger, tegn på dehydrering eller akut tarmslyng.

Ofte stillede spørgsmål

Er SMA-syndrom det samme som en spiseforstyrrelse? Nej, men de to kan optræde sammen. Hurtigt vægttab fra anoreksi kan udløse SMA-syndrom, og symptomerne kan derefter forstærke spiseforstyrrelsen.

Kan man få SMA-syndrom efter fedmekirurgi? Ja. Det er en kendt komplikation efter gastric bypass og sleeve gastrectomy, hvor patienter taber sig hurtigt.

Forsvinder det af sig selv? Hvis vægten genvindes og fedtpuden bygges op, ja. Mange tilfælde løses på den måde uden operation.

Hvor lang tid tager konservativ behandling? Typisk 4-8 uger med målrettet ernæring og kostvejledning, før man overvejer operation.

Er operationen risikabel? Laparoskopisk duodenojejunostomi har lav komplikationsrate og gode langtidsresultater, men kræver erfaring i øvre gastrokirurgi.

Kilder

1. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg.* 2007;24(3):149-156. PubMed
2. Merrett ND, Wilson RB, Cosman P, Biankin AV. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment strategies. *J Gastrointest Surg.* 2009;13(2):287-292. PubMed
3. Sundhed.dk. SMA-syndrom (lægehåndbogen).
4. 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. PubMed

---

Denne artikel er almen information og erstatter ikke lægekonsultation. Kontakt din egen læge ved symptomer.