
Trang vinkel mellom a. mesenterica superior og aorta

MEDISINEN I BILDER

JØRGEN VALEUR

jorgen.valeur@lds.no

Lovisenberg Diakonale Sykehus

og

Institutt for klinisk medisin

Universitetet i Oslo

Jørgen Valeur er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege og professor.

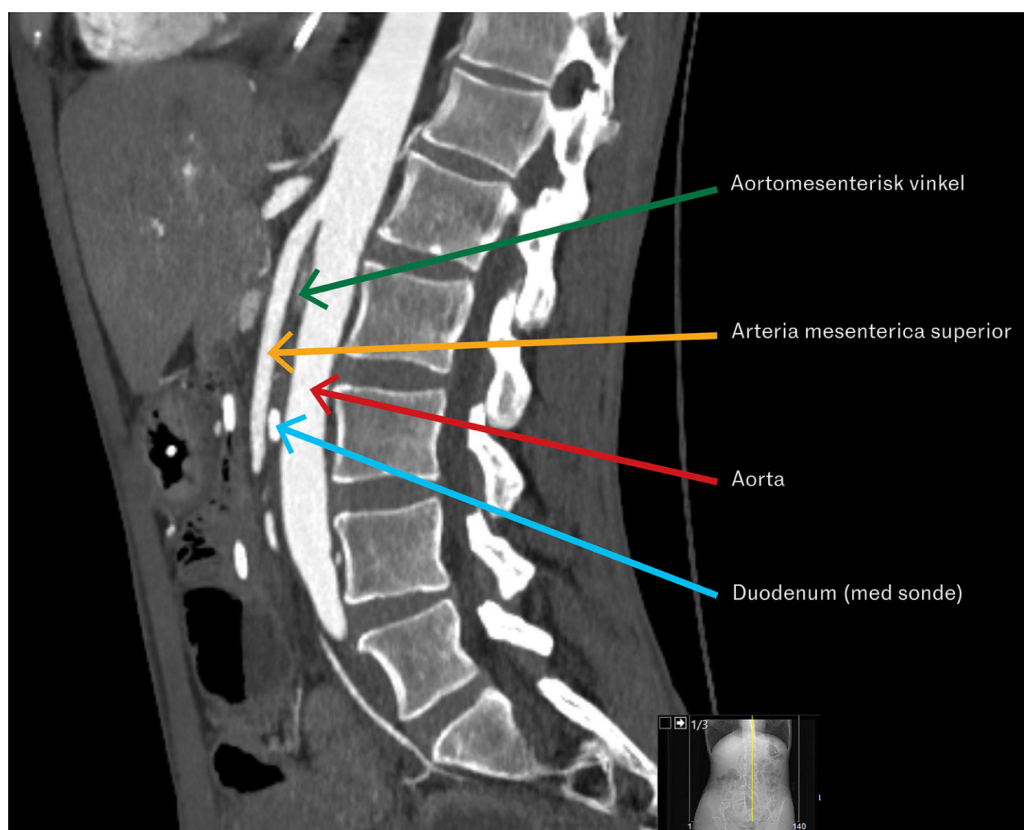
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS LYKKE RICKERS

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Andreas Lykke Rickers er spesialist i radiologi og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.



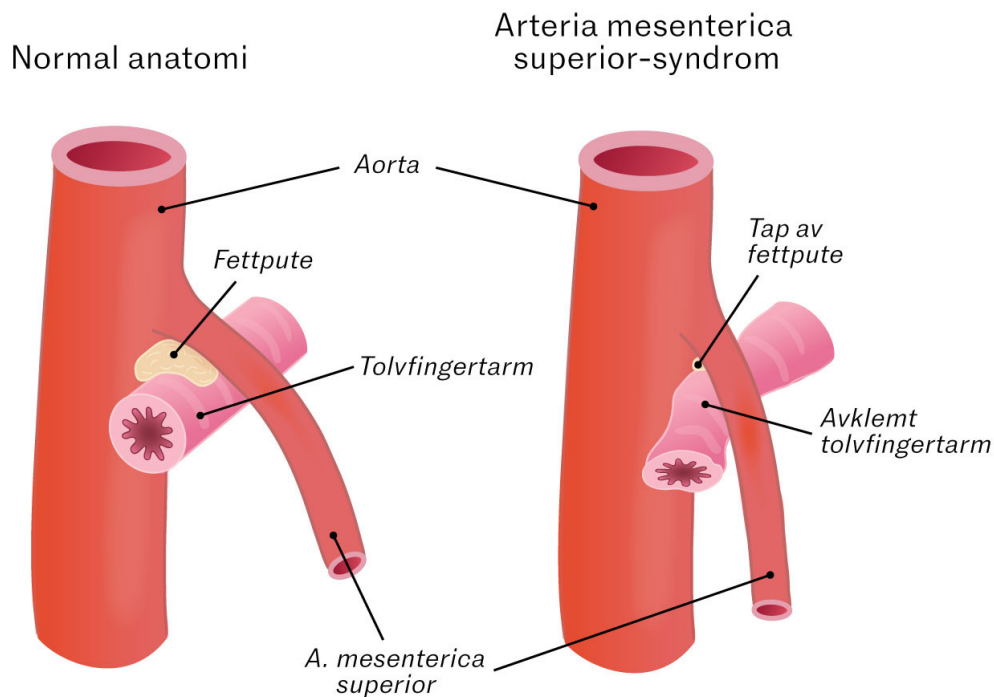
CT-bildet viser et sagittalt snitt av buken med funn av trang vinkel mellom arteria mesenterica superior og abdominalaorta, som sammen med symptomer og endoskopifunn ga diagnosen a. mesenterica superior-syndrom.

En kvinne i 40-årene med kjent anorexia nervosa ble innlagt for utredning av postprandiale epigastriesmerter, metthetsfølelse, kvalme og forstoppelse. Symptomene hadde tilkommet de siste to årene forut for innleggelsen. Kroppsmasseindeksen hennes var på $14,6 \text{ kg/m}^2$.

Koloskopi viste after i terminale ileum av usikker klinisk betydning. MR-funn i tynntarmen var normale. Etter undersøkelsene ble epigastriesmertene verre, og hun kastet opp flere ganger. Gastroskopi viste betydelige mengder ventrikelinnhold og øsofagitt. Hun ble behandlet med pantoprazol ($80 \text{ mg} \times 2$ intravenøst) for å hemme magesyreproduksjonen og metoklopramid ($10 \text{ mg} \times 3$ intravenøst) for å stimulere ventrikelmotiliteten.

Ny gastroskopi etter tre dager viste tom ventrikel og fullstendig tilbakegang av øsofagittforandringene. Ingen utløpshinder for ventrikkelen ble observert, og det var normale funn i duodenum. Siden hun hadde hatt ventrikelretensjon og ikke tolererte mat i magesekken, ble det lagt inn en nasojejunal sonde.

På bakgrunn av pasientens symptomer og funn av ventrikelretensjon ved gastroskopi ble a. mesenterica superior-syndrom mistenkt (se illustrasjonen). CT-angiografi av abdominalkarene viste en vinkel mellom aorta og avgangen av a. mesenterica superior på 18 grader (normalt er > 25 grader) og aortomesenterisk avstand i nivå med duodenum på 5 mm (normalt er > 10 mm). Funnene var forenlig med diagnosen (1).



Distale duodenum ligger mellom aorta og a. mesenterica superior. Denne kan komme i klem dersom vinkelen mellom aorta og a. mesenterica superior blir for spiss. Obstruksjonen kan gi ventrikkelretensjon og dermed symptomer fra øvre del av magen, som smerter, stinnhet og oppkast. Avmagring med tap av fettvev i det aortomesenteriske rommet er den vanligste årsaken. Behandlingen er primært intensiv ernæringsterapi, med mål om å bygge opp igjen «fettputen» og derved øke vinkelen og lette passasjen gjennom duodenum. Kirurgi er aktuelt ved terapisvikt [\(1\)](#).

A. mesenterica superior-syndromet er sjeldent, estimert insidens i den generelle befolkningen er 0,013–0,78 % [\(1\)](#). Ved uforklart ventrikkelretensjon som oppstår i forbindelse med vekttap, bør pasienten undersøkes for syndromet. Helsepersonell som behandler pasienter med spiseforstyrrelser må være særlig årvåkne.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N et al. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. *World J Clin Cases* 2023; 11: 3369–84. [PubMed] [CrossRef]

Publisert: 24. januar 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0756

Mottatt 3.11.2023, første revisjon innsendt 6.12.2023, godkjent 11.12.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. juli 2026.