

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI
VİTAMİN EKSİKLİĞİNE BAĞLI GELİŞEN
VASKÜLİT: NADİR BİR OLGU

VASCULITIS ASSOCIATED WITH VITAMINE
DEFICIENCY AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE
GASTRECTOMY: A RARE CASE REPORT

Gökhan AKKURT*
Hakan BULUŞ*
Hakan ATAŞ*
Alper YAVUZ*
Utku TANTOĞLU*
Mustafa ALİMOĞULLARI*
Altan AYDIN*

* Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği

Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Gökhan AKKURT
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği
Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan
Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
Tel: 0312 356 90 00 Fax: 0312 356 90 02
E-posta: drakkurt06@gmail.com

ÖZET

Son yıllarda laparoskopik sleeve gastrektomi, obezite tedavisinde yaygın olarak uygulanan bir cerrahi prosedür haline gelmiştir. Sleeve gastrektomi sonrası özellikle geç dönemde vitamin, mineral emilim bozukluklarına bağlı ciddi eksiklikler ve buna bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan 43 yaşında bayan hastada postoperatif üçüncü ayda vitamin eksikliğine bağlı ekstremitelerde purpura ile birlikte olan vaskülit vakasını sunduk.

Anahtar Kelimeler: Obezite, sleeve gastrektomi, vaskülit

ABSTRACT

Recently, laparoscopic sleeve gastrectomy has become a widely used surgical procedure for the treatment of morbid obesity. After sleeve gastrectomy, especially in the late period, some serious vitamin and mineral deficiencies associated with malabsorption and related complications may occur. So were ported a 43 year old female vasculitis patient presented with purpura on extremities associated with vitamin deficiency on the postoperative third month of laparoscopic sleeve gastrectomy performed due to morbid obesity.

Key Words: Obesity, sleeve gastrectomy, vasculitis

GİRİŞ

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), morbid obezitenin cerrahi tedavisinde gün geçtikçe artan oranda uygulanmaktadır. LSG, morbid obezite tedavisinde kullanılan diğer yöntemlere kıyasla, uygulanmasının daha kolay olması ve vücut fizyolojisinde ciddi değişikliklere yol açmaması nedeniyle yaygın olarak kabul görmektedir¹. Yapılan çalışmalarda LSG sonrasında %3-23 oranında vitamin-mineral eksikliği gösterilmiştir. Etiyoloji multifokal olmakla birlikte, en çok yetersiz oral alım ve emilim suçlanmaktadır². Vasküler purpura, eritrositlerin subkütan doku ve/veya deri içine ekstrasvasyonu sonucu ortaya çıkan klinik bir bulgudur. Tanıda öykü ve fizik muayene bulguları önemlidir. Tedavi altta yatan hastalığın kontrol altına alınması ile ilişkilidir. Bu olgu sunumunda LSG sonrası vitamin eksikliğine bağlı ekstremitelerde görülen vaskülit olgusunu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık³.

OLGU

Vücut kütle indeksi (VKİ) 46.4 kg/m² (boy: 163 cm, kilo: 123 kg) olan 43 yaşında bayan hasta morbid obezite nedeniyle obezite cerrahisi için hastanemize başvurdu. Hastanın hikayesinde yaklaşık 5 yıldır ara ara kilo vermek için diyet yaptığı fakat diyet sonrası tekrar kilo alımı olduğu öğrenildi. Hastanın preoperatif değerlendirmede tam kan sayımı, biyokimya pa-

rametreleri ve lipid profili, kanama zamanı, koagülasyon faktörleri, vitamin ve hormon düzeyleri (sT3:3.09 pg/ml, sT4:1.27 ng/dl, TSH:1.005 µIU/ml, Folat: 9.8ng/ml, B12:170 pg/ml, PTH: 84.2 pg/ml, kortizol: 8.2 µg/dl, 25(OH) Vitamin D: 42 ng/ml, Vitamin C: 0,73 mg/dl, Vitamin A: 45 µg/dL, Vitamin B6: 14 ng/MI, Vitamin E:12 µg/mL, Vitamin C: 0.9 mg/dl) normaldi. Fizik muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Yapılan tüm karın ultrasonografisinde grade 2 hepatosteatoz, üst gastrointestinal sistem endoskopisinde ise antral gastrit hali mevcuttu. Bu bulgular ile hastaya LSG uygulanmasına karar verildi. Operasyon French pozisyonunda cerrah bacak arasında olmak üzere yapıldı. Trokarlar uygun pozisyonunda yerleştirildi. Pilordan yaklaşık 4 cm proksimalden başlayarak 36 F buji üzerinden altı adet kartuş (EcholonFlex TM 60 mm, Ethicon-Johnson&Johnson) kullanılarak LSG tamamlandı. Hemostazı takiben aktif dren konarak operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif dönemde genel durumu stabil seyreden hastanın üçüncü gün metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı ve kaçak olmaması üzerine oral sulu gıda başlandı ve dördüncü gün dreni çekilerek taburcu edildi. Hastanın 7. gün yapılan poliklinik takibinde herhangi bir sorunu olmadı. Hasta, operasyon sonrası üçüncü ayda tüm ekstremitelerde görülen kızarıklık şikayeti ile polikliniğimize tekrar başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde bilateral ön kollarda ve bacaklarda multiple, yer yer birleşme eğilimi gösteren, basmakla solmayan eritemli papüler ve palpabl/nonpalpabl purpurik lezyonlar izlendi (Resim 1-2). Hasta servisimize yatırıldı. Hastaya rutin laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri tekrar uygulandı. Vitamin A, Vitamin C ve Vitamin D değerlerinde düşüklük saptandı (Vitamin A: 12 µg/dL, 25(OH) Vitamin D:14 ng/ml, Vitamin C:0.3 mg/dl). Hastanın hikayesinde multivitamin ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığı öğrenildi. Hastaya dermatoloji konsültasyonu yapıldı ve lezyonlardan punch biyopsi alındı. Eauborique ile günlük pansuman ve bacak elevasyonu uygulandı. Diklofenak sodyum 50 mg tablet günde iki kez verildi. Hastaya 5 gün boyunca oral olarak 1500mcg/kg yağda A vitamini, günde bir kez 1000 mg Vitamin C oral efervesan tablet ve 6000 IU/gün vitamin D2 sekiz hafta süreyle, bunu takiben 1500 IU/gün idame tedavisi yapıldı. Biyopsi sonucu vaskülit olarak raporlandı. Hastanın yatışının onuncu gününde tüm lezyonlarda gerileme izlendi. Hastanın takiplerinde genel olarak bir sorun görülmemesi üzerine hasta taburcu edildi. Operasyon sonrası 6. ayında

olan hastanın VKİ: 31 kg/m², vitamin A, C, D değerleri normal sınırlarda ölçüldü.

TARTIŞMA

Obezite, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan multifaktöriyel ve kompleks bir hastalıktır. Obezitenin oluşumu ile ilgili bilgilerimiz henüz tam olmamakla birlikte sosyal, davranışsal, kültürel, psikolojik, metabolik ve genetik faktörlerin önemli roller oynadığı anlaşılmaktadır. Obezite tek başına çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir veya beraberinde var olan bir sağlık sorununu ağırlaştırabilir⁴.

Obezite tedavisinde ilk olarak yaşam stilini değiştirmek amaçlanmış, fakat çok başarılı sonuçlar elde edilememiştir. İkinci olarak hastalara medikal tedavi denenmiş, fakat ilaçlar uzun süreli kullanımlarında yan etkilere neden olmuş ve genellikle geçici kilo kayıpları sağlamıştır. Günümüzde en etkili tedavi basamağı ise cerrahi tedavidir⁵. LSG cerrahlar ve hastalar için popülaritesi yüksek, uygulama sıklığı artan güvenli ve etkin primer bir bariyatrik cerrahi yöntem haline gelmiştir⁶. Bariyatrik cerrahi işlemlerinin % 5'ini LSG oluşturmakta ve hasta sayısı hızla artmaktadır⁷. LSG sonrası ender olarak vitamin ve mineral eksikliğine yol açan bir durum meydana gelebilir. Hastalar bariyatrik cerrahi girişimden sonra mümkün olduğu kadar erken beslenmeye başlanmalıdır. Erken enteral beslenmenin barsak üzerine olan trofik etkileri önemlidir⁸. Yeterli miktarda esansiyel inorganik ve organik mikro besin öğelerinin (eser elementler, vitaminler) sağlanması hem parenteral, hem de enteral yolla uygulanan beslenme desteğinin vazgeçilmez parçasıdır. Enteral beslenme desteği alan veya kısmen de olsa barsakların emilim kapasitesinin korunduğu TPN desteği altındaki hastalarda oral veya enteral multivitamin-mineral desteği verilebilir. Bizde LSG yapılan tüm hastalara operasyon sonrası dönemde multivitamin alımını önermekteyiz⁹.

Eritrositlerin subkütan veya intrakutan doku içine ekstrasvazasyonu sonucu ortaya çıkan klinik duruma vasküler purpura denir. Tanı koagülasyon bozukluğu tamamen dışlandıktan sonra genellikle öykü, fizik muayene ve biyopsi ile konur. Purpurik lezyonların ne zaman başladığı, kanama tipi, travma, ilaç kullanımı, beslenme alışkanlıkları ve sistemik hastalık varlığı mutlaka sorgulanmalıdır³. Vasküler purpurada tedavi, altta yatan hastalığın kontrol altına alınmasına bağlıdır ve genellikle pıhtılaşma bozukluğu olmayan hastalara tedavi verilmez. Hastaların travmalardan kaçınmaları ve nonsteroidal analjezik kullanmamaları önerilir¹⁰.

Van Rutte ve ark. yaptığı çalışmada sleeve gastrektomi uygulanan 200 hasta preoperatif ve postoperatif 1. yılda değerlendirilmiş, preoperatif olarak %5 hastada anemi, %7 hastada düşük ferritin seviyesi ve %24'ünde düşük folik asit seviyesi saptanmıştır. Hastaların % 81'inde vitamin D düşük ve % 72'sinde Vitamin A yüksek olarak tespit edilmiştir. Postoperatif 1. yılda % 6 hastada anemi, % 8 hastada düşük ferritin seviyesi ve hastaların % 36'sında düşük vitamin D saptanmıştır. Yazarlar operasyon öncesi hastalarda önemli miktarda vitamin ve mineral eksikliği olabileceğini, bu durumun operasyon sonrası yeterli takviye verilmesine rağmen folat ve vitamin D eksikliğinin olabileceğini göstermişlerdir¹¹. Machado ve arkadaşları Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB) sonrası gebe kalan kadınlarda A vitamini ölçümü ile beslenme durumunu değerlen-

dirmişlerdir. Sonuçlar, RYGB sonrası hamileliğin vitamin A eksikliği için yüksek risk teşkil ettiği gösterilmiştir. Yazarlar, RYGB geçiren hamile kadınlara güvenli ve etkili bir dozda oral A vitamini desteğinin verilmesini önermektedir¹². Ben-Poarat ve ark. LSG sonrasında hastalarda beslenme yetersizliği meydana gelebileceğini ve her birey için özel bir ek programla postoperatif bu eksikliklerin önlenebileceğini savunmuşlardır¹³.

LSG sonrası uzun vadede vitamin ve mineral eksiklikleri ortaya çıkabilmektedir. Operasyon sonrası hastaların periyodik kontrollere çağırılarak eksiklik tespit edilen parametrelerin yeterli replasmanı tedavisi ile ortaya çıkacak komplikasyonların minimize edilebileceği düşüncesindeyiz.



Resim 1. Sol bacakta purpurik lezyonlar



Resim 2. Sol kolda purpurik lezyonlar

KAYNAKLAR

1. Sakran N, Goitein D, Razieli A, et al. Gastric leaks after sleeve gastrectomy: a multicenter experience with 2,834 patients. *Surg Endosc* 2013;27:240-245.
2. Sarkhosh K, Birch D, Sharma A, Karmali S. Complications associated with laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: a surgeon's guide. *Can J Surg* 2013;56:347-52.
3. Oren H. Vasküler purpura tanımı, klasi-fikasyonu, patofizyolojisi ve tedavisi. *Hematolog* 2012;2:141-9.
4. O'Brien PE, Dixon JB. The extent of the problem of obesity. *Am Surg* 2002; 184:4-8.
5. Fisher BL, Schauer P. Medical and surgical options in the treatment of severe obesity. *Am J Surg* 2002;184:9S-16S.
6. Brethauer SA. Sleeve Gastrectomy. *Surg Clin N Am* 2011;91:1265-79.
7. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, et al. Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. *Obes Surg* 2003;13:861-4.
8. İbrahim EH, Mehringer L, Prentice D, et al: Early versus late enteral feeding of mechanically ventilated patients: results of a clinical trial. *JPEN* 2002;26:174-81.
9. Şahin H, Ok E, Mercanlğıil MS. Operasyonda obezitenin oluşturduğu riskler. *Ulus Cerrahi Derg* 2008;24:208-14.
10. Hillman RS, Ault KA, Leporrier M, Rinder HM. Vascular purpura. In: *Hematology in Clinical Practice*, Fifth Ed. USA: The McGraw-Hill Company; 2011: 356-63.
11. Van Rutte PW, Aarts EO, Smulders JF, Nienhuijs SW. Nutrient deficiencies before and after sleeve gastrectomy. *Obes Surg* 2014;24:1639-46.
12. Machado SN, Pereira S, Saboya C, Saunders C, Ramalho A. Influence of Roux-en-Y gastric bypass on the nutritional status of vitamin A in pregnant women: a comparative study. *Obes Surg* 2016; 26:26-31.
13. Ben-Porat, Elazary R, Yuval JB, Wieder A, Khalaleh A, Weiss R. Nutritional deficiencies after sleeve gastrectomy: can they be predicted preoperatively? *Surg Obes Relat Dis* 2015;11:1029-36.