

İskemik Kolit Cerrahisi Sonrası Tekrarlayan Akut Böbrek Hasarı Sebebi: Kısa Barsak Sendromu

Cause of Recurrent Acute Kidney Injury After Ischemic Colitis Surgery: Short Bowel Syndrome

¹Elif Nur AVCI, ¹Hatice BEYAZAL POLAT

¹Elif Nur Avcı, Araştırma Görevlisi Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD
<https://orcid.org/0000-0001-8510-9483>

¹Hatice Beyazal Polat, Doçent Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD
<https://orcid.org/0000-0002-7947-6874>

Sorumlu yazar:

Hatice Beyazal Polat, Doçent
Adres: Recep Tayyip Erdoğan
Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
ABD-Rize
Tel: 05058528418
E-posta: drpolat53@hotmail.com
Cause of Recurrent Acute Kidney Injury
After Ischemic Colitis Surgery: Short
Bowel Syndrome
Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek
Hasarı, Kısa Barsak Sendromu
Başvuru Tarihi : 2023-05-10
Kabul Tarihi : 2023-06-13

Özet

Giriş: Kısa barsak sendromu, çoğunlukla ince barsağın cerrahi rezeksiyonuna sekonder barsak kütlesi kaybının bir sonucu olarak nadir görülen bir malabsorbsiyon sebebidir. Bu tablonun hafiflemesi için uygun nutrisyon desteği, sıvı ve elektrolit desteği yapılmalıdır. Hastalığın nedeni tespit edilmeli ve varsa cerrahi işlem türü dikkate alınarak beslenme planı yapılmalıdır. Kısa barsak sendromunda tedavinin en temel hedefi barsak adaptasyonunun sağlanması ve bu sürede hastanın malnütrisyonundan korunmasıdır.

Olgu Sunumu: Bu çalışmada iskemik kolit nedeni ile opere edilen ve sonrasında kısa barsak sendromu gelişmesi nedeni ile sık akut böbrek hasarı atakları ile servis yatış öyküsü olan vaka sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Akut Böbrek Hasarı, Kısa Barsak Sendromu

GİRİŞ

Kısa barsak sendromu, çoğunlukla ince barsağın cerrahi rezeksiyonuna sekonder barsak kütlesi kaybının bir sonucu olarak nadir görülen bir malabsorbsiyon sebebidir. Diğer nedenleri arasında vasküler hastalıklar, neoplazmalar ve inflamatuvar barsak hastalıkları yer alır. Hastalığın spektrumu, ince barsağın kalan uzunluğuna, barsağın anatomik kısmına ve kalan barsağın işlevine bağlı olarak, tek bir mikrobesein emilim bozukluğundan tam barsak yetmezliğine kadar değişebilir. Son yıllarda, özellikle evde parenteral nutrisyondaki (PN) gelişmeler sayesinde, hastaların yaşam kalitesi ve sağkalımı artmıştır(1).

Kısa barsak sendromu insidansı yılda 5 -10 hasta/milyon arasında değiştiği tahmin edilmektedir(2). Evde PN gerektiren kısa barsak sendromu insidansı yılda 2/milyon olduğu tahmin edilmektedir (3). Kısa barsak sendromu nedenleri şunlardır: Arteriyel veya venöz iskemiye sekonder mezenterik enfarktüs, kronik enteropati, cerrahi komplikasyonlar, Crohn hastalığı, volvulus ve travma(4).

Bu çalışmada iskemik kolit nedeni ile opere edilen ve sonrasında kısa barsak sendromu gelişmesi sonucu sık akut böbrek hasarı (ABH) atakları öyküsü olan vaka sunuldu. Bu vaka ile gözden kaçabilecek kısa barsak sendromu tanı ve tedavi yaklaşımları tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU

67 yaşında erkek hasta Acil servise tekrarlayan ABH nedeni ile başvurup tedavi amacı ile Dahiliye servisine yatırışı yapıldı.

2 ay önce abdominal aorta anevrizması operasyonundan 1 hafta sonra iskemik kolit saptanmış ve 120 cm ince barsak segmenti rezeke edilmiş. Hasta ileostomi ile takip edilmiş. Postoperatif 8. gününde oral alımındaki bozulma sebebi ile nutrisyon birimine danışılan hastanın gerçek enerji gereksinimi 1900 kcal/gün olarak hesaplanmış. Hastaya oral alımına ek polimerik beslenme ürününden başlanmış. Postoperatif 13. gününde genel cerrahi servisinden taburcu edilmiş.

Hastanın 2 ay içinde akut böbrek hasarı nedeni ile toplamda 4 kez servis yatırışı olmuş. Her seferinde intra venöz (iv) hidrasyon ile böbrek fonksiyonları düzelmiş ve taburcu edilmişti.

En son Acil serviste değerlendirilen hasta ABH nedeni ile İç Hastalıkları servisine yatırıldı. Tetkiklerinde kreatinin 4.5 mg/dl (0.6-1.1) ve üre 110 mg/dl (17-43) saptandı. Yapılan tetkiklerinde ABH başka bir neden saptanmadı. Oral alımı iyi olan hastada kısa barsak sendromu düşünüldü. Hastaya hidrasyon ile böbrek fonksiyonları düzeldi. Hastaya port takılarak evde sağlık bakım hizmetleri tarafından günlük 2000 cc iv hidrasyon desteği sağlanması planlandı. Parenteral potasyum ve magnezyum desteği verildi. Hastanın refeeding protokolünde oral beslenmesi elementer beslenme ürünleriyle yapıldı. Ayrıca 5-6 öğün içeren bir beslenme düzeni oluşturuldu. Basit şekerler, yağlar ve lif alımının sınırlandırıldı. Sıvı alımı öğünler arası önerildi. Hastaya ayrıca multi-vitamin kompleksi parenteral verildi.

Kreatinin seviyeleri bazal değerlere gelen hastanın elektrolit ve albümin değerleri de normale geldi. Hasta öneriler ile taburcu edildi. Hastanın 7 ve 15 gün sonraki poliklinik kontrolünde kilo aldığı üre, kreatinin, elektrolitler ve albümin değerlerinin normal olduğu görüldü.

TARTIŞMA

Kısa barsak sendromu kronik barsak yetmezliğinin önde gelen nedenidir. Sık sık küçük öğünler ve elementer, semi elementer beslenme ürünleri tavsiye edilir (5). Hipotonik içecekler, özellikle enterostomili hastalarda stoma akış hızını ve suda çözünebilir kayıpları artırdığından kaçınılmalıdır(6). Diyet önerileri, malabsorbsiyonu telafi etmek için öncelikli bir hedef olan yüksek kalorili ve yüksek proteinli olmalıdır. Süt ürünlerine (peynirlere) izin verilir ancak süt yasaklanmalıdır (7). Mide boşalması hızlandığından sıvı ağırlıklı beslenme yerine katı formda beslenme tercih edilir. Bu hastalarda yağ emilim bozukluğu nedeniyle düzenli bir diyet tüketimi ile ishal veya steatore gelişebilir ve bu da yağda çözünen vitaminler, B12 vitamini, kalsiyum ve magnezyum eksikliklerine yol açabilir. Bu besinlerin eksiklikleri belirlenmeli ve gerekirse takviye edilmelidir (9). Hastanın tolerasyonuna uygun olarak beslenmesi kademeli olarak artırılmalıdır. Orta zincirli yağ asitlerince zengin bir diyetin uygulanması son yıllarda iyi bir seçenek olarak gözükmemektedir (10).

Bu olguda amacımız port aracılığıyla günlük iv hidrasyon sağlayarak hastanın ABH sebebi ile hospitalizasyon sıklığı azalmaktır. Kalıcı katater aracılığıyla evde sağlık hizmetleri yolu ile iv hidrasyon esnasında gelişebilecek komplikasyonlar, kateter ilişkili enfeksiyon, aşırı iv hidrasyondan kaynaklı hipervolemi şeklindedir. Kısa barsak sendromunda paranteral beslenmeye ve barsak yetersizliğine sekonder oluşabilecek komplikasyonların yönetimi ve önlenmesi dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan biridir. Kısa barsak sendromlu hastaların yaklaşık

yarısı abdominal reoperasyon gerekir (9). Ayrıca kullanılmayan barsak kısımlarında diversiyon koliti gelişebilmekte ve hastada ciddi semptomlar ortaya çıkabilmektedir(10).

SONUÇ

Kısa barsak sendromu postoperatif uygun yaklaşılmadığı takdirde ABH ve malnutrisyona neden olabilir.

Bu yazıda mesenter iskemisi nedeni ile opere olan ve sonrasında tekrarlayan ABH öyküsü olan hastada cilt altı port aracılığıyla günlük iv hidrasyon desteği ve enteral elementer beslenme desteği sağlanarak hastanın sık hospitalizasyonu önlenmiştir.

KAYNAKÇA

1. Under standing short bowel syndrome: Current status and future perspectives. Massironi S, Cavalcoli F, Rausa E, Invernizzi P, Braga M, Vecchi M. Dig Liver Dis. 2020 Mar; 52(3):253-261. doi: 10.1016/j.dld.2019.11.013. Epub 2019 Dec 28.PMID: 31892505
2. Short Bowel Syndromeas the Leading Cause of Intestinal Failure in Early Life: SomeInsightsintothe Management. Goulet O, Abi Nader E, Pigneur B, LambeC. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019 Jul;22(4):303-329. doi: 10.5223/pghn.2019.22.4.303. Epub 2019 Jun 27.PMID: 31338307
3. F. Carbonnel, J. Cosnes, S. Chevret, *et al.* The role of anatomic factors in nutritional autonomy after extensive small bowel resection J PEN J Parenter Enteral Nutr, 20 (4) (1996), pp. 275-280
4. A. Amiot, B. Messing, O. Corcos, Y. Panis, F. Joly Determinants of home parenteral nutrition dependence and survival of 268 patients with non-malignant short bowel syndrome Clin Nutr, 32 (3) (2013), pp. 368-374
5. J.M. NightingaleTheSir David CuthbertsonMedalLecture. Clinicalproblems of a short bowel and their treatment Proc Nutr Soc, 53 (2) (1994), pp. 373-391
6. C.R. Newton, J.J. Gonvers, P.B. McIntyre, D.M. Preston, J.E. Lennard-Jones Effect of different drinks on fluid and electrolyte losses from a jejunostomy J R Soc Med, 78 (1) (1985), pp. 27-34
7. B. Messing, F. Joly, A. Badran, S. Penven-RousseauTraitementdiététique et nutritionnellesrésectionsintestinalesCahNutrDietetique, 39 (2004), pp. 319-327
8. S. Mahé, B. Messing, F. Thuillier, D. Tomé. Digestion of bovine milk proteins in patient swith a high jejunostomy Am J Clin Nutr, 54 (3) (1991), pp. 534-538
9. Short bowel syndrome: a review of management options. Seetharam P, Rodrigues G.Saudi J Gastroenterol. 2011 Jul-Aug;17(4):229-35. doi: 10.4103/1319-3767.82573.PMID: 21727727
10. Goulet O, Abi Nader E, Pigneur B, Lambe C. Short Bowel Syndrome as the Leading Cause of Intestinal Failure in Early Life: Some Insights into the Management. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019;22(4):303-329.



Abstract

Short bowel syndrome is a rare cause of malabsorption resulting from loss of intestinal volume secondary to surgical resection of the small intestine.

In order to alleviate this state, appropriate nutritional, fluid and compression support should be provided. The cause of the disease should be determined and a nutrition plan should be made taking into account the type of surgical procedure, if any. The main goal of treatment in short bowel syndrome is to ensure bowel adaptation and to protect the patient from malnutrition during this period.

In this study, a case of recurrent acute renal failure due to short bowel syndrome caused by ischemic colitis surgery is presented.

Keywords: Acute Kidney Injury, Short Bowel Syndrome



Address