

**Rezeksiyonsuz Proksimal Ostomili Hastada Farklı Fizyolojik Beslenme Uygulaması****Different Physiological Nutrition in a Patient with Proximal Ostomy Without Resection**Elvan YILMAZ AKYÜZ<sup>1</sup>, Cebrail AKYÜZ<sup>2</sup>**ÖZ**

Kısa barsak sendromlu hastaların beslenmesi için en sık kullanılan tedavi yöntemi parenteral nütrisyon olup, uygun hastalarda oral beslenme teşvik edilmelidir. Erkek, 47 yaşındaki hasta lenfomaya bağlı incebarsak perforasyonu nedeniyle acil olarak ameliyat edildi. Proksimal ve distal incebarsak ansları tüfek namlusu şeklinde batına ostomi yapılarak ağızlaştırıldı. Postoperatif 1.gün orta zincirli yağ asitleri içeren oral beslenme solüsyonu başlandı. Ostomi torbasına gelen incebarsak içeriği bir kateter yardımı ile distal barsak ansına verildi. Hastanın postoperatif parenteral beslenme ihtiyacı olmadı. Altı hafta sonrasında hastanın ostomisi kapatıldı ve sorunsuz taburcu edildi. Proksimal barsak anslarından gelen incebarsak içeriğinin distal segmentlere ulaştırılması ile barsak bütünlüğü sağlanmış olup hasta malnütrisyon ve komplikasyonlarından korunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Kısa Barsak Sendromu; Malnütrisyon; Nütrisyon Tedavisi; Ostomi.

**ABSTRACT**

Parenteral nutrition is the most commonly used treatment for short bowel syndrome and oral nutrition should be encouraged in appropriate patients. A 47-year-old male patient underwent emergency surgery for small bowel perforation due to lymphoma. Proximal and distal small bowel loops were brought as a rifle barrel in abdominal ostomy. Oral feeding solution containing medium chain fatty acids was started on the first postoperative day. Small bowel contents to the ostomy bag were given to the distal bowel loops with a catheter. The patient did not need postoperative parenteral nutrition. Six weeks later, the patient's ostomy was closed and discharged without any problem. Intestinal integrity is achieved by transporting the contents of the small intestine from the proximal bowel loops to the distal segments. Thus, the patient was protected from malnutrition and its complications.

**Keywords:** Short bowel syndrome; malnutrition; nutrition therapy; ostomy.

**Geliş Tarihi/Received:** 08-10-2019 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15-10-2019

**Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 22-10-2019

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü İstanbul, ORCID: 0000-0002-1878-9412, mail: elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği İstanbul, ORCID: 0000-0003-0917-9345, e-mail: drcakyuz@hotmail.com

**Sorumlu yazar/Correspondence:** Dr. Öğr. Üyesi Elvan YILMAZ AKYÜZ, e-mail: elvan.yilmazakyuz@sbu.edu.tr

**Cite this article as:** Yilmaz Akyuz E, Akyuz C. Different physiological nutrition in a patient with proximal ostomy without resection. J Health Pro Res 2019;1(1): 18-20.

## Giriş

Kısa barsak sendromu (KBS), barsak uzunluğunun konjenital ya da edinsel yetersizliğinden kaynaklanan ve sonucunda besin emiliminin eksikliğine yol açan bir durumdur. Konjenital olarak pediatrik yaş grubunda görülmekte, edinsel olarak hem pediatrik hem de erişkin popülasyonda görülebilmektedir. Pediatrik grupta en sık karşılaşılan patolojiler; nekrotizan enterokolit, ince barsak atrezisi ya da volvulustur. Erişkin popülasyonda ise mezenterik iskemi, radyasyon enteriti, crohn hastalığı, ameliyata bağlı komplikasyonlar veya postoperatif yapışıklıklardır (1).

KBS, barsak yetmezliğinin önde gelen nedenidir. İntestinal yetmezlik, altta yatan nedene bağlı olarak geri dönüşümlü veya geri döndürülemez olabilir. Klinik pratikte intestinal yetmezlik veya yetersizlik metabolizma için ek beslenme stratejilerini gerektirmektedir. Geçtiğimiz on yıllar boyunca makro ve mikro besin öğelerinin uygun kombinasyonlarını içeren parenteral beslenme destekleri, güvenli ve verimli bir beslenme teşviği olarak kullanılmıştır (2,3). Bu çalışmada lenfomaya bağlı olarak proksimal jejunal barsak perforasyonu olan, karın içi apse nedeni ile anostomoz yapılmayan ve çifte namulusu şeklinde proksimal ostomi açılan hastanın, ostomi torbasına gelen barsak içeriğinin distal ostomi ağzından bir katater ile tekrar barsak lümenine verilerek beslenmesinin sunulması amaçlanmıştır.

## Olgu Sunumu

Bu çalışmada hastaya ait bilgilerin, bilimsel içerikli toplantı ya da makalede kullanılabileceğine dair hasta tarafından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Kırk yedi yaşında erkek hasta, şiddetli karın ağrısı şikayeti ile bir eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi acil kliniğine başvurmuş, değerlendirilme sonucu içi boş organ perforasyon ön tanısı ile ameliyata alınmıştır. Lenfomaya bağlı ince barsak perforasyonu olması ve karın içi kirlilik nedeni ile proksimal ve distal barsak uçları tüfek namulusu şeklinde ostomi oluşturulmuştur. Jejunal perforasyon alanının triatdan yaklaşık 35 cm distalde ve oldukça proksimalde olması nedeni ile hastaya barsak rezeksiyonu yapılmamasına rağmen kısa barsak oluşmuştur. Herhangi bir komplikasyon gelişmemesi halinde 6 hafta sonra ostomi kapatılması planlanan hastada malnütrisyon gelişebileceği düşünülerek hekim ve diyetisyen tarafından uygun bir beslenme stratejisi oluşturulmuştur. Ameliyat sonrası 1. günde oral beslenmeye

başlanmıştır. Hastanın günlük alması gereken enerji ve besin öğeleri planlanmış, oral beslenmesine ek olarak emilimi daha hızlı olduğu için 2X1 orta zincirli yağ asidi içeren enteral nütrisyon ürünü verilmiştir. Ostomi torbasına gelen barsak içeriği her 4 saatte bir toplanmış ve distal barsak içerisine itilen bir katater ile bu içerik hemşire tarafından tekrar infüzyon pompası yardımı ile geri verilmiştir. Her gün ağırlık takibi yapılarak kaydedilmiştir. Hastaneye başvuru esnasında 79 kg ağırlığında olan hasta ostomi kapatılan tarihte ise 77.5 kg idi. Hasta altı haftalık süre içerisinde sadece enteral olarak beslenmiş, parenteral nütrisyon ihtiyacı olmamıştır. Altı hafta sonrasında ostomi kapatılan hasta, komplikasyonsuz şekilde bir hafta sonra sadece oral beslenerek şifa ile taburcu olmuştur.

## Tartışma

Kısa barsak sendromunun ilk yönetimi mümkün olduğunca fazla barsak segmentini korumayı, iyi beslenme durumunu sürdürmeyi ve kalan bağırsağın emici yüzey alanını en üst düzeye çıkarmayı içerir. Bu durum erken postoperatif parenteral beslenmenin yanı sıra enteral beslenmeyi de içerir (4). Fizyolojik sürece uygun olarak mümkün olduğunca tüm gastrointestinal kanalın kullanıldığı oral beslenme teşvik edilmelidir (5). Hastanın tolerasyonuna uygun olarak beslenmesi kademeli olarak artırılmalıdır. Orta zincirli yağ asitlerince zengin bir diyetin uygulanması son yıllarda iyi bir seçenek olarak görülmektedir (3). Bu olguda hastaya postopreatif dönemde erken oral beslenme solüsyonu başlanarak proksimalde kalan incebarsak segmentinde adaptasyonu geliştirmek amaçlanmıştır. Adaptasyon cerrahi müdahale sonrası 24-48 saat içerisinde başlayan ve yıllar alabilecek, devam eden bir süreçtir (6).

KBS' de ikincil yönetim ise barsak yetersizliğine ve parenteral beslenme ihtiyacına bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonların yönetilmesi ve önlenmesinden oluşur. Yetersiz emilim ve sıvı kaybı ile ilişkili olarak dehidratasyon, akut veya kronik böbrek yetmezliği, elektrolit defisitleri sık görülen komplikasyonlardır (3). Yine parenteral nütrisyonun uzun süreli kullanımına sekonder olarak katater enfeksiyonları, sepsis, karaciğer kolestazi, safra kesesi ve üriner taş oluşumları yüksek oranda görülmektedir (3). Distal barsak segmentinin korunması barsak fizyolojik adaptasyonunda önemli bir süreçtir. Bu nedenle barsak devamlılığının sağlanması mümkün olan en kısa sürede

yapılmalıdır. Gecikmiş intestinal perforasyonlar, karın içi apse, cerrahi teknik yetersizlikleri gibi nedenler ile bu her zaman sağlanamayabilir. Ayrıca kullanılmayan barsak kısımlarında diversiyon koliti gelişebilmekte ve hastada ciddi semptomlar ortaya çıkabilmektedir (7). Bu olgu sunumunda görüldüğü gibi ostomi torbasına gelen intestinal içerik bir katater yardımı ile distal barsak segmentlerine ulaştırılmıştır. Böylece parenteral beslenme desteğine ihtiyaç duyulmamış olup fizyolojik beslenme yolu kullanılarak intestinal mukozal bütünlük korunarak olası komplikasyonların önüne geçilmiş ve malnütrisyon gelişimi engellenmiştir.

### Sonuç

Barsak rezeksiyonu olmadan malign nedenlerle kısa barsak sendromu olan ve bir süre sonra barsak devamlılığının sağlanabileceği olguda, proksimal barsak kısımlarından gelen intestinal içeriğin distal barsak kısımlarına ulaştırılması, hastada fizyolojik şartların sağlanmasının yanında malnütrisyon ve komplikasyonlardan da korunma sağlamıştır.

**Bu çalışma 1.Uluslararası Sosyal Beşeri ve Eğitim Bilimleri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.**

### Kaynaklar

[1] Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, et al. Home Artificial

Nutrition & Chronic Intestinal Failure. Acute Intestinal Failure Special Interest Groups of ESPEN. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. Clin Nutr. 2015;34(2):171-80.

[2] Mihatsch W, Shamir R, van Goudoever JB, Fewtrell M, Lapillonne A, Lohner S, et al. ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: guideline development process for the updated guidelines. Clin Nutr. 2018; 37:2306–8.

[3] 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.

[4] Jeppesen PB, Fuglsang KA. Nutritional Therapy in Adult Short Bowel Syndrome Patients with Chronic Intestinal Failure. Gastroenterol. Clin. North Am. 2018;47(1):61-75.

[5] Goulet O, Olieman J, Ksiazek J, Spolidoro J, Tibboe D, Köhler H, et al. Neonatal short bowel syndrome as a model of intestinal failure: physiological background for enteral feeding. Clin Nutr. 2013; 32:162–171.

[6] Goulet O, Ruemmele F, Lacaille F, Colomb V. Irreversible intestinal failure. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004; 38:250–269.

[7] Tominaga K, Kamimura K, Takahashi K, Yokoyama J, Yamagiwa S, Terai S. Diversion colitis and pouchitis: A mini-review. World J Gastroenterol. 2018;28;24(16):1734-1747.